RELEVANCIA CLÍNICA DEL ABORDAJE ENFERMERO A ADOLESCENTES EN DOMICILIO. “SÍNDROME DE HIKIKOMORI”. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alexandra Becedas López[1], Miriam Aragonés Calleja[1], Maider Eguiluz Fernandez[1], María de los Ángeles Sotomayor Sáez[1], Raul Fernández Montero[2]

[1]Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona. [2]Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, CSMIJ, Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducción

El término Hikikomori literalmente significa literalmente "estar aislado". No fue hasta 1998 cuando Saito, por primera vez, lo definió como un síndrome con distintos síntomas. Es un fenómeno psicopatológico que se caracteriza por aislamiento de al menos seis meses, que suele ir acompañado por absentismo al trabajo/escuela además de un deterioro significativo [1].

Es más frecuente en hombres, en un rango de 15-79 años. Los individuos que padecen este síndrome se caracterizan por no mantener relaciones interpersonales, a excepción de familiares muy cercanos [1-2]. Experiencias traumáticas durante la infancia, son posibles desencadenantes [3,4]. A nivel familiar rechazo parental, sobreprotección, y psicopatología familiar. La posibilidad aumenta según la relación de dependencia que se produce con los padres. Estos niños pueden ser egoístas, indulgentes y conocen que sus padres son capaces de perdonarles todo, hasta llegar al punto del abandono escolar y el aislamiento en domicilio [3].

Objetivos

Presentar el Síndrome de hikikomori y definir sus características; explicar la relevancia clínica del abordaje en domicilio por parte de enfermeros especialistas en salud mental en pacientes que padecen aislamiento domiciliario a través de un caso clínico.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo de un caso clínico. Se muestra plan de trabajo realizado por el equipo multidisciplinar de CSMIJ Ciutat Vella.

Desarrollo

Se expone el caso de un chico de catorce años que es derivado a nuestro CSMIJ por ABS de zona por aislamiento en domicilio junto con alteración de conducta. Convive con su madre, los padres están separados desde hace diez años, no mantienen ningún tipo de contacto. En la primera entrevista con la madre explica negación para ir a la escuela junto con heteroagresividad verbal, actitud confrontativa y desadaptativa. Desde hace un año muestra conducta disruptiva e irritabilidad que manifiesta tanto en el colegio como en casa. Refiere aislamiento en domicilio desde hace más de 6 meses. Su actividad diaria está limitada a permanecer en su habitación jugando a la play-station. Los horarios de sueño están alterados, no concilia el sueño hasta la madrugada por abuso del móvil, presenta inversión de ciclo sueño-vigilia. El paciente presenta una higiene deficitaria junto con abandono de la imagen personal.

Mantiene un nivel académico conservado durante primaria, al cambiar de instituto comienza bajo rendimiento con suspensos por lo que repite 1º ESO. A partir del segundo semestre de este curso comienza un cuadro de negativismo a acudir a la escuela, con muestras de enfado y rabia comenzando un descenso progresivo del rendimiento y apareciendo heteroagresividad verbal. Coincidiendo con el inicio del verano y finalización del curso comienza aislamiento en domicilio.

Los principales objetivos planteados son los siguientes (figura 1):

Tras entrevista a la madre por enfermero del centro se cita al paciente de forma preferente. Acude solo la madre explicando que el paciente se niega a acudir. Tras sesión multidisciplinar se decide comenzar con visitas domiciliarias por psicóloga y enfermero referentes del caso. Se realizan cinco visitas domiciliarias que se exponen en la figura 2.

Se plantearon objetivos desde enfermería que consistían en cuidado físico; reestablecer horarios de sueño y descanso, mejora de la higiene personal, educando en pautas adecuadas y se orientó tanto a la madre como al adolescente en hábitos dietéticos y nutricionales. La recuperación en estos aspectos fue satisfactoria.

Desde el equipo multidisciplinar se abordaron tres aspectos primordiales; reestablecer pautas de conducta, el retorno a la escuela y aumentar relación con iguales. Fue necesaria la coordinación con psicología de la escuela para solucionar el absentismo escolar.

La evolución fue favorable, el paciente comenzó a realizar encuentros puntuales con compañeros, así como se iniciaron las clases. Con respecto al problema de conducta se proporcionaron pautas y herramientas a la madre. Desde enfermería fue dado de alta por consecución de los objetivos propuestos.

Figura 1

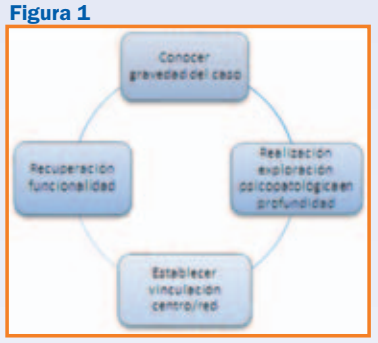
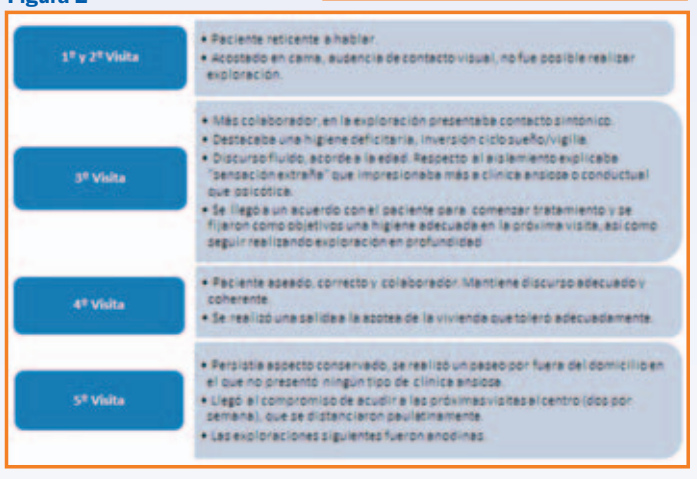


Figura 2



Conclusión

La presentación clínica del paciente coincide con las características descritas a cerca del Síndrome de Hikikomori[1]. El paciente además coincide en ciertas características que la literatura refiere que son comunes con dicho trastorno como que no puede ser explicado por otro desorden psiquiátrico, tal y como la exploración psicopatológica realizada por el psicólogo del centro relataba. Otras características fueron ausencia de figura parental, así como sobreprotección[2].

En ocasiones la asistencia a domicilio por parte del enfermero de salud mental desde atención comunitaria es necesaria, no sólo para conocer el entorno del paciente y establecer una relación terapéutica sino para poder realizar una vinculación con el centro, trabajando así desde un ámbito multidisciplinar, para conseguir una correcta funcionalidad en pacientes como el descrito anteriormente.

Bibliografía

1. Teo A, Graw A. Hikikomori, a Japanese culture-bound sindrome of social withdrawal? A proposal for DSM-V. Journal of Nervous and Mental Disorders. 2010; 198: 444-449.
2. Suwa M, Suzuki K. Psychopathological features of “primary social withdrawal”. Seishin Shinkeigazu Zasshi. 2002; 104: 1228-1241. 5.
3. Malagón A, Alvaro P, Córcoles D, Martín-López LM, Bulbena A. Hikikomori: A new diagnosis or a síndrome associated with a psychiatric diagnosis?. International Journal of Social Psychiatry. 2010; 56: 558-559.
4. 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.

XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Santiago de Compostela: 21-23 Marzo 2018.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona