

**P Latorre Forcén, AI Calvo Sarnago, PM Ruiz Lázaro.**

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

**Correspondencia:**

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Correo electrónico: platorref@gmail.com

*La gran epidemia actual:  
Adicción a tecnologías,  
“Síndrome de Hikikomori”*

*The great current epidemic:  
Addiction to technologies,  
“Hikikomori syndrome”*

---

**RESUMEN**

El síndrome de hikikomori se define como el que afecta a una persona que, sin presentar ningún tipo de síntoma psicótico, se mantiene aislada durante más de seis meses, en los que no entabla ningún tipo de relación interpersonal, ni sale de su habitación, refugiándose normalmente en un mundo virtual, rodeado de videoconsolas e internet.

A continuación, se describe el caso de un niño de 15 años que presenta absentismo escolar y aislamiento social en su domicilio de dos años de evolución; y, posteriormente, se realiza una revisión sobre este síndrome y la adicción a tecnologías.

**Palabras clave:** hikikomori, adicción, tecnologías, adolescentes.

**ABSTRACT**

Hikikomori syndrome is defined as a person who remains isolated for more than six months without presenting any type of psychotic symptoms, in which he does not engage in any kind of interpersonal relationship, nor leaves his room, taking usually refuge in a virtual world, surrounded by video games and the Internet.

It is described a case of a 15-year-old boy presenting truancy and social isolation at his home in two years of evolution; and subsequently, it is made a review on this syndrome and addiction to technology.

**Keywords:** hikikomori, addiction, technologies, adolescent.

**INTRODUCCIÓN**

“Temo el día en el que la tecnología sobrepase a la Humanidad, y el mundo tenga una generación de idiotas”.  
Albert Einstein.

El siguiente caso describe a un adolescente de 15 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil desde el Servicio de Urgencias, traído por las Fuerzas del Orden Público y sus padres, por presentar alteraciones conductuales, absentismo escolar y aislamiento social en su domicilio de dos años de evolución, pese a tener conocimiento del caso los recursos socio-sanitarios de su zona.

Nos ha parecido interesante abordar este tema, ya que no existe una gran bibliografía sobre el síndrome de Hikikomori, a pesar de que pudiera ocurrir una posible pandemia a medio plazo.

**CASO CLÍNICO**

*Antecedentes*

*Antecedentes médicos personales:* sin interés.

*Antecedentes psiquiátricos familiares:* abuso de cannabis en ambos progenitores, que se encuentran en fase precontemplativa de Prochaska y Di Clemente (1), además de presentar rasgos de personalidad del Cluster C: evitativos, dependientes, pero sin recibir atención psiquiátrica ambulatoria.

*Antecedentes psiquiátricos personales:*

Se recogen antecedentes de seguimiento en Centro de

Salud Mental Infanto-Juvenil, donde había acudido en una ocasión con Psicología, que remitió para ingresar al paciente, de forma involuntaria, para filiación diagnóstica de su caso, ya que llevaba en aquel momento más de un año sin ir al colegio y se pasaba el tiempo en su cuarto jugando a videojuegos.

Previamente el paciente había estado en seguimiento por un Centro Terapéutico privado con visitas a su domicilio, realizando cuatro intervenciones terapéuticas y una familiar por aislamiento social y absentismo escolar completo del curso anterior. Según constaba en el informe, en dichas consultas no se objetivó la presencia de psicopatología grave de base, si bien pudieron observar rasgos obsesivos, desmotivación, falta de rutina y baja tolerancia a la frustración. Recomendaban apoyo escolar en domicilio y regreso progresivo al colegio.

En los informe del anterior colegio describían que el paciente “no aceptaba las normas y responsabilidades desde los dos últimos cursos de Educación Secundaria, además de mostrar timidez con los adultos”.

*Psicobiografía:* adecuado desarrollo psicofísico en la primera infancia. Sus padres están separados desde que tenía 3 meses. Hijo único. Vive con su madre y su abuela, recibiendo visitas de su padre. Éste se encuentra en situación de desempleo desde hace más de cuatro años y vive con sus padres (el paciente refiere que “no recuerda haberlo visto trabajar”).

Hasta la ESO, el paciente presentaba un adecuado rendimiento académico, relacional y conductual, sólo tenía alguna dificultad en lengua extranjera y realizaba los deberes de forma autónoma, a pesar de estar en un ambiente de primos que no querían estudiar ni hacer las tareas escolares. Actualmente repite 2º de la ESO y apenas ha ido a clase en los últimos dos años.

#### *Anamnesis*

El paciente repite 2º de la ESO en un nuevo instituto y lleva dos años con un nivel alto de absentismo escolar, dejando de ir de forma completa desde hace un año y medio. Hasta ese momento, su adaptación curricular y conductual había sido buena, confirmada esta información por su centro escolar de base. Sus padres lo atribuyen a un problema que hubo con la línea de autobús y al cambio de domicilio.

