



EL SÍNDROME DE HIKIKOMORI: UNA EMERGENTE REALIDAD EN OCCIDENTE

Guillermo Pérez Mora.

waste69@hotmail.com

RESUMEN

El Síndrome de Hikikomori es una entidad de notable relevancia clínica cuya incidencia está incrementando imparablemente, no sólo en Japón (donde se describió por primera vez en la década de los 70), sino en varios países occidentales. Su auge se debe, entre otras causas, a la complacencia de la sociedad en la que vivimos, cada vez más interconectada mediante las TICS pero paradójicamente cada vez más aislada en el contacto interpersonal, tanto fuera como dentro del domicilio familiar. Principalmente descrito entre adolescentes y adultos jóvenes, éstos tienden a recluirse en el domicilio parental durante meses e incluso años, llegando a veces hasta a autoabandonarse. Mientras tanto, cada vez se recrudece más su adicción a las nuevas tecnologías (recientemente la OMS ha comunicado que incluirá la adicción a los videojuegos en su próxima CIE-11), malgastando la mayor parte de su tiempo en casa, principalmente delante del ordenador. De etiología desconocida, su tratamiento multimodal (tratamiento farmacológico, terapia cognitivo-conductual individual y psicoeducación parental) ya ha demostrado resultar eficaz. A pesar de haber sido descrito principalmente en Japón, y que muchos autores lo consideran un síndrome cultural, resulta alarmante la incesante aparición de nuevos casos fuera de las fronteras niponas.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Hikikomori ha sido recientemente descrito en la bibliografía, y debido a su escasa difusión, es todavía poco conocido entre los profesionales de la Salud Mental. Es por ello que incluso su propia definición y criterios diagnósticos varían en función de la fuente de información. Esta entidad nosológica prácticamente desconocida se caracteriza principalmente por la evitación y el aislamiento social grave y prolongado, con una duración mínima de 6 meses, y normalmente asociado a la adicción a nuevas tecnologías.

En el año 2003 el <<Ministry of Health, Labour and Welfare>> de Japón crearon una propuesta de definición, con una sugerencia de criterios diagnósticos, basándose en las opiniones aportadas por un grupo de expertos en el tema (Nagata et al 2013).

No obstante, Nagata lo ha definido como "aislamiento, que consiste en malgastar la mayor parte del tiempo en casa, mostrando un nulo interés en acudir a la escuela o al trabajo, de más de 6 meses de duración; no se debe aparentemente a un trastorno mental clásico (esquizofrenia, trastorno bipolar o retraso mental), y están excluidos aquellos individuos que mantengan relaciones interpersonales (por ejemplo, amistades) (Nagata et al 2013).

EL SÍNDROME DE HIKIKOMORI: UNA EMERGENTE REALIDAD EN OCCIDENTE

Varios autores debaten hoy en día acerca de la ausencia de unos criterios definitivos, si bien, la mayoría de ellos coinciden en enfatizar dos características nucleares: el aislamiento así como una permanencia del mismo de 6 meses como mínimo (Gondim, et al, 2017; Li y Wong, 2015). En resumen, podemos concluir que los criterios diagnósticos más ampliamente difundidos para describir el Síndrome de Hikikomori son:

- Permanece la mayor parte del tiempo en casa.
- Ausencia de interés para acudir al colegio o al lugar de trabajo.
- Persistencia durante más de seis meses.
- Exclusión de esquizofrenia, retraso mental o trastorno bipolar.
- Exclusión de aquellos individuos que mantengan relaciones interpersonales (por ejemplo: amistades) (Nagata et al, 2013).

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

El grupo poblacional que más frecuentemente presenta este síndrome son los adolescentes y los adultos jóvenes, quienes tienden a recluírse en el domicilio parental durante años, evitando a lo largo de meses o incluso años asistir al colegio/instituto o incluso a su propio lugar de trabajo (Teo y Gaw, 2010).

Hasta la década de los 70s nunca antes había sido descrito en la bibliografía; sin embargo, en los últimos años, con la aparición y gran difusión de las nuevas tecnologías y la globalización, se ha incrementado notablemente su incidencia y prevalencia (Gariup M et al, 2008). Nuevos casos han sido descritos principalmente en Japón, pero también en otros países: España, Francia, Italia, Marruecos, EEUU (Rubinstein, 2016) y Brasil (Gondim et al, 2017), Corea del Sur y Omán (Sakamoto et al, 2005), lo que lo convierte en un tema de interés a nivel mundial (Tanabe et al, 2017). Es por ello, que incluso algunos autores han llegado a considerarlo como una "plaga", una "epidemia" (Tajan, 2017) o incluso como una "epidemia silente" (Sakamoto et al, 2005), ya que se considera que hay decenas o incluso cientos de nuevos casos diagnosticados en Japón (Teo y Gaw, 2010). Muestra de ello son la aparición de un número emergente de estudios empíricos en el país nipón (Furlong, 2008; Saito, 1998). Algún autor japonés (Nihon, 2016) ha realizado una estimación de los individuos afectados por el síndrome de Hikikomori en Japón, calculando que lo padecen al menos unos 541.000 individuos, con una edad comprendida entre los 15 a 39 años.

