



Artículo de revisión

Hikikomori: síndrome de aislamiento social extremo en adolescentes y jóvenes

Hikikomori: Syndrome of Extreme Social Isolation in Adolescents and Young People

Victoria de la Caridad Ribot Reyes ¹  

Noraima Rodríguez Gómez ¹ 

Aravides González Quintana ¹ 

¹Instituto de Medicina Legal. La Habana, Cuba.

Recibido: 20/1/2022

Aceptado: 8/5/2022

RESUMEN

Introducción: El uso desmedido de las tecnologías asociadas a las comunicaciones entre adolescentes y jóvenes plantea situaciones tales como la aparición de adicciones tecnológicas y cuadros psicopatológicos asociados a estas, como es el caso del Hikikomori.

Objetivo: Describir las características del síndrome de Hikikomori.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo comprendido entre junio y julio del 2020. Se consultaron las bases de datos PubMed/Medline, SciELO y Science Direct. Se empleó, además, el buscador Google Académico. Se utilizaron los buscadores



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

propios de las diferentes fuentes y se diseñó una estrategia de búsqueda a través de palabras clave en español e inglés. Se seleccionaron 21 referencias.

Conclusiones: El Hikikomori es un síndrome caracterizado por aislamiento social extremo descrito en adolescentes y jóvenes, el cual se asocia a adicción a las tecnologías de la información y las comunicaciones. Se reportó inicialmente en Japón, pero se ha extendido con rapidez al mundo occidental. Suele presentar comorbilidad con depresión y otros trastornos psiquiátricos. Fomentar conductas prosociales es uno de los pilares preventivos para enfrentar esta entidad.

Palabras clave: Hikikomori; tecnologías de la información y las comunicaciones; TIC; adolescentes; jóvenes; aislamiento social; salud mental.

ABSTRACT

Introduction: The excessive use of technologies related to communications between adolescents and young people gives rise to situations such as the appearance of technological addictions and psychopathological disorders associated with them, as is the case of the Hikikomori.

Objective: To describe the characteristics of Hikikomori Syndrome.

Methods: A bibliographic review was carried out from June to July, 2020. The PubMed/Medline, SciELO, and Science Direct databases were consulted. Google Scholar search engine was also used. The search engines of the different sources were employed, and a search strategy was designed through keywords in Spanish and English. 21 references were selected for our study.

Conclusions: Hikikomori is a syndrome characterized by extreme social isolation in adolescents and young people, associated with addiction to information and communication technologies. It was initially reported in Japan, but it has rapidly spread to the western world. It usually presents comorbidity with depression and other psychiatric disorders. Promoting prosocial conditions is one of the pillars to face this entity.

Keywords: Hikikomori; information and communication technologies; adolescents; young people; social isolation; mental health.



Introducción

La adolescencia, como etapa del desarrollo, es un periodo exclusivo de la especie humana que, según la Organización Mundial de la Salud, se extiende aproximadamente entre las edades de 10 a 19 años.⁽¹⁾ Se caracteriza por ser objeto de estudio abordado por profesionales de múltiples especialidades en todo el mundo, como un fenómeno biológico, psicológico, social, espiritual, cultural y antropológico muy complejo. Es por esto que puede afirmarse que la adolescencia está marcada profundamente por las características sociales del entorno donde se desarrolla el individuo.⁽²⁾

Desde hace varios años, diversos estudios sobre el uso de los nuevos medios de comunicación alertan sobre la posible incidencia que el uso de estos medios está teniendo en los procesos de formación y desarrollo de los más jóvenes.⁽²⁾ El uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) crece a un ritmo acelerado, con lo cual da lugar a cambios importantes en la sociedad al permitir que la información esté al alcance de todos y al ofrecer nuevos canales de comunicación y de entretenimiento. Estas herramientas introducen nuevas vías de relaciones entre personas, resultan relevantes en los negocios, la docencia o la sanidad, entre otros.⁽³⁾

El teléfono móvil se ha convertido en un objeto en el que se almacena todo tipo de información y dispone de múltiples aplicaciones que dan respuesta a los gustos y necesidades de su propietario. Por lo tanto, internet hizo que su funcionalidad sea muy amplia. Los mayores consumidores de las TIC son los jóvenes y los adolescentes. Con respecto al uso de internet, también son los jóvenes los que mejor se mueven entre el mundo real y el virtual. Según la fundación Pfizer,⁽⁴⁾ el uso de internet en jóvenes de entre 11 y 20 años es del 98 %. Varios autores señalan que las redes sociales se han convertido en el medio preferido de comunicación. Sin embargo, el 31 % de la población menor de dieciocho años (los llamados nativos digitales) reconoce utilizar internet sin un objetivo claro, el 12 % tiene la necesidad permanente de estar en conexión, el 16 % se molesta cuando tiene que dejar de usar internet y el 40 % presenta señales de consumos prolongados.^(3,5)

