

Hikikomori: el síndrome de aislamiento social juvenil

Hikikomori: the youth social isolation syndrome

MARIO DE LA CALLE REAL, MARÍA JOSÉ MUÑOZ ALGAR

Instituto Psiquiátrico Montreal. El Plantío, Madrid, España.

Correspondencia: Mario de la Calle Real (mariodelacallereal@gmail.com)

Recibido: 31/05/2017; aceptado con modificaciones: 09/01/2018

Resumen: El *Hikikomori* es un trastorno caracterizado por un comportamiento asocial y evitativo que conduce a abandonar la sociedad. El trastorno afecta de manera primordial a adolescentes o jóvenes que se aíslan del mundo, encerrándose en las habitaciones de casa de sus padres durante un tiempo indefinido, pudiendo llegar a estar años enclaustrados. Rechazan cualquier tipo de comunicación y su vida comienza a girar en torno al uso de Internet y de las nuevas tecnologías. Dicho fenómeno ha emergido en muchos lugares con entornos socioeconómicos contemporáneos, incluyendo un sistema educacional rígido, oportunidades de empleo irregulares y el uso extendido de internet y juegos online. Uno de los objetivos principales a nivel psicosocial es detectar a dichos jóvenes y promover su integración en el propio rol social, que consigan volver a la escuela y al mercado laboral para reintegrarlos en la sociedad. Dicha intervención debería ser temprana, exhaustiva y multidisciplinar. Sin embargo, consideramos que se requiere una mayor investigación que pueda arrojar luz y hacernos avanzar sobre este controvertido tema.

Palabras clave: Hikikomori, aislamiento, jóvenes, hermetismo.

Abstract: *Hikikomori* is a disorder characterized by an asocial and avoidant behavior that leads to be apart from society. This disorder mainly affects adolescents or young people

who isolate themselves from the world, remaining in the rooms of their parents house for an indefinite time, and may become confined during years. They reject any type of communication and their lives begin to revolve around the use of internet and new technologies. Such a phenomenon has emerged in many places with contemporary socio-economic environments, including a rigid educational system, irregular employment opportunities and widespread use of the Internet and online games. One of the main objectives at the psychosocial level is to detect these young people and promote their integration into their own social role, to enable them to return to school and their employments to integrate them into society. These interventions should be early, exhaustive and multidisciplinary. However, we consider that more research is needed for advancing knowledge on this controversial subject.

Key words: Hikikomori, isolation, young people, hermetism.

EL ENCUENTRO CLÍNICO EN EL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO MODERNO

DESDE LOS INICIOS DE LA MEDICALIZACIÓN DE LA LOCURA hasta la actualidad, la psiquiatría ha sido una disciplina en constante expansión que, con diferentes narrativas, ha ido delimitando su campo de actuación y ha puesto en juego múltiples prácticas basadas en el avance de la ciencia y la tecnología. Estas narrativas se han desarrollado, como señala Foucault, mediante una suerte de monólogo de la razón sobre la locura (1), donde la voz de los “pacientes” ha estado silenciada y en el que ha prevalecido la búsqueda de una verdad, universalmente validada, que dé cuenta de la conceptualización de las “enfermedades mentales” y su tratamiento. En este trayecto, la psiquiatría se ha hecho cargo, además, y a diferencia del resto de especialidades médicas, del poder de someter a las personas cuando su comportamiento se salía de las normas establecidas por la propia disciplina y el orden social en la que se desarrolla.

Las nuevas tecnologías han entrado en nuestra sociedad y, por ende, en nuestras vidas de una forma abrupta y masiva. Interfieren a diario en la rutina de las personas y en su interacción con los demás, llegando a ser de extrema dificultad discernir qué se encuentra dentro de un desarrollo comportamental normal y qué puede empezar a representar la aparición de un gran abanico de trastornos (1).

El *hikikomori* es un trastorno recientemente descrito que se caracteriza por un comportamiento asocial y evitativo que conduce a abandonar la sociedad. Los estudios poblacionales indican que se trata de una epidemia en Japón, relacionado con la naturaleza hermética de la sociedad japonesa tradicional y el valor que otorga

a la soledad, por lo que se ha llegado a hipotetizar que se trata de un “síndrome ligado a la cultura” (2).

El psiquiatra japonés Tamaki Saito publicó un libro en 1998 con el término *Hikikomori* en su título (“*Sakateki hikikomori*, una adolescencia sin fin”), introduciendo por primera vez dicho término al público. Saito lo definía provisionalmente como “aquellos que se retiran completamente de la sociedad y permanecen en sus propias casas durante un periodo mayor a 6 meses, con un inicio en la última mitad de los 20 años y para quienes esta condición no se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico” (3).

