



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **SÍNDROME DE HIKIKOMORI A PROPÓSITO DE UN CASO**

Íñigo Alberdi-Páramo, German Montero-Hernández, Rafael Baena-Mures, Miriam Tenorio-Guadalupe, Lluís Niell-Galmés, Carmen Carrascosa- Carrascosa.

### **INTRODUCCIÓN**

El Síndrome de Hikikomori, descrito principalmente en Japón, ha aumentado su incidencia en el continente europeo. Se trata de un fenómeno psicopatológico y sociológico que afecta principalmente a varones jóvenes y que se caracteriza por un aislamiento social marcado de meses de duración. Presentamos el caso de un varón español, hijo de padres filipinos, de 21 años de edad con una historia de 2 años de reclusión en el domicilio. El paciente cumple los criterios actualmente establecidos para el síndrome, probablemente subestimado hasta ahora en España.

### **BREVE HISTORIA CLÍNICA**

#### **Motivo de consulta**

Varón de 21 años que acude a urgencias mediante traslado forzoso tras haber protagonizado episodio de heteroagresividad en su domicilio con su hermana.

#### **Antecedentes personales**

##### Somáticos

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Posible hipotiroidismo subclínico, diagnosticado supuestamente por su médico de atención primaria en febrero de 2012. No requiere tratamiento en el momento actual.
- Miopía y astigmatismo.
- No ha requerido intervenciones quirúrgicas.
- Niega consumo de tóxicos.

##### Psiquiátricos

Desde los 13 a los 18 años en seguimiento por psicología y psiquiatría infantil en Centro de Salud Mental por alteraciones de conducta y ansiedad social. 3 ingresos en régimen hospitalario.

El primero de ellos a la edad de 15 años, por alteración de la conducta en el ámbito doméstico. En aquel momento la madre contaba agresividad y conductas extrañas como aislamiento en su habitación, no querer comer con el resto de su familia y tener problemas para ir al colegio.

## SÍNDROME DE HIKIKOMORI A PROPÓSITO DE UN CASO

Recibió el diagnóstico al alta de variaciones problemáticas de la personalidad y de trastorno de identidad sexual sin especificación. Recibió además los códigos Z de problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuado de los padres, otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización y problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de autoestima en la infancia.

El segundo ingreso, ese mismo año, acude derivado por los Servicios de Emergencia por conductas disruptivas y heteroagresividad en el contexto familiar tras una discusión trivial con su hermana, habiendo llegado a la amenaza de quitarse la vida con un cuchillo. Al alta recibió los mismos diagnósticos y fue derivado a un Centro de Día, donde únicamente llegó a acudir durante tres días, abandonándolo por causas banales de oposicionismo.

El tercer ingreso fue a la edad de 17 años, tras una crisis de agresividad en el medio familiar. En aquel momento presentó, además, conductas restrictivas en la alimentación, recibiendo los mismos diagnósticos al alta. Ha presentado importantes variaciones en el peso, en forma de pérdidas y ganancias, sin que se haya podido diagnosticar de ningún trastorno de la conducta alimentaria.

### **Antecedentes familiares**

Niega de interés.

### **Enfermedad actual**

Nos encontramos ante un varón de 21 años que acude a Urgencias de un hospital terciario mediante traslado forzoso tras haber protagonizado episodio de heteroagresividad en su domicilio con su hermana. El paciente llevaba sin salir de su domicilio 2 años, sin relacionarse con gente ni acudir al colegio o similar. Dice salir solo "para cosas importantes" y durante muy poco tiempo. Cuando sale de casa, sale con la cabeza tapada con una capucha, sin avisar ni decir nada a sus progenitores. Describe varios motivos para llevar a cabo esta actitud como miedo a que le agredan, ponerse enfermo,...

En casa refiere que juega la mayor parte del día a juegos de ordenador, así como buscar en internet temas relacionados con la salud. Pocas aficiones, destaca que le gustaba mucho escribir, aunque "ahora mismo no me inspiro". No posee ningún diario o escrito.

Preocupado por diversos temas de salud. Cree tener un problema en sus huesos, dado que son muy grandes y frágiles según cuenta, "me he informado mucho en internet al respecto y cuadran muchas cosas". Por este motivo, solicita radiografía ósea. "Tengo miedo a que me de un ataque y no me pueda mover bien". "No sé si es por mi metabolismo, de pequeño es que tomaba mucha leche". Refiere querer realizarse una analítica sanguínea porque está preocupado por tener elevados los niveles de plomo por haber estado pintando hace cinco años con un amigo.

Se autoadministra complejos de vitamina C y D, así como, complejos alimenticios con fibras "naturales" por falta de exposición solar y estreñimiento.

## **SÍNDROME DE HIKIKOMORI A PROPÓSITO DE UN CASO**

Realiza ingestas de manera anárquica y siempre en su habitación. Describe atracones nocturnos de alimentos salados, sin purga ni conductas restrictivas posteriores, sin claro motivo desencadenante, tras lo cual comenta dormir mejor.