Cuba no está exenta de esta problemática, a pesar de las dificultades económicas existentes se ha extendido socialmente la utilización de las nuevas tecnologías, mediante el propio sistema educacional, los Clubs de Informática y Computación y, principalmente, mediante los puntos de la red wifi en todo el país y el empleo de los datos móviles.^(2,6) Sin embargo, la influencia de las tecnologías en los adolescentes y jóvenes es todavía una temática insuficientemente abordada en el contexto nacional.

Desde finales del pasado siglo, en varios países asiáticos, sobre todo Japón, se reportan casos de adolescentes y jóvenes que presentan aislamiento social extremo asociado a adicción a las TIC. Este fenómeno también ha sido descrito en países occidentales. Supone un importante problema de salud pública, por su elevado impacto social y el perjuicio que causa en la salud física y psíquica de las personas que lo sufren.^(7,8)

Si bien en Cuba no aparece este diagnóstico en la literatura revisada, es preciso profundizar en sus características para poder realizar una detección temprana y



oportuno abordaje. Por esta razón, el objetivo de la revisión fue describir las características del síndrome de Hikikomori, sus efectos sobre la salud mental de adolescentes y jóvenes, así como las principales alternativas de enfrentamiento al mismo.

Métodos

Se hizo una revisión bibliográfica entre junio y julio del 2020. Se consultaron las bases de datos PubMed/Medline, SciELO y Science Direct. Se empleó, además, el buscador Google Académico. Para la recuperación de la información se aplicó una estrategia de búsqueda con las palabras clave: "Hikikomori", "aislamiento social extremo", "tecnologías de la información y las comunicaciones", "adolescentes", "jóvenes" y sus equivalentes en inglés. Se consideró como criterios de selección aquella literatura publicada más recientemente, teniendo en cuenta lo novedoso de esta enfermedad, materiales que estuvieran en idioma español e inglés y en los que fuera posible recuperar el texto completo. Se analizó la calidad, fiabilidad y validez metodológica de los artículos seleccionados para realizar una adecuada revisión. Se seleccionaron finalmente un total de 21 fuentes bibliográficas.

Desarrollo

El término Hikikomori significa *estar aislado*. Fue enunciado por primera vez como síndrome en 1998 para describir un fenómeno psicopatológico caracterizado por aislamiento acompañado de un significativo deterioro socio-familiar.⁽⁹⁾ Fue acuñado por *Saito* para referirse a “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”.⁽¹⁰⁾

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. Es posible constatar numerosos casos, aunque no en la misma proporción que en Japón, en Estados Unidos, Argentina, Australia, numerosos países europeos como Reino Unido, Francia, Alemania, España... y otros asiáticos como Taiwán, China y Corea del Sur. En España, este fenómeno se conoce con el nombre de *Síndrome de la puerta cerrada* y se han reportado ya más de 200 casos; en el mundo anglosajón como *Social withdrawal*; y, en el francoparlante, como *Syndrome du retrait social aigu*.^(10,11)



Latorre Forcén y otros⁽¹⁰⁾ plantean que este síndrome afecta fundamentalmente a jóvenes y 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 descrito 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 videojuegos o viendo la televisión. También descuidan su higiene y no se comunican ni 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.⁽¹²⁾

El fenómeno del Hikikomori presenta diferentes grados. En su manifestación más extrema, lleva a la reclusión en la propia habitación durante décadas. En 2010 una encuesta del gobierno japonés arrojó la cifra de 700 000 jóvenes que padecían Hikikomori. Los síntomas pueden variar, alternándose episodios de violencia explosiva, generalmente con sus padres, y comportamiento infantil. Otros síntomas son los trastornos obsesivos, la paranoia o la depresión. El promedio de edad del Hikikomori ha aumentado durante las últimas dos décadas, de los 21 años a los 32 en la actualidad.⁽¹³⁾