Cabe destacar que la palabra *hikikomori* no sólo hace referencia a la población que padece dicho trastorno, sino también al trastorno en sí mismo. Desde el punto de vista etimológico, el término deriva del verbo “hiki”, que significa “retroceder”, y la palabra “komoru”, que se podría traducir como “entrar” (4). Sin embargo, dicho fenómeno no se ha quedado limitado a la sociedad japonesa. Cada vez más estudios provenientes de diferentes culturas han detectado comportamientos similares en adolescentes varones con características en común. A nivel terminológico, dicho fenómeno se ha conceptualizado como “freeter”, “otaku” o “hikikomori” en la sociedad japonesa para aquellos chicos que no tienen empleos a tiempo completo, se confinan en sus casas y dan mayor valor al manga y al mundo virtual. Se trata de jóvenes sin estatus económico o como una versión radical del otaku (término japonés para gente con intereses obsesivos, comúnmente en el anime y fanatismo manga). El término NEET (“Not in Education, Employment or Training”) se utiliza en el Reino Unido para aquellos jóvenes sin estudios ni formación. Y “slacker”, “twixter” y “adultescent” son comunes en la sociedad estadounidense para describir a jóvenes que viven con sus padres y no aceptan su independencia (5).

El trastorno afecta de manera primordial a adolescentes o jóvenes que se aíslan del mundo, encerrándose en las habitaciones de casa de sus padres durante un tiempo indefinido, pudiendo llegar a estar años enclaustrados. Rechazan cualquier tipo de comunicación y su vida comienza a girar en torno al uso de Internet (1). Como consecuencia de esto, existe un número muy elevado de pacientes en riesgo de adicción a Internet, pudiendo haber en la actualidad en torno al 10% de diagnósticos de dicha adicción (6). Su tiempo lo copa todo aquello que esté relacionado con Internet y los videojuegos, llegando a invertir sus ritmos y horarios, y sin ningún indicio aparente de que la situación pueda reconducirse a corto plazo.

Aunque este fenómeno proviene de Japón y se asocia a la cultura exigente, competitiva e individualista nipona, poco a poco se ha ido extendiendo como una pandemia al resto del mundo, si bien con características diferentes según cada sociedad (7). Recientes estudios de prevalencia están detectando un número

creciente de casos en otros lugares del mundo como Omán, India, Italia, Estados Unidos, Corea y España. De hecho, en 2014, los médicos del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar en Barcelona elaboraron el primer estudio europeo sobre las características clínicas y sociodemográficas del síndrome de *hikikomori*, detectando 164 casos solo en España. Han señalado que nos encontramos ante un importante problema de salud que toma cada vez más protagonismo (8).

La realidad es que, debido a su gran polémica, no existe una definición clara ni un gran consenso sobre los criterios diagnósticos entre los estudios (9). Hay autores, como Furlong (2008), que defienden que este trastorno no es más que una respuesta específica de la cultura al cambio social experimentado en Japón, atreviéndose, incluso, a plantear posibles aspectos positivos del *hikikomori*, ya que puede ayudar a estas personas a recuperar un sentido de identidad y conexión a través de medios más adecuados para ellos. Otros, como Tatenó et al. (2012), sugieren que estamos ante un trastorno psiquiátrico con entidad propia y extrapolable a otras culturas y lugares. De la misma forma, existe un gran debate sobre la comorbilidad. Hay autores que no son partidarios de englobar dentro de la misma categoría a todos los *hikikomori*, defendiendo que se debería especificar como *hikikomori* secundario cuando existe comorbilidad y explica, por lo menos, parcialmente el síndrome; mientras que en ausencia de otro trastorno psiquiátrico se debería emplear el término *hikikomori* primario (9).

CARACTERÍSTICAS

El *hikikomori* se ha descrito como un fenómeno psicopatológico y sociológico en el que las personas se retiran completamente de la sociedad durante al menos 6 meses y se recluyen en el hogar con el objetivo de evitar cualquier compromiso social como la educación, el empleo y las amistades (8).

Para entender mejor el contexto comenzaremos por introducir el término japonés “*Sekentei*” como una especie de obligación con tu familia y tu entorno, en la que la reputación, el honor y el orgullo tienen una altísima relevancia. Desde muy jóvenes, a los niños japoneses se les inculca la importancia de destacar sobre el resto, esforzándose para alcanzar los más altos resultados escolares. Esta presión (ya incluso desde preescolar) se comprueba claramente en multitud de conceptos como *shijen jigoku*, literalmente “el infierno de los exámenes”, que, en el caso de no alcanzar las expectativas, termina derivando en depresión, abandono de los estudios, aislamiento e incluso suicidio. Se trata de sujetos que se aíslan en su habitación o su casa durante largas temporadas, desde meses hasta varios años, evitando en todo lo posible el contacto con el exterior y abandonando el trabajo, la universidad, la escuela, etc. No

existen síntomas de ningún trastorno psiquiátrico. El *hikikomori* es capaz de salir esporádicamente a la calle sin problema para comprar los productos que necesitan, aunque eso sí, utilizando usualmente las primeras horas de la mañana o la noche para estas escapadas ocasionales, y siempre evitando el contacto social (10).

Un grupo de expertos japoneses, como Koyama et al., (2010) o Teo (2012), han definido el trastorno a partir de las siguientes características:

- Pasar la mayor parte del tiempo en casa.
- Ausencia de interés por ir a la escuela o trabajar.
- Tiempo mínimo de aislamiento de 6 meses.
- Ausencia de esquizofrenia, retraso mental y trastorno bipolar.
- Exclusión de aquellos que mantienen relaciones personales.

Sin embargo, la creciente investigación en torno al *hikikomori* ha detectado otras características que son comunes a estos chicos y que pueden ayudar a definir dicha entidad (5):

- El inicio del aislamiento ocurre en la adolescencia en probable relación con una crisis de identidad en el adolescente.
- Aparece típicamente en varones.
- La prevalencia de estos casos está incrementándose en países desarrollados o de altos ingresos.
- Son personas que evitan todas las actividades sociales. Es posible que tengan amigos cercanos, pero son relaciones pasivas o indiferentes.
- Escapan de la realidad a un mundo cerrado o virtual. Tienen miedo al rechazo o a la crítica y presentan una importante fragilidad psicológica.
- Son personas que invierten mucho tiempo en actividades solitarias sin hacer ningún esfuerzo por mantener relaciones interpersonales. Se aíslan en sus habitaciones, ven la televisión, juegan al ordenador, a videojuegos, leen libros o manga, etc. A veces tienen el ritmo sueño-vigilia invertido y no se asean.
- Son asociales pero salen. La gente piensa que estos jóvenes no salen de casa, pero solo el 27% de jóvenes en Japón no lo hacen. Algunos salen regularmente a lo largo del día, van a la escuela o al trabajo, escondiendo su condición de aislamiento social, pero de hecho pasan su tiempo andando sin rumbo o subiéndose a trenes.
- Es frecuente que se haya producido un sobreprotección por parte de su familia. La privación de la autonomía del niño restringe su desarrollo psicosocial. Por otro lado se ha visto que afecta a hijos cuyos padres tienen elevadas expectativas y están sometidos a una elevada presión académica.

PREVALENCIA

El comportamiento de aislamiento social se comenzó a observar con una elevada prevalencia en la sociedad japonesa tradicional dada su naturaleza hermética. Zielenzinger (2006) ha sugerido que podría tratarse de un síndrome cultural específico del contexto japonés, dado que el número de *hikikomori* (1,2% población) no es insignificante en la sociedad japonesa. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, algunos investigadores han registrado casos de NEET o *hikikomori* en otros países como Reino Unido, Corea, Italia, España o Francia (15, 16), aunque la prevalencia no es conocida completamente (17). Cabe señalar que en todos los países analizados, los casos han sido descritos en áreas urbanas (15).

Los estudios transculturales son difíciles de realizar. Los datos y el impacto de dichas sociedades son escasos. Una de las barreras más importantes es la heterogeneidad de este aislamiento social juvenil (pueden aislarse de diferentes formas y por distintas razones), así como la falta de un acuerdo sobre la definición o sobre los criterios diagnósticos (5). Otros escollos importantes para la identificación del trastorno son el aislamiento social resultante (18) y la vergüenza y culpa que se instalan en el seno familiar (1). Estos factores son los responsables de los largos retrasos existentes en la recepción de tratamiento (6, 8, 9, 19,21).

Concretamente, en España se llevó a cabo un estudio para detectar la prevalencia de casos con *hikikomori*. El estudio, publicado en el *International Journal of Social Psychiatry*, evaluó 164 casos de todo el Estado que tenían un período medio de aislamiento de 39,3 meses, aunque alguno de ellos estuvo 30 años aislado socialmente; en la mayoría de los casos había un trastorno mental asociado (8).

El *hikikomori* afecta, aproximadamente, al 1-2% de los adolescentes y adultos jóvenes en los países asiáticos, como Japón, Hong Kong y Corea (6, 12, 18). La duración media de aislamiento social oscila, en función del estudio, entre 1 y 4 años (8, 9, 13, 20), afectando fundamentalmente a varones (8, 12, 13, 18, 20, 22). Además, autores como Li y Wong (2015) sostienen que comienza a haber un consenso importante sobre la existencia de una mayoría de casos con comorbilidad psiquiátrica.

