

# Hikikomori en Barcelona: Estudio Descriptivo

Ángeles Malagón<sup>(1,2)</sup>, David Córcoles<sup>(1)</sup>, Jordi León<sup>(1)</sup>, Víctor Chavarría<sup>(1)</sup>, Daniel Bergé<sup>(1,2)</sup>, Anna Gonzalez<sup>(1)</sup>, Magda Bellsolà<sup>(1)</sup>, Luis Miguel Martín<sup>(1,2)</sup>, Antoni Bulbena<sup>(1,2)</sup>, Víctor Pérez<sup>(1,2,3)</sup>

<sup>(1)</sup> Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona  
<sup>(2)</sup> Departamento de Psiquiatria y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona  
<sup>(3)</sup> Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona

## Introducción

La conducta de aislamiento social es un fenómeno que está cobrando importancia en los últimos años. Inicialmente descrito en Japón como "Síndrome de Hikikomori", es un fenómeno psicopatológico y sociológico en el que las personas, especialmente jóvenes, se aíslan en sus hogares evitando diversas situaciones sociales (asistir a la escuela, trabajar, tener interacciones sociales fuera de la casa, etc.) durante al menos seis meses. En los casos de hikikomori secundario, es comórbido a otros trastornos mentales, definiéndose como hikikomori primario. Se desconoce su prevalencia fuera de Japón, habiéndose descrito casos aislados en Italia, Estados Unidos, Francia, Omán, Korea y España. La dificultad de detección de estos casos, y la falta de equipos especializados de atención domiciliar en nuestro ámbito, han hecho que probablemente su prevalencia se haya infravalorado. Desde la creación en Barcelona del Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado (EMSE) en 2004, nuestro equipo ha podido evidenciar que el aislamiento social grave es un motivo de alerta frecuente, de hasta el 15% del total de casos atendidos.

## Objetivo

Describir las características socio-demográficas, clínicas y opciones terapéuticas de pacientes atendidos por el EMSE debido a conducta de aislamiento social.

## Método

Los participantes fueron 1619 personas atendidas en domicilio por el EMSE entre los años 2008 y 2014. En 240 casos, el motivo de consulta fue aislamiento social. 36 casos (18%) no fueron incluidos finalmente debido a la negativa de la familia a que acudiésemos al domicilio. Se analizaron variables socio-demográficas, clínicas, sociales y de tratamiento, incluyendo la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG), Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS) y escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP).

## Resultados

Los pacientes fueron predominantemente hombres jóvenes, con una media de edad de 39 años y una media de periodo de aislamiento de 3 años. Sólo 3 casos presentaron hikikomori primario, siendo los trastornos comórbidos más frecuentes los psicóticos y de ansiedad. La puntuación media de la EEAG fue de 42, la de GEP fue 12 y la de WHO/DAS 12, mostrando todas la presencia de síntomas graves e importante deterioro en el funcionamiento social. Fueron visitados una media de casi 5 veces en domicilio (SD de 3.7), consiguiendo mejoría y vinculación de los casos en hasta el 86% de los casos.

En un 46.2% de los casos presentan antecedentes familiares psiquiátricos de primer grado. De ellos, en el 47% la madre estaba afectada, siendo los trastornos afectivos (46.2%) y de ansiedad (23.1%) los más frecuentes. En contraste, los diagnósticos más frecuentes de los padres eran trastornos psicóticos (40%) y por uso de sustancias (40%). En un 46.8% de los casos la familia no colaboró con el tratamiento ofrecido, objetivándose también distocia familiar de primer grado en un 60% de los casos.

Gráfico 1. Orientación diagnóstica de los casos de aislamiento

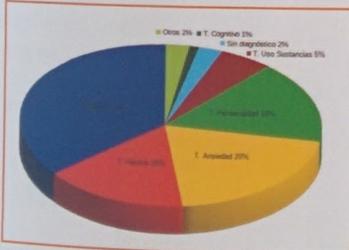


Gráfico 2. Vinculación desde EMSE

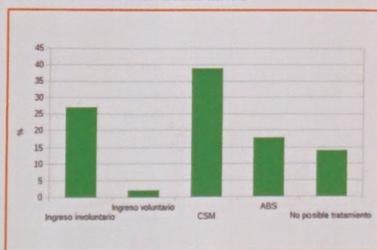


Tabla 1. Características socio-demográficas de los casos de aislamiento

Variables	Hikikomori (n=204) n (%)
Hombre	146 (71.6)
Mujer	58 (28.4)
Edad media (SD)	39.35 (17.9)
Edad al inicio de aislamiento	36.2 (17.8)
Convivencia	
• Solo	35 (17.2)
• Familia	166 (81.4)
Estudios	
• Sin estudios	5 (2.6)
• Primarios	87 (44.4)
• Secundarios	79 (40.3)
• Universitarios	25 (12.8)
Antecedentes psiquiátricos personales	
• Trastornos psicóticos	51 (32.9)
• Trastornos afectivos	34 (21.9)
• Trastornos ansiedad	36 (23.2)
• Trastornos por uso sustancias	7 (4.5)
• Trastornos de personalidad	17 (11)
• Otros	10 (6.5)
Quién detecta el aislamiento	
• Familia	147 (72.1)
• Servicios Sociales	13 (6.4)
• Servicios Médicos	38 (18.7)
• Otros	6 (2.9)
Comunicación y socialización	
• Nula	52 (36.4)
• Con familiares con quienes convive	81 (56.6)
• Algún amigo	9 (6.3)
• Mantiene trabajo o amigos	1 (0.7)

## Conclusiones

- Éste es el primer estudio en nuestro ámbito que describe las características socio-demográficas y clínicas de pacientes con aislamiento social grave, demostrando su existencia no sólo ligada a la cultura japonesa.
- La conducta de aislamiento social es un fenómeno frecuente en nuestro ámbito, probablemente infravalorado hasta la fecha, demostrando la necesidad de equipos de atención domiciliar capaces de detectarlo y tratarlo en casa.
- Estos pacientes presentan una gravedad psiquiátrica importante, con elevada oposición a recibir tratamiento, lo que dificulta su abordaje domiciliario y, en casi un tercio de los casos, lleva a requerir ingresos involuntarios para tratamiento.
- La familia juega un papel importante en su detección y tratamiento. Las dinámicas familiares disfuncionales y antecedentes psiquiátricos familiares son probablemente un factor importante en el desarrollo y mantenimiento del aislamiento de estas personas.
- Serían necesarios más estudios internacionales para determinar la definición, psicopatología y tratamiento, así como para investigar su asociación con otros trastornos mentales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., Kanba, S. (2012). Does the "hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1061-1075.
- Saito, T. (1998). *Shakaiteki Hikikomori: Owaranai Shishunki [Social withdrawal: a never ending adolescence]*. Tokyo: PHP Shinsho. Tokyo, Japan: PHP Kenkyujo.
- Teo, A. R. (2010). A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 178-185.
- Teo, A. R., Fetters, M. D., Stufflebarn, K., Tateno, M., Balhara, Y., Choi, T. Y., Kato, T. A. (2015). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *The International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 64-72.
- Malagón, A., Alvaro, P., Córcoles, D., Martín-López, L. M., & Bulbena, A. (2010). "Hikikomori": A New Diagnosis or a Syndrome Associated With a Psychiatric Diagnosis? *The International Journal of Social Psychiatry*, 56(5).