Meng Wong y otros⁽¹⁴⁾ realizan una diferenciación entre Hikikomori primario y secundario. En el primero no hay evidencias de trastornos psiquiátricos asociados, mientras que, en el segundo, el aislamiento social se relaciona con otras patologías, siendo la depresión la más frecuente. La depresión ha sido, además, reportada en pacientes adictos a internet, aún sin presencia del Hikikomori. Cabe destacar que esta clasificación es teórica y aún no se cuenta con evidencia empírica que la respalde.⁽¹⁴⁾

Como posible etiología de este síndrome se han descrito varios factores: la tecnología y el mundo virtual en el que viven rodeados los jóvenes, llegando a perder el contacto con la realidad; factores familiares, los que ejercen una excesiva presión sobre los adolescentes; 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.⁽¹⁰⁾

Hayakawa y otros,⁽¹⁵⁾ en un estudio cuyo principal objetivo fue determinar la presencia de biomarcadores en el Hikikomori, señaló la asociación negativa entre las personalidades evitativas, las lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) y el ácido úrico en hombres. La asociación positiva se estableció con productos de la degeneración de la fibrina (FDP) y una alta sensibilidad a la proteína C reactiva (hsCRP) en mujeres. Se



determinó también que los sujetos masculinos con diagnóstico de Hikikomori mostraban niveles séricos más bajos de ácido úrico y, en el caso de las mujeres, de HDL-C, en comparación con los casos controles. Estos hallazgos han sido igualmente encontrados en pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva.⁽¹⁶⁾

De acuerdo a la literatura consultada, los factores de riesgo para desarrollar el síndrome son: adicción a los juegos y/o la tecnología, presencia de trastornos psiquiátricos, trastornos del desarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, sexo masculino y ambiente familiar deficiente o hipoestimulante.^(14,17,18)

Al respecto, el Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar publicó un estudio sobre el síndrome de Hikikomori en el que advertían que se trata de “un importante problema de salud que toma cada vez más protagonismo”. Añadía el estudio que se detectó una alta convivencia del Hikikomori con patologías psiquiátricas como trastornos afectivos (74,5 %), trastornos psicóticos (34,7 %) y ansiedad (22 %). Esto lleva a la idea 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.⁽¹⁰⁾

En cuanto al tratamiento, se recomienda psicoeducación y psicoterapia individual, familiar y grupal. Hasta el momento, las técnicas cognitivo-conductuales son las más utilizadas. La sertralina es el antidepresivo de mayor frecuencia de uso. Se recomienda iniciar con atención hospitalaria y continuar con un plan personalizado de coordinación y actuación cara al alta en el medio social de base.^(10,14)

Teniendo en cuenta que, más del 50 % de los menores deprimidos provienen de hogares con malas relaciones familiares,⁽¹⁹⁾ y que esta patología guarda una estrecha relación con el Hikikomori (tanto como factor de riesgo como comorbilidad), las intervenciones familiares cobran un especial protagonismo en el proceso terapéutico.

Beaven Ciapara y otros⁽²⁰⁾ consideran que, para lograr la prevención de este problema en una población vulnerable como los adolescentes, es recomendable partir de escenarios influyentes y óptimos que permitan detectar factores de riesgo en una etapa temprana. Lograr la inclusión social es posible tomando como base el ámbito educativo, aunando a profesionales de la salud, permitiendo la realización de intervenciones oportunas mediante la enseñanza de hábitos de vida saludable y disminuyendo de manera social e individual los problemas personales de los adolescentes.

Los autores de la presente investigación coinciden con el criterio de *Águila Calero* y otros⁽²⁾ quienes plantean que, al ser la adolescencia un fenómeno psicológico, biológico, social, espiritual y cultural, en el que el individuo se desarrolla hacia la adquisición de la madurez psicológica a partir de construir su identidad personal, esta etapa de la vida en uno de los periodos más susceptibles de sufrir conductas adictivas u otros trastornos psicológicos relacionados con el uso de alguna de las aplicaciones de las nuevas tecnologías. Es la etapa donde se desarrolla la construcción de una identidad personal, en la que el niño quiere conocerse a sí mismo, establecerse como individuo único y



replantearse su relación con la sociedad. En fin, es una etapa determinante en la constitución del sujeto como persona/personalidad.⁽²¹⁾ Por tanto, fomentar una conducta prosocial y educar en el uso adecuado de las nuevas tecnologías en estos grupos, resulta de vital importancia para prevenir la aparición de cuadros psicopatológicos.