CAUSAS

A lo largo de los últimos años se ha generado un intenso debate sobre las causas. Algunos autores, como Uchida y Norasakkunkit (2015), especulan sobre posibles detonantes y factores de riesgo, tales como la globalización, los cambios en la estructura económica o la importación del individualismo en contextos tradicionalmente colectivistas. Otros, como Ishii y Uchida (2016), sugieren que es un fenómeno muy

ligado a la prolongada recesión económica sufrida en Japón. La realidad es que el debate está sin resolver y no se saben con certeza las causas que están detrás de esto.

Desde un punto de vista psicológico, existen estudios que relacionan el fenómeno *hikikomori* con experiencias infantiles traumáticas (1). Parece que muchos de los casos que han evolucionado hacia la forma en que se presenta este trastorno sufrieron una fuerte exclusión social cuando eran niños (6, 9, 11, 13, 20, 22, 25, 26, 27). De la misma forma, también se han encontrado ciertos rasgos de personalidad que predisponen a la aparición de este trastorno con mayor facilidad, como es la introversión, la timidez temperamental y un estilo de apego ambivalente o evitativo (9, 13, 27).

Desde el prisma puramente ambiental, los estudios señalan una cierta vinculación del *hikikomori* con una dinámica familiar disfuncional (6, 13, 20, 29, 30), la sobreprotección de los padres (9), el rechazo de los padres (27) o su psicopatología (8, 31). Dentro de este apartado, no cumplir con unas expectativas muy altas a nivel académico, combinado con el rechazo escolar mencionado anteriormente, parece ser otra fórmula facilitadora para la aparición de este trastorno (4, 6, 9, 11).

Hay numerosos autores que señalan la importancia de factores socioculturales en el desarrollo del *hikikomori*, como son la cohesión social, el progreso tecnológico, una movilidad social decreciente o la urbanización (9, 18, 20, 32, 33, 34). Todo esto puede desembocar en una separación de la sociedad en individuos predisuestos (1). A su vez, la aparición de Internet y los cambios provocados por su enorme influencia en cuanto a formas de comunicación e interacción, puede ser otro factor de gran importancia para el desarrollo del *hikikomori* (30).

También se ha planteado que los jóvenes marginados en Japón tienen una mayor probabilidad de desarrollar *hikikomori*, mientras que en otros países es más probable que aparezcan otros comportamientos desviados (23). Varnum y Kwon (2016) sugieren una correlación del trastorno con la riqueza de los países, afirmando que en entornos con menores posibilidades económicas los jóvenes que no son capaces de conseguir estatus, recursos y un grupo social a través de medios aprobados socialmente pueden ser más propensos a buscar otras vías para conseguirlo, apareciendo en estas circunstancias los comportamientos relacionados con la actividad ilegal.

Del Giudice et al. (2015) ahondan en la idea de la existencia de una estrecha relación entre la abundancia de recursos, *hikikomori* y NEET, bautizándola como la “teoría de la vida”. Una historia de vida rápida implica una tendencia a preferir recompensas inmediatas, impulsividad, mayor agresividad, conducta criminal y promiscuidad; mientras que una estrategia de vida lenta se caracteriza por una mayor inversión en resultados a largo plazo, en educación y en una reproducción más tardía (37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44).

Los NEET y *hikikomori* no parecen adoptar estrategias de vida lentas ni buscar las rápidas. Varnum y Kwon (2016) sospechan que ciertas presiones ecológicas añadidas a fuertes normas restrictivas desalientan a la hora de adoptar estrategias de vida rápidas. Además, estos autores plantean que la marginación en sociedades con fuertes presiones ecológicas hacia estrategias lentas puede provocar la retirada de tal competición e interacción, resultando el aislamiento como una forma de conservación de la energía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tal y como exponen distintos autores, como Guedj-Bourdau (2001) o Gariup et al. (2008), no es fácil discernir entre el *hikikomori* y otras patologías psiquiátricas en etapas incipientes, ya que pueden llegar a existir numerosas similitudes que faciliten la confusión. Síntomas como la disforia, el aislamiento, los trastornos del sueño, los problemas de concentración, la falta de control de impulsos o el deterioro social se vuelven comunes y difusos en el diagnóstico diferencial (47).

Parece que hay una alta comorbilidad psiquiátrica, principalmente con los trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia, y los trastornos del estado del ánimo, como la depresión mayor y la fobia social (8, 12, 15, 20, 22, 48). Otros autores, sin embargo, sugieren una comorbilidad distinta, señalando trastornos del espectro autista, trastornos de la personalidad (principalmente esquizoides o evitativos), abuso de cannabis con síndrome amotivacional o, incluso, adicción a Internet (3, 8, 9, 12, 13, 15, 20). Esto nos lleva a la conclusión de que tal vez no es un diagnóstico en sí, sino más bien un síndrome grave asociado con múltiples diagnósticos psiquiátricos. El *hikikomori* primario, es decir, no asociado a una patología mental, también existe, pero es mucho menos frecuente (8).