El paciente llevaba cerca de un año encerrado en su cuarto, jugando a videojuegos y viendo la televisión. Sólo

salía para comer dulces, chorizo y carne de la nevera. Siempre iba en pijama, no se lavaba y ya no le quedaba ropa de su talla, porque había engordado más de diez kilogramos. Su madre le había intentado recriminar en alguna ocasión, pero éste se muestra agresivo y su madre le coge miedo. Incluso un día tiene que llamar a la policía porque no quería ir a visitar a su padre (habitualmente cuando había un conflicto la madre llamaba al padre para que la ayudara).

Durante los dos años de absentismo escolar, se objetiva una falta de coordinación y plan terapéutico organizado con el paciente, lo que cronifica el cuadro y desborda a la familia. En el caso, en estos dos años, habían intervenido Servicio Sociales, Menores, Psiquiatras y Psicólogos públicos y privados, Educación y la Policía, pero sin mediar una guía asistencial clara a seguir. Por todo ello, hay un nuevo cambio de psiquiatra público y se comunica con nuestra Unidad de hospitalización para hacer un ingreso programado involuntario.

#### *Exploraciones*

##### *Exploración psicopatológica*

El paciente se encuentra consciente, alerta, orientado. El contacto visual es adecuado, si bien muestra escasa colaboración y reactividad emocional. Su aspecto es descuidado (pelo y uñas largas, viste pijama...) en relación al abandono de su autocuidado. No se objetivan alteraciones en el curso ni contenido del pensamiento. Presenta habla en respuesta a preguntas, en tono y ritmo adecuados, y su discurso es coherente y organizado, minimizando sus conductas y expresando abiertamente su negativa al ingreso. No se objetiva clínica afectiva endogenomorfa, ni ansiedad. Presenta importante desorganización de horarios y comidas. Tampoco se objetiva clínica psicótica ni alteraciones en la sensoropercepción. Se aprecian síntomas de desaperpetencia y desmotivación, así como escasa tolerancia a la frustración. Cambio completo del ritmo circadiano (dormía por el día y vivía por la noche, sin apenas tener contacto con su familia). No presentaba desesperanza ni ideas de muerte. El juicio de realidad se halla conservado.

Pruebas complementarias:

- Hemograma: Sin alteraciones significativas.
- Bioquímica: sin alteraciones significativas.
- Vitamina B12 y ácido fólico: normales.
- TSH: normal.
- TAC Cerebral: sin alteraciones.

- Tóxicos en orina: negativos.
- WISC-IV: CI total de 120.
- CEDI y STAIC: dentro de la normalidad.

#### Diagnóstico

Eje I: Adicción a las nuevas tecnologías (F 63.9).  
“Síndrome de Hikikomori”(DSM-5).

Eje IV: Problema relacionado con el estilo de vida (Z72.9 del DSM-5).

- Problema educativo (Z59.9).
- Problemas de relación entre padres e hijos (Z62.820).
- Problemas de fase de la vida (Z70.0).

#### Tratamiento

En cuanto al tratamiento, se realizó psicoeducación tanto al paciente como a la familia, psicoterapia cognitivo-conductual, y se instauró tratamiento psicofarmacológico con antidepressivo (sertralina 50mg al día), además de un plan personalizado de coordinación y actuación cara al alta en su medio social de base.

#### Evolución

Las primeras 48 horas del ingreso el paciente se muestra callado, pero coherente, describiendo angustia porque no sabe si va a poder estar sin videojuegos. Su aspecto es muy descuidado, con abandono de la higiene. Cuando intentamos comunicarnos con él, rechaza el ingreso, y minimiza de forma coherente lo que ha ocurrido. Dice con calma que “no le apetecía ir al colegio”.

Al principio, hay que administrarle unos días tratamiento ansiolítico para cambiar el ritmo circadiano de seis meses de evolución, ya que dormía por el día y vivía de noche. Se diseña y se lleva a cabo un plan personalizado de cambio radical de hábitos de vida cotidiana, que el paciente va integrando de forma adecuada.

No se objetiva psicopatología afectiva, ansiosa y/o psicótica que pudiera haber originado y/o mantenido su aislamiento.

El paciente tiene buenas capacidades en habilidades sociales, y antes de su encierro tenía amigos y le gustaba jugar a fútbol e ir al cine.

Se organiza el tema alimentario, que estaba muy deteriorado: se asombra al ver de nuevo los cubiertos y ciertos alimentos como las ciruelas o los entremeses... Se descarta deterioro cognitivo, incluso se objetiva un cociente intelectual por encima de la media. En las

actividades de planta, mostraba mucha habilidad con los juegos de mesa.

El ingreso dura mes y medio, durante el cual se realiza un abordaje y coordinación multidisciplinar con Menores, Educación, familia, psiquiatría ambulatoria y servicios sociales, estableciendo un psicoeducador a domicilio.

Las últimas semanas del ingreso se le deriva a un centro psicoeducativo sanitario, previo a la reinserción completa en su instituto de referencia. Se establecen reuniones individuales y en grupo con diversos miembros del equipo y educadores sociales. Además, se realizan salidas sociales con primos y amigos, e incluso un día desde el hospital se va a una discoteca de menores y dice que se lo pasa muy bien “he ligado mucho”. Como le gustaba mucho el fútbol, termina peinándose y vistiendo “como Cristiano Ronaldo” (se compra unas gafas de sol como él).