### **Exploración funciones psíquicas**

Consciente y orientado a lo y autopsíquicamente. Abordable y colaborador. Tranquilo. Aspecto desaliñado, pelo largo y sucio; así como uñas largas. Se presenta en la consulta con una abrigo cerrado hasta arriba y una gorra. Mantiene contacto visual parcialmente. Se coloca constantemente el flequillo del pelo, hipergestualiza acompañando a su discurso verbal. Normoproséxico. No alteraciones psíquicas a la exploración grosera. No inquietud psicomotriz. No signos de intoxicación a tóxicos o psicofármacos. Lenguaje fluido y espontáneo. Monotono e hipófono. Discurso coherente y estructurado, racionalizador, centrado en quejas subjetivas de malestar somático y preocupación por efectos secundarios de fármacos. Respeto de turnos de palabra. Eutímico. Sintónico. Sin astenia, apatía, abulia o anhedonia. No criterios de trastorno afectivo mayor. Niega ideación o planificación autolítica. Intereses en actividades de ocio limitados y circunscritos. Personalidad sensitiva. Rasgos obsesivos, dismórficos y narcisistas. Incapacidad de crear vínculos afectivos con las personas, con rasgos fóbicos y psicopáticos. Movilizador del entorno. Alteraciones en la identidad sexual. Sin alteraciones en la forma, curso o contenido del pensamiento, así como tampoco fenómenos de alienación del mismo. Niega y no impresiona de alteraciones sensorio-perceptivas. Ritmos cronobiológicos conservados. No ademanes auto ni heteroagresivos. Juicio de realidad conservado.

### **INFORME DE LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS**

\*Hemograma y bioquímica básica: sin alteraciones reseñables.

\*Hormonas tiroideas en rango.

\*ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm. QRS estrecho. Sin alteraciones agudas en la repolarización.

### **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

#### **Trastorno de la personalidad no especificado (F60.9 de la CIE10)**

Cuadro que se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de personalidad. En nuestro caso clara tendencia a malinterpretar gestos y conversaciones observadas en las evaluaciones, sus rasgos obsesivos, patrón de relaciones inestables, su incapacidad de crear vínculos afectivos con las personas, sus rasgos fóbicos y psicopáticos lo

## **SÍNDROME DE HIKIKOMORI A PROPÓSITO DE UN CASO**

harían compatible con este diagnóstico. Así mismo, se describen rasgos de personalidad esquizotípicos.

Además, durante el ingreso se muestra muy reacio a colaborar de forma activa y productiva con el tratamiento, con demandas inadecuadas y nula tolerancia a la frustración. Se comentan rasgos histriónicos, narcisistas y psicopáticos, con expresiones verbales y conductuales tendentes a lo pueril y manipulativo.

### **Esquizofrenia simple (F20.6 de la CIE10)**

Compatibles con el grave aislamiento social y la aparición progresiva de importante sintomatología negativa en un paciente con rasgos de personalidad desadaptativos. La vivencia psicótica de su propio cuerpo y la ideación obsesivo-delirante con estreñimiento descrita que según él "no remitía con ningún laxante de venta en farmacias" son algunos de los aspectos clínicos compatibles con esta entidad diagnóstica.

### **Síndrome de Hikikomori**

Se trata de un fenómeno que afecta a adolescentes y jóvenes adultos que se aíslan de todo contacto social y abandonan actividades entre las que se incluyen la actividad académica o laboral. El caso descrito es compatible con esta entidad, se trata de una persona joven que fundamentalmente permanece aislada en el domicilio, sin acudir al colegio, con escaso círculo de amistades, en la que no se detecta retardo mental o patología psicótica (nuestra principal duda diagnóstica) y permanencia en este estado durante más de 6 meses.

## **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

A día de hoy no nos hemos podido decantar por un Juicio Clínico definitivo. No obstante, después de debatirse en sesión clínica se acuerda su manejo como esquizofrénico simple

## **TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS**

Sertralina 100 mg 1-0-0.

Aripiprazol 10 mg 1-0-0.

## **EVOLUCIÓN**

En este contexto, se decide el ingreso involuntario del paciente para filiación diagnóstica y contención del riesgo autolesivo. El ingreso del paciente se determinó con el fin de realizar la filiación diagnóstica, pues su corta edad y el largo curso de aislamiento hacían necesario descartar en primer lugar un proceso psicótico subyacente, el cual se descartó en un primer momento dado que aunque su relación hacia iguales era limitada, durante las entrevistas individuales se mostraba sintónico, reactivo, con fluidez en el discurso y sin manifestar ni

## SÍNDROME DE HIKIKOMORI A PROPÓSITO DE UN CASO

impresionar de síntomas de corte psicótico tales como delirios, alucinaciones o desorganización conductual.

No obstante, después de debatirse en sesión clínica se acuerda su manejo como esquizofrénico simple. Tras tratamiento antipsicótico el paciente mejoró de manera notable.

### ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Se trata de un síndrome grave con frecuente comorbilidad a los trastornos mentales, por lo que resulta fundamental su detección precoz y vinculación a la red de salud mental de zona.

Aunque el Síndrome de Hikikomori está principalmente descrito en la cultura nipona, estudios recientes describen casos en Europa. Se trata de un fenómeno psicopatológico y sociológico que afecta principalmente a varones jóvenes y que se caracteriza por un aislamiento social marcado de larga duración. Se ha descrito su relación con los cambios y avances de la sociedad moderna. A día de hoy, y a diferencia de la cultura japonesa, los casos registrados en España son aislados. No obstante, se trata de un síndrome grave con frecuente comorbilidad a los trastornos mentales, por lo que resulta fundamental su detección precoz y vinculación a la red de salud mental de zona.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Maria Gariup, Eduard Parellada, Clemente García, Miguel Bernardo. ¿Hikikomori o esquizofrenia simple? Medicina Clínica. Vol. 130. Num 18. Barcelona. Mayo 2008.
2. Malagón A, Córcoles D, Martín L, Pérez V. Hikikomori in Spain: A descriptive study. Int J Soc Psychiatry 61 (5):475-83. Dinesh Bhugra (England), 2015.
3. Suwa M, Suzuki K. The phenomenon of Hikikomori (Social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. Journal of Psychopathology. S. Herpertz, 2013.
4. Tateno M, Woo Park T, Kato T, Umene-Nakano W, Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry:a questionnaire survey. BMC Psychiatry. Biomed central (England), 2012.
5. Cie-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Meditor, 1994.
6. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición, American Psychiatric Association, 2013