Especialmente complejo parece el diagnóstico diferencial entre el *hikikomori* y la adicción a Internet. Shek y Yu (2016) encontraron una prevalencia entre el 17% y el 26% en adolescentes en Hong Kong para la adicción a Internet, mucho más de lo estimado para el *hikikomori* en la población asiática, que sería del 1% al 2% (1). No obstante, los límites parecen difusos ya que existen numerosos puntos de superposición, como la pérdida de interés en la escuela o el trabajo, las dificultades en las relaciones interpersonales, la disminución de interés por otras actividades, el uso de Internet como estrategia de evasión de la disforia y el deterioro funcional (6, 28, 50).

Sin embargo, una de las claves para poder establecer la diferencia puede estar en la edad de inicio de cada trastorno, ya que parece que la adicción a Internet podría iniciarse antes de la adolescencia, mientras que el *hikikomori* tiende a desarrollarse en los años más tardíos de la adolescencia (media de 22,3 años) (12). Además, se aprecia

una mayor relevancia de los factores interpersonales en el desarrollo del *hikikomori* por encima de la adicción a Internet. De cualquier forma, resulta evidente, aunque difícil de llevar a la práctica, la diferencia existente entre los dos trastornos, ya que el *hikikomori* precedió aproximadamente en 10 años la llegada del uso generalizado de Internet. Por esta razón, autores como Stip et al. (2016) apuntan hacia una diferencia real entre las dos patologías. Este mismo autor sugiere que la adicción a Internet puede ser un trastorno comórbido al *hikikomori*, una forma adaptativa de reaccionar a la pérdida de interacciones sociales (28), ya que de esta forma mantienen cierta conexión con el mundo exterior y se identifican con otras personas en su misma situación (29).

Otro punto importante en el diagnóstico diferencial es la aparición de las psicosis. La esquizofrenia viene precedida por una fase prodrómica cuyas similitudes con el *hikikomori* son suficientes como para favorecer la confusión (3, 51). Dichas similitudes serían la aparición de aislamiento social, pérdida de higiene, desconfianza, ansiedad, trastornos del sueño, problemas de concentración, estado de ánimo depresivo y deterioro a nivel social (9, 47, 53). Sin embargo, hay dos aspectos importantes que pueden ayudar a la hora del diagnóstico. Por un lado, la conducta anómala no aparece *sine qua non* en el *hikikomori* y, por otro, puede que no aparezcan otros síntomas negativos más allá del aislamiento, tales como el deterioro cognitivo (1).

Además, podríamos plantear la posibilidad de una relación causal entre psicosis y *hikikomori*, ya que la deprivación sensorial que experimentan estas personas puede llegar a desembocar en la aparición de cuadros psicóticos (1). Después de todo, la deprivación sensorial ha sido vinculada desde hace tiempo a la aparición de síntomas psicóticos (54).

TRATAMIENTO

Hay muchos factores que provocan que los afectados por este trastorno consulten a los especialistas mucho más tarde de lo recomendable. A la culpa y la vergüenza que experimentan las familias y que les provoca una fuerte resistencia a la hora de pedir ayuda, así como a la naturaleza de la propia enfermedad, consistente en un retiro de la vida social, se une una evidente falta de conocimiento y de conciencia de la gravedad.

Por este motivo, uno de los objetivos principales a nivel psicosocial es promover la integración de estos jóvenes en su propio rol social, que consigan volver a la escuela (concienciando a los profesores de la necesidad de “cuidar” a aquellos estudiantes que se ausentan de las clases) y al mercado laboral para reintegrarles en la sociedad. (5)

El apoyo para el *hikikomori* debería ser una intervención temprana, exhaustiva y multidisciplinaria (3). Las investigaciones buscan poner el foco en educar a las familias para buscar ayuda, dado que a veces tienen miedo a interferir en la vida de sus hijos; los empoderan hasta que es muy tarde para volver a integrarse en la sociedad. Los jóvenes raramente suelen buscar ayuda; en Japón unos dos tercios de estos jóvenes no han considerado acudir a profesionales de la salud mental. Cuando toman la iniciativa, solo recurren a los servicios años después de investigar y los abandonan sin avisar. De hecho, muchos de ellos no consideran que necesiten tratamiento, ya que piensan que es un estilo de vida más que un problema. Sin embargo, los hay dispuestos a buscar apoyo en Internet (5).

Según autores como Tim y Wong (2015), las actuales terapias, intervenciones y programas para jóvenes que se aíslan socialmente comprenden:

- Enfoques terapéuticos: Los profesionales de la salud mental trabajan con estos jóvenes como enfermos que requieren una intervención temprana, hospitalización, farmacoterapia, antidepresivos y medicina tradicional china. Algunos servicios proveen *counselling*, psicoterapia y psicoanálisis. Los terapeutas les ayudan a entender sus propias situaciones psicológicas y los traumas relacionados con el apego en el pasado. También se han utilizado la terapia familiar, la nidoterapia y la terapia narrativa.
- Enfoques sociales: Las actividades grupales y de apoyo ofrecen oportunidades a estos jóvenes para socializarse con otras personas. Gradualmente irán formando parte de actividades sociales. Se organizan grupos en sintonía con otros chicos, vigilando los mensajes y el riesgo de etiquetas estigmatizantes.
- Enfoques educativos: Los educadores y trabajadores sociales proporcionan entrenamiento en habilidades sociales, manejo de emociones, habilidades interpersonales, entrenamiento laboral y ayuda para la búsqueda de empleo. En este sentido, se buscan oportunidades laborales con horarios de trabajo flexible dentro de una organización con apoyos.

Como defienden Stip et al. (2016), el primer paso es establecer el diagnóstico, para lo cual se ha de realizar una evaluación clínica completa y explorar la posible existencia de psicopatología comórbida para, en el caso de que la hubiera, proceder con el tratamiento adecuado, incluyendo la hospitalización si existe un deterioro funcional importante en la persona. En función de la psicopatología comórbida existente se deberá calibrar la integración de farmacoterapia y psicoterapia, como sería en el caso de esquizofrenia, depresión o fobia social. En lo que a farmacoterapia se refiere, hay poco estudiado sobre el tema, pero se ha utilizado con éxito la paroxetina con un paciente con TOC que estuvo recluido durante 10 años en su habitación; sin embargo, no está claro si era un *hikikomori* primario (13). Por otro lado, ante

trastornos generalizados del desarrollo y de la personalidad, las intervenciones sociales y psicoterapéuticas podrían ser las más recomendables.

En casos donde no existe una comorbilidad importante ni primordial, habría que proceder con un programa de visitas a domicilio basado en intervenciones de psicoterapia breve y terapia sistémica o grupal, aunque existen problemas de metodología (6, 9, 13, 22, 53). Probablemente, el tratamiento más beneficioso para el *hikikomori* primario es el abordaje psicosocial (1).

CONCLUSIONES

Como se ha expuesto a lo largo del artículo, existe una gran confusión sobre el *hikikomori*. Todavía no ha encontrado su lugar dentro de las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas ni se ha establecido con claridad su origen ni sus causas. Hay quienes sostienen que se trata de una respuesta disociativa a la angustia, pero no patológica (55). Otros autores señalan un posible beneficio del trastorno en términos de crecimiento social y construcción de identidad (11).

El fenómeno ha emergido en muchos lugares con entornos socioeconómicos contemporáneos, incluyendo un movimiento de cambio social, un sistema educacional rígido, oportunidades de empleo irregulares, una movilidad social detenida o en descenso entre los jóvenes y el uso extendido de Internet y los juegos online. Parece haberse convertido en una preocupación universal en muchas ciudades con altos ingresos, ya que la población está envejeciendo mientras se reduce la población productiva de los próximos años (5).

Una de las razones que hacen más difícil ayudar a estos jóvenes es que no pueden ser fácilmente identificados y enganchados en abordajes tradicionales. Por ello se recomiendan métodos innovadores. Los servicios de asesoramiento online mediante Facebook, WhatsApp, Twitter o similares pueden considerarse como un canal seguro para restablecer la confianza de estos jóvenes en otros antes de iniciar intervenciones cara a cara (5). En cuanto al pronóstico, una vez más dependerá de la psicopatología comórbida que subyace al trastorno (1). Si los afectados no buscan ayuda, los resultados son mucho peores, a pesar de contar con apoyo familiar (8).

En resumen, pensamos que los jóvenes con *hikikomori* son jóvenes con rasgos de personalidad sensitivo-paranoides, con padres permisivos y un alto nivel de vida en la era de las nuevas tecnologías. Hasta el momento, el Hikikomori ha sido un “síndrome ligado a la cultura», pero es posible que en los próximos años se convierta en un “síndrome ligado al nivel económico” y aparezca en los países desarrollados, sobre todo en los que han experimentado un rápido crecimiento económico en una sola generación. Este “salto cultural generacional” entre padres e hijos, en lo tecnológico y lo económico, parece ser uno de los factores clave

cuando, además, aparece en culturas muy orientadas a la familia, como Japón o España (2).

