

AISLAMIENTO SOCIAL: SÍNDROME DE HIKIKOMORI. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Magda Bellsolà González, M^a de los Ángeles Sotomayor Sáez, Xavier Aliart Perarnau, M^a Ángeles Malagón Amor, Ana M^a González Fresnedo

Servicio de Psiquiatría. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona
XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

Introducción

El aislamiento social fue descrito en Japón como síndrome de hikikomori. Se trata de un fenómeno psicopatológico y sociológico en el que los individuos, especialmente los jóvenes, sufren un aislamiento social completo durante al menos 6 meses, con un estilo de vida centrado en el domicilio, sin ningún interés por la escuela o el trabajo. Se trata de un síntoma observado en individuos afectados de diferentes enfermedades mentales como esquizofrenia, depresión y ansiedad. En un subgrupo de sujetos, el aislamiento social es el único síntoma, sin otros diagnósticos asociados y se denomina entonces *hikikomori* primario.

Objetivos

Describir las características sociodemográficas y clínicas principales de aquellos pacientes atendidos por una unidad asistencial domiciliaria en Barcelona, en los que el motivo de consulta principal es el aislamiento en el domicilio.

Métodos

Evaluamos todos los pacientes visitados (N=200) desde el año 2008 hasta el año 2013 por el programa EMSE (Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado) en los que el motivo de consulta principal ha sido el aislamiento social. 36 pacientes (18%) no se incluyeron en el estudio por que la familia rechazó la visita domiciliaria. Se recogieron variables clínicas, sociodemográficas y de información terapéutica. Se evaluó la gravedad según Escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica (GEP) y el funcionamiento con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

Resultados

Los pacientes afectados de *hikikomori* fueron sobretodo varones (73,8%) jóvenes (edad media 40 años), con una edad de inicio de los síntomas sobre los 36 años y con una media de aislamiento social de 3 años. La detección de los casos fue mayoritariamente por la familia (72,9%). Un 86% vivía con la familia y un 74,5% tenía antecedentes psiquiátricos (siendo el trastorno psicótico el antecedente más frecuente). Sólo 3 pacientes no tenían síntomas sugestivos de enfermedad mental, siendo los síntomas psicóticos (37%) y los síntomas de ansiedad (20%) los más frecuentes. La media de la puntuación de la EEAG fue de 42,3 y de la GEP de 12, lo que supone síntomas graves de enfermedad mental y grave deterioro del funcionamiento social. Un 39% de los pacientes se pudo tratar de manera ambulatoria en centros de salud mental, un 27% requirieron ingreso no voluntario, un 18% fueron derivados a asistencia primaria y en un 14% no se pudo realizar ningún tratamiento.

Grafico 1. Diagnóstico estimado de los casos de hikikomori



Grafico 2. Derivación al alta.

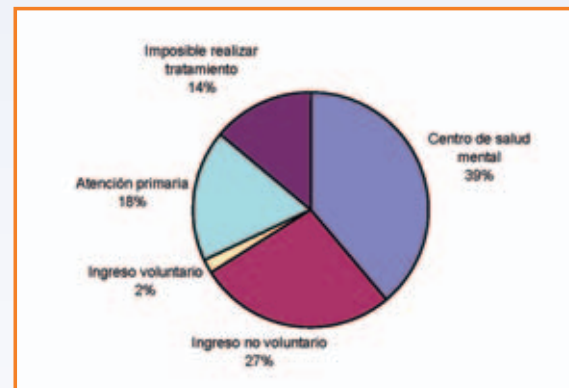


Tabla 1. Características de los casos de hikikomori

	N	%
Sexo		
Mujer	43	26,2
Varón	121	73,8
Edad media (DE)	40	18,3
Edad de inicio del hikikomori media (DE)	37	18
Convivencia		
Solo	23	14
Familia	141	86
Antecedentes psiquiátricos		
Tr. Psicótico	41	34,7
Tr. Afectivo	25	21,1
Tr. Ansioso	26	22
Tr. Por consumo de tóxicos	4	3,4
Tr. De personalidad	9	7,6
Otros	13	11
Antecedentes de ingreso	55	39,3
Quien detecta el aislamiento social		
Paciente	3	1,7
Familia	129	72,9
Servicios Sociales	7	4
Atención primaria	31	17,5
Otros	7	4

Conclusiones

El aislamiento social es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el EMSE (15,4%). El estudio revela que la prevalencia del aislamiento social en nuestro entorno probablemente haya sido subestimada debido a la falta de datos específicos y equipos de asistencia en domicilio que puedan acceder a estos pacientes. En la mayoría de los casos hay una elevada comorbilidad con otras enfermedades, siendo el trastorno psicótico y el trastorno de ansiedad los más frecuentes. Se trata de enfermos mentales graves que frecuentemente se oponen al tratamiento, incluso en el domicilio y que hasta en un tercio de los casos requieren ingreso no voluntario.

Bibliografía

- Teo, A. R. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2010; 56,178-185.
- Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N. et al. Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary International Investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012; 47, 1061-1075.
- Malagón, A., Alvaro, P., Córcoles, D., Martín-López, L.M., & Bulbena, A. 'Hikikomori': A new Diagnosis or a Syndrome Associated With a Psychiatric Diagnosis?. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010; 56(5), 558-559.