Asimismo, en el plano social y de los medios de comunicación también ha tenido una repercusión mediática importante (Gariup et al, 2008). En Japón incluso se ha publicado una novela que narra la historia de una chica que sufre este síndrome (García-Campayo et al 2007).

EL SÍNDROME DE HIKIKOMORI: UNA EMERGENTE REALIDAD EN OCCIDENTE

La prevalencia estimada en Japón es de un 1-2% de la población; no obstante, y de forma más concreta, el equipo de Koyama et al, estimaron una prevalencia a lo largo de la vida del 1.2% en la población japonesa adulta. (Koyama et al, 2010).

Mediante estudios observacionales, se ha detectado que la incidencia es mayor en: adolescentes, varones con familias aglutinadas, sobreprotección parental y ausencia de límites.

ETIOLOGÍA

En cuanto a su etiología, son muchos y diversos los factores estresantes que pueden influir en la aparición de este síndrome: problemática familiar (dinámicas familiares disfuncionales), dificultades en el ámbito escolar (fracaso escolar, aislamiento o rechazo por parte de sus iguales, e incluso bullying) o alteraciones en el lugar de trabajo (exceso de carga laboral). Diversos autores asocian su aparición a un fenómeno psicológico y social relacionado con los cambios en la personalidad junto con cambios en la estructura familiar del individuo (normalmente adolescentes).

El Dr. Kato considera que sí existe una clara conexión entre la aparición del Síndrome de Hikikomori y el estilo educativo de los padres, caracterizado por un padre periférico y un vínculo materno-filial extremadamente prolongado en el tiempo (Harding C,2018).

Analizando la situación desde un punto de vista más extenso, el Dr. Tajan ahonda en el influyente papel de la sociedad hacia el individuo, y viceversa. En este caso, va más allá, considerando al Síndrome de Hikikomori como una especie de "resistencia pasiva" del individuo hacia la sociedad: define esta conducta de aislamiento como un "suicidio social" mediante el cual el individuo se resiste pasivamente (y "exitosamente" según su bizarro criterio) a ser incluido en una sociedad de la que no desea formar parte.

Desde un punto de vista antropológico, el Dr Sachiko Horiguchi, de la Universidad <<Temple>> en Japón, analiza las posibles causas en el ámbito social que han podido favorecer la aparición y consolidación del Síndrome de Hikikomori en la sociedad nipona. Enumera diversos factores que pueden contribuir a su creciente e imparable desarrollo: la nuclearización de la familia, dificultades a nivel escolar (bullying, excesivo nivel de exigencia en el ámbito académico, etc), la urbanización y la pérdida de las comunidades, la importante inestabilidad laboral reinante entre la juventud, y el imparable impacto de Internet.

CLÍNICA

A través de este comportamiento antisocial y evitativo (García-Campayo et al 2007), los individuos que padecen este síndrome intentan sortear el contacto interpersonal, incluso con sus familiares más cercanos (su núcleo de convivencia) resultando en una clara conducta de aislamiento (García-Campayo et al 2007) y autoabandono. Consecuentemente se convierten en "ermitaños" que permanecen recluidos en la casa de sus progenitores, quedando así

EL SÍNDROME DE HIKIKOMORI: UNA EMERGENTE REALIDAD EN OCCIDENTE

imposibilitados para asistir al colegio, instituto o a su puesto de trabajo durante meses o incluso años.

La narrativa/ el discurso de una persona que padece el Síndrome de Hikikomori puede ser muy variopinta. Algunos individuos focalizan su atención primordialmente en el plano orgánico, enumerando diversas quejas somáticas. Por otra parte, otras personas pueden describir síntomas de descompensación psicopatológica; bien sea en una o varias áreas concomitantes: angustia, cuadros afectivos (depresión) o ansiedad.

En resumen, su presentación desde el punto de vista del paciente suele ser notablemente heterogénea, e incluso cambiante a lo largo del tiempo (ya que el paciente puede percibir los síntomas que componen su síndrome con diferente intensidad en dependencia de otros factores). Esta variabilidad en la descripción de la sintomatología, inevitablemente puede derivar (y así ocurre) en una mala interpretación del cuadro por parte de los profesionales que evalúen el caso, y consecuentemente en una demora en el diagnóstico certero.

TRATAMIENTO

El Dr Kato enfatiza que lo fundamental para alcanzar una mejoría clínica evidente es un enfoque psicoterapéutico en el que se eduque tanto al paciente identificado como a sus progenitores: "consideramos que la educación parental tanto en conocimiento como en habilidades para el manejo de sus hijos con Síndrome de Hikikomori resulta esencial para una intervención precoz". En una segunda etapa, propone un tratamiento psicodinámico, grupal o individual, como un enfoque efectivo para que aquellos individuos con Síndrome de Hikikomori sean capaces de resolver sus dificultades en las relaciones interpersonales con los miembros de su familia o también con sus futuros compañeros de escuela o incluso de trabajo. En sus ensayos realizados hasta el momento (propone sesiones de psicoterapia grupal psicodinámica, de una hora de duración y frecuencia semanal), los resultados obtenidos han sido satisfactorios: más del 50% de los individuos previamente diagnosticados con el Síndrome de Hikikomori (cumplieron los criterios diagnósticos propuestos por el gobierno durante más de 5 años), comenzaron a reinsertarse en la sociedad. Algunos de ellos mediante un trabajo de media jornada, y otros acudiendo a un centro ocupacional.