Todo ello le lleva a un cambio muy significativo a nivel psicológico, emocional, conductual y social, lo que hace que se vuelva a integrar de forma adecuada a nivel socio-familiar.

## DISCUSIÓN

El síndrome de hikikomori fue definido por primera vez por Saito como “una persona que, sin presentar ningún tipo de síntoma psicótico, se mantiene en un estado de aislamiento continuado durante más de seis meses, en los que no entabla ningún tipo de relación interpersonal con nadie, aparte de su familia” (2).

Este síndrome afecta fundamentalmente a jóvenes adolescentes ya de por sí sensibles, tímidos, introvertidos, con pocas relaciones de amistad, y con una percepción del mundo exterior como algo violento que les agrede constantemente. A todos estos precedentes pueden sumarse las malas relaciones en el seno de la familia. Se ha objetivado la existencia de una mayor incidencia en varones.

La vida de estos pacientes se desarrolla en una habitación de la que no salen, refugiándose normalmente en un mundo virtual, rodeados de videoconsolas e internet, de los cuales solo el 10% lo utilizan para relacionarse con otras personas.

Este proceso de aislamiento es gradual y comienza cuando empiezan a recluirse en su habitación cada vez por más tiempo, como absorbidos por internet, dejan de llamar y quedar con sus escasos amigos, y empiezan a descuidar sus estudios. Es aquí donde comienza esta

especie de suicidio social.

Todo lo hacen sin salir de casa, alterando incluso sus ritmos diarios: duermen durante el día, comen por la tarde y se pasan la noche jugando a videojuegos o viendo la televisión. También descuidan su higiene y no se comunican ni tan siquiera con sus familiares. Algunos atemorizan a sus padres y tienen comportamientos agresivos; otros, se ven abrumados por la tristeza, la obsesión, la ansiedad y la depresión desencadenadas por el encierro, llegando al suicidio en algunos casos.

Aunque este fenómeno del “hikikomori” 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.

En España, este síndrome, también conocido como “de la puerta cerrada”, acumula ya más de 200 casos en los últimos años. Hasta ahora sólo se habían reportado casos puntuales de “Hikikomori”, y esto parece estar motivado porque son pacientes que están en su domicilio, no piden atención médica ni tienen otros trastornos de conducta que puedan ser detectados por los servicios médicos de emergencia o por equipos ambulatorios. La razón para no salir de casa se debe al deseo de estar solos y a un sentimiento de apatía hacia el mundo exterior unido al temor a salir de su entorno de protección, su pequeña burbuja de seguridad.

Como posible etiología de este síndrome se han descrito varios factores como: la tecnología y el mundo virtual en el que viven rodeados los jóvenes, llegando a perder el contacto con la realidad; factores familiares en cuanto a una excesiva presión de los mismos o, por otra parte, una escasa comunicación; factores sociales en relación a la presión de la sociedad hacia el conformismo y la uniformidad y el rechazo a lo diferente; factores económicos, relacionados con los horarios de trabajo de los padres, que les impide pasar tiempo con sus hijos e imposibilita una adecuada comunicación familiar.

El Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar publicó un estudio sobre el “síndrome de Hikikomori” donde advertían que es “un importante problema de salud que toma cada vez más protagonismo”. En él, se detectó una alta convivencia del “hikikomori” con patologías psiquiátricas como trastornos afectivos

(74,5%), trastornos psicóticos (34,7%) y ansiedad (22%). 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 trastornos psiquiátricos. En este estudio también se objetivó que en la mayoría de los casos, sobre todo cuando el tiempo de aislamiento era superior a dos años, el tratamiento elegido fue el ingreso hospitalario (3).

En lo referido al caso que se ha presentado, éste podría englobarse dentro del definido como “síndrome de hikikomori” primario, que es aquel que no se asocia a una patología mental.

En cuanto a las nuevas tecnologías, juegan un gran papel en la vida moderna, pero sus beneficios están acompañados de un lado oscuro. Aunque la mayoría de las personas utilizan la red para pagar facturas, comprar y enviar mails, existe un subgrupo de la población que encuentra difícil controlar el tiempo que pasan conectados, hasta el punto que esto interfiere con sus actividades diarias. Según un estudio de la Universidad de Leeds (4), los “adictos a Internet” tenían una mayor incidencia de depresión entre moderada a grave en comparación con usuarios no adictos, pero no sabemos qué es lo que viene primero, si las personas deprimidas son absorbidas por Internet o bien si Internet causa depresión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-1114.
2. Saito Tamaki. *Adolescence without end*. Published March 20th 2013 by University of Minnesota Press.
3. Malagón-Amor Á, Córcoles-Martínez D, Martín-López LM, Pérez-Solà V. Hikikomori in Spain: A descriptive study. *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61: 475-83. doi: 10.1177/0020764014553003.
4. Morrison CM, Gore H. The relationship between excessive internet use and depression: a questionnaire-based study of 1319 young people and adults. *Psychopathology* 2010; 43: 121-126. doi:10.1159/000277001.