Aunque es cierto que en Japón es considerado como un trastorno por prácticamente la totalidad de los profesionales clínicos (28), aún quedan muchos interrogantes en torno a todo lo concerniente al *hikikomori*. Se sigue debatiendo la posibilidad de que se trate de un trastorno primario (trastorno con entidad psiquiátrica propia) o secundario (comórbido a otra patología psiquiátrica) o si tan sólo se podría catalogar como un síntoma más dentro de un trastorno psiquiátrico general. Y también está por discernir todavía si estamos ante una patología cuyo peso cultural o social es decisivo.

Todo esto es fundamental para poder desarrollar y planificar un tratamiento adecuado y efectivo, por lo que consideramos que se requiere una mayor investigación al respecto que pueda arrojar luz y hacernos avanzar sobre este controvertido tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis. *Front Psychiatry* 2016;7:6.
2. García-Campayo J, Alda M, Sobradie N, Sanz Abós B. Un caso de hikikomori en España. *Med Clin* 2007;129(8):318–9.
3. Tateno M, Park TW, Kato TA, Umene-Nakano W, Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey. *BMC Psychiatry* 2012;12:169.
4. Furuhashi T, Tsuda H, Ogawa T, Suzuki K, Shimizu M, Teruyama J, et al. État des lieux, points communs et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (Hikikomori). *L'Évolution Psychiatrique* 2013;78(2):249–66.
5. Tim L, Wong P. Youth social withdrawal behaviour (hikikomori): A systematic review of qualitative studies. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;1-15.
6. Lee YS, Lee JY, Choi TY, Choi JT. Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013;67(4):193–202.
7. Estebanez B. Hikikomori: jóvenes encerrados permanentemente en su habitación. Disponible en: <https://psicologiyamente.net>
8. Malagon-Amor A, Corcoles-Martinez D, Martin-Lopez LM, Perez-Sola V. Hikikomori in Spain: a descriptive study. *Int J Soc Psychiatry* 2014;61(5):475–83.
9. Li TM, Wong PW. Youth social withdrawal behavior (hikikomori): a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49(7):595–609.
10. Peláez J. Los dos casos del síndrome de Hikikomori en España. Disponible en: <https://culturacientifica.com>

11. Furlong A. The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people. *Sociol Rev* 2008;56(2):309–25.
12. Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan. *Psychiatry Res* 2010;176(1):69–74.
13. Teo AR. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56(2):178–85.
14. Zielenzinger M. *Shutting Out the Sun: How Japan created its own lost generation*. New York, NY: Nan A. Talese, 2006.
15. Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N, et al. Does the ‘hikikomori’ syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(7):1061–75.
16. Pilz M, Schmidt-Altman K, Eswein M. Problematic transitions from school to employment: freeters and NEETs in Japan and Germany. *Compare* 2013;45,70-93.
17. Uchida C. Apathetic and withdrawing students in Japanese universities--with regard to Hikikomori and student apathy. *J Med Dent Sci*. 2010;57(1):95-108.
18. Wong PW, Li TM, Chan M, Law YW, Chau M, Cheng C, et al. The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: a cross-sectional telephone-based survey study. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61(4):330–42.
19. Watts J. Public health experts concerned about “hikikomori”. *Lancet* 2002;359(9312):1131.
20. Maïa F, Figueiredo C, Pionnié-Dax N, Vellut N. *Hikikomori, ces adolescents en retrait*. Paris: Armand Colin, 2014.
21. Teo AR, Kato TA. The prevalence and correlates of severe social withdrawal in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61(1):102.
22. Kondo N, Sakai M, Kuroda Y, Kiyota Y, Kitabata Y, Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *Int J Soc Psychiatry* 2013;59(1):79–86.
23. Uchida, Y, Norasakkunkit, V. The NEET and Hikikomori spectrum: assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. *Front. Psychol* 2015;6:1117.
24. Ishii, K, Uchida, Y. Japanese youth marginalization decreases interdependent orientation. *J Cross Cult Psychol* 2016;47,376–384.
25. 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.
26. Borovoy A. Japan’s hidden youths: mainstreaming the emotionally distressed in Japan. *Cult Med Psychiatry* 2008;32(4):552–76.
27. Krieg A, Dickie JR. Attachment and hikikomori: a psychosocial developmental model. *Int J Soc Psychiatry* 2013;59(1):61–72.
28. Teo AR, Fetters MD, Stuffelbam K, Tateno M, Balhara Y, Choi TY, et al. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: psychosocial features and treatment preferences in four countries. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61(1):64–72.
29. Chan GH-Y, Lo T. Hidden youth services: what Hong Kong can learn from Japan. *Child Youth Serv Rev* 2014;42:118–26.