DISCUSIÓN

A pesar de lo reciente de dicha entidad, ya han aparecido importantes discrepancias de opinión entre diferentes autores, dependiendo si se considera como un síndrome en sí mismo, o simplemente como a un síntoma. En función del criterio aplicado puede ser concebido como un síntoma más dentro de una amalgama de consecuencias, o si se percibe como un núcleo que deberá ser diagnosticado y tratado como a un conjunto de síntomas (síndrome) en sí mismo. (Nagata 2013)

EL SÍNDROME DE HIKIKOMORI: UNA EMERGENTE REALIDAD EN OCCIDENTE

Otros autores aportan un cuestionamiento extra, al poner en tela de juicio su propia esencia, dudando de su condición de trastorno mental (Tateno et al, 2012; Tajan, 2015). E incluso otros (Harding et al, 2018) señalan la frecuente concomitancia de otras entidades diagnósticas (trastorno evitativo de la personalidad, fobia social o incluso depresión mayor) que claramente puede interferir en el diagnóstico, tratamiento o evolución clínica.

Tal y como señala Harding (Harding C, 2018), el Síndrome de Hikikomori es "una condición compleja, controvertida, y a los ojos de muchos autores, trasciende más allá del propio individuo". Su aparición e importancia se encuadra en el contexto de un análisis detallado de la situación actual de Japón, así como de su propio devenir. Se trata de un país en el que, especialmente entre los más jóvenes, reina la falta de entusiasmo por formar parte de dicha sociedad.

Como explica Harding, el talón de Aquiles del Síndrome de Hikikomori radica en que ha sido escasamente estudiado hasta la actualidad, probablemente debido entre otras causas a los numerosos y diferentes criterios diagnósticos, que puede y conlleva indefectiblemente un amplio rango de interpretaciones del mismo (Harding C, 2018).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Nakajima T, van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: clinical characteristics and treatment response in a case series. *Int J Soc Psychiatry*. 2013 Feb;59(1):73-8.
2. Gondim, F.A.A.; Aragão, A.P.; Holanda Filha, J.G.; Messias, E.L.M. Hikikomori in Brazil: 29 years of Voluntary social Withdrawal. *Asian J Psychiatr*. 2017 Dec;30:163-164.
3. Li, T.M., Wong, P.W., 2015. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust. N.Z. J. Psychiatry* 49, 595–609.
4. Teo, A. R., & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal?: A proposal for DSM-5. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 198, 444–449.
5. Gariup M, Parellada E, García C, Bernardo M. Hikikomori or simple schizophrenia? *Med Clin (Barc)*. 2008 May 17;130(18):718-9.
6. Rubinstein, E., 2016. Emplotting hikikomori: Japanese parent's narratives of social withdrawal. *Cult. Med. Psychiatry* 40, 641–663.
7. Tanabe, N; Hiraoka, E; Kataoka, J; Naito, T; Matsumoto, K; Arai, J; Norisue, Y. Wet Beriberi Associated with Hikikomori Syndrome. *J Gen Intern Med*. November 2017.
8. Tajan, N. Traumatic dimensions of hikikomori: A Foucauldian note. *Asian J Psychiatr*. 2017 Jun;27:121-122.
9. Sakamoto N, Martin RG, Kumano H, Kuboki T, Al-Adawi S. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. *Int J Psychiatry Med*. 2005;35(2):191-8.

EL SÍNDROME DE HIKIKOMORI: UNA EMERGENTE REALIDAD EN OCCIDENTE

10. Furlong, A. (2008). The Japanese hikikomori phenomenon: Acute social withdrawal among young people. *The Sociological Review*, 56, 309–325.
11. Saito, T. (1998). *Social withdrawal; never ending adolescent period*. Tokyo, Japan: PHP.
12. Nihon Naikakufu (Cabinet office of Japan), 2016. *Wakamono no seikatsu ni kansuru*
13. *chōsa hōkokusho* (Research report on youth life).
<http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf-index.html>
14. García-Campayo J, Alda M, Sobradie N, Sanz Abós B. A case report of hikikomori in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2007 Sep 8;129(8):318-9.
15. Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H., & Takeshima, T. (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of 'hikikomori' in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 176(1), 69–74.
16. Harding, C. Hikikomori. Vol 5 January 2018. www.thelancet.com/psychiatry
17. Tateno, Masaru, Woo Park Tae, Takahiro Kato, Wakako Umene-Nakano, and Toshikazu Saito. 2012. "Hikikomori as a Possible Clinical Term in Psychiatry." *BMC Psychiatry* (12): 169.
18. Tajan, N. Social Withdrawal and Psychiatry: A Comprehensive Review of Hikikomori, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2015. 63(5): 324-331.