30. Suwa M, Suzuki K. The phenomenon of “hikikomori” (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *J Psychopathol* 2013;19(3):191–8.
31. Umeda M, Kawakami N. Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal (‘hikikomori’) in the community population in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012;66(2):121–9.
32. Ovejero S, Caro-Canizares I, de Leon-Martinez V, Baca-Garcia E. Prolonged social withdrawal disorder: a hikikomori case in Spain. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60(6):562–5.
33. Norasakkunkit V, Uchida Y. To conform or to maintain self-consistency? Hikikomori risk in Japan and the deviation from seeking harmony. *J Soc Clin Psychol* 2014;33(10):918–35.
34. Wong V. Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications. *J Soc Work Pract* 2009;23(3):337–52.
35. Varnum MEW, Kwon JY. The Ecology of Withdrawal. Commentary: The NEET and Hikikomori spectrum: Assessing the risks and consequences of becoming culturally marginalized. *Front Psychol* 2016;7:764.
36. Del Giudice M, Gangestad SW, Kaplan HS. Life history theory and evolutionary psychology. En: Buss DM, editor. *The Handbook of Evolutionary Psychology*, 2nd ed. New York: John Wiley and Sons, 2015; p. 88–114.
37. Figueredo AJ, Vásquez G, Brumbach BH, Schneider SMR., Sefcek JA, Kirsner BR, et al. The K-factor: individual differences in life history strategy. *Pers Individ Dif* 2005;39,1349–1360.
38. Figueredo AJ, Vásquez G, Brumbach BH, Schneider SMR, Sefcek JA, Tal IR, et al. Consilience and life history theory: from genes to brain to reproductive strategy. *Dev Rev* 2006;26,243–275.
39. Brumbach BH, Figueredo AJ, Ellis BJ. Effects of harsh and unpredictable environments in adolescence on development of life history strategies: a longitudinal test of an evolutionary model. *Hum Nat* 2009;20,25–51.
40. Griskevicius V, Delton AW, Robertson TE, Tybur JM. Environmental contingency in life history strategies: the influence of mortality and socioeconomic status on reproductive timing. *J Pers Soc Psychol* 2011a;100,241–254.
41. Griskevicius V, Tybur JM, Delton AW, Robertson TE. The influence of mortality and socioeconomic status on risk and delayed rewards: a life history theory approach. *J Pers Soc Psychol* 2011b;100,1015–1026.
42. Simpson JA, Griskevicius V, Kuo SI, Sung S, Collins WA. Evolution, stress, and sensitive periods: the influence of unpredictability in early versus late childhood on sex and risky behavior. *Dev Psychol* 2012;48,674–686.
43. Hill SE, Boehm GW, Prokosch ML. Vulnerability to disease as a predictor of faster life history strategies. *Adapt Hum Behav Physiol* 2016a;2,116–133.
44. Hill SE, Prokosch ML, DelPriore DJ, Griskevicius V, Kramer A. Low childhood socioeconomic status promotes eating in the absence of energy need. *Psychol Sci* 2016b;27,354–364.
45. Guedj-Bourdiau M. Home confinement of the adolescent. Hikikomori. *Ann Med Psychol* 2011;169(10):668–73.

46. Gariup M, Parellada E, Garcia C, Bernardo M. Hikikomori o esquizofrenia simple. *Med Clin* 2008;130(18):718–9.
47. Teo AR, Gaw AC. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal?: a proposal for DSM-5. *J Nerv Ment Dis* 2010;198(6):444–9.
48. 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;59(1):73–8.
49. Shek DT, Yu L. Adolescent Internet addiction in Hong Kong: prevalence, change, and correlates. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;29(Suppl 1):S22–30
50. De Michele F, Caredda M, Delle Chiaie R, Salviati M, Biondi M. [Hikikomori (ひきこもり): a culture-bound syndrome in the web 2.0 era]. *Riv Psichiatr* 2013;48(4):354–8.
51. Yung AR, McGorry PD. Prediction of psychosis: setting the stage. *Br J Psychiatry Suppl* 2007;51:s1–8.
52. Li TM, Wong PW. Editorial perspective: pathological social withdrawal during in adolescence: a culture-specific or a global phenomenon? *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(10):1039–41.
53. Hafner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkotter J, Wagner M, et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254(2):117–28.
54. Daniel C, Mason OJ. Predicting psychotic-like experiences during sensory deprivation. *Biomed Res Int* 2015;2015:439379.
55. Taylor M. Strategies of dissociation: a mimetic dimension to social problems in Japan. *Anthropoetics* 2006;12(1). Disponible en: <http://www.anthropoetics.ucla.edu/ap1201/taylor.htm>