Conclusiones

El Hikikomori es un síndrome caracterizado por aislamiento social extremo, descrito en adolescentes y jóvenes, el cual se asocia a adicción a las TIC. Se reportó inicialmente en Japón, pero se ha extendido con rapidez al mundo occidental. Suele presentar comorbilidad con depresión y otros trastornos psiquiátricos. Fomentar conductas prosociales es uno de los pilares preventivos para enfrentar el síndrome de Hikikomori.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud del adolescente. Washington DC: OPS/OMS; 2010.
2. Águila Calero G, Díaz Quiñones JA, Díaz Martínez PM. Adolescencia y tecnologías de la información y comunicaciones. Un reto para la sociedad cubana actual. Medisur. 2018 [acceso: 9/7/2020]; 16(5):711-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n5/ms13516.pdf>
3. Garrote-Rojas D, Jiménez-Fernández S, Gómez-Barreto IM. Problemas derivados del uso de internet y el teléfono móvil en estudiantes universitarios. Formación Universitaria. 2018 [acceso: 9/7/2020]; 11(2):99-108. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/formuniv/v11n2/0718-5006-formuniv-11-02-00099.pdf>
4. Fundación Pfizer. La juventud y las redes sociales en internet. 2009. [acceso: 13/6/2020]. Disponible en: <https://goo.gl/cbrCSn>
5. Melendro Estefanía M, García Castilla FJ, Goig Martínez R. El uso de las TIC en el ocio y la formación de los jóvenes vulnerables. Revista Española de Pedagogía. 2016 [acceso: 29/6/2020]; LXXIV (263):71-89. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/24711269?seq=1>
6. Terrero A. Desconectarse a la cubana: retos de un nuevo usuario. Periódico Granma. 2017 Sep 25. [acceso: 12/7/2020] Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2017-06-17/desconectarse-a-la-cubana-retos-de-un-nuevo-usuario-1306-2017-22-06-01>



7. Álvarez de Mon MA, Pereira Sánchez V, Quintero LA. Aislamiento social prolongado. Hikikomori: un fenómeno creciente en Occidente. Medicina-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2019 [acceso: 29/6/2020]; 12(92):5427-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219303130>
8. Kato TA, Kanba S, Teo AR. Hikikomori: experience in Japan and international relevance. World Psychiatry. 2018;17(1):105-6. PMID: [PMC5775123](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/305775123/)
9. Becedas López A, Aragonés Callejas M, Eguiluz Fernández M, Sotomayor Sáez MA, Fernández Montero R. Relevancia clínica del abordaje enfermero a adolescentes en domicilio. “Síndrome de Hikikomori”. A propósito de un caso. XXXV Congreso de Enfermería de Salud Mental. Santiago de Compostela; 2018 marz 21-23. [acceso: 22/6/2020]. Disponible en: <http://www.postermedic.com/parcdesalutmar/pparcdesalutmar1816190/pdfba/ja/pparcdesalutmar1816190.pdf>
10. Latorre Forcén P, Calvo Sarnago AI, Ruiz Lázaro PM. La gran epidemia actual: Adicción a tecnologías, “Síndrome de Hikikomori”. Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil. 2016 [acceso: 29/6/2020]; (1):34-7. Disponible en: <http://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/81/41>
11. Gallego Andrada E, Gándara Martín JJ. Hikikomori y tumbados. Un análisis literario y social sobre la conducta patológica de aislamiento social. Psiquiatria.com. 2008 [acceso: 10/7/2020]; 12(4). Disponible en: <http://psiqui.com/1-5964>
12. Tateno M, Skokauskas N, Kato TA, Teo AR, Guerrero A. New game software (Pokémon Go) may help youth with severe social withdrawal, hikikomori. Psychiatry Res. 2016;246:848-9. PMID: [PMC5573581](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/305573581/)
13. Saorín Camacho P. Descarte juvenil en el Extremo Oriente. Una mirada desde Japón. Misión Joven. 2018 [acceso: 17/6/2020]; (498-499): 27-52. Disponible en: <http://www.pastoraljuvenil.es/wp-content/uploads/2019/05/MJ498-499-05-ESTUDIOS-Pascual-Saor%C3%ADn-Camacho.pdf>
14. Meng Wong JCh, Si Wan MJ, Kroneman L, Kato TA, Wing Lo T, Wai-Ching Wong P, *et al.* Hikikomori Phenomenon in East Asia: Regional Perspectives, Challenges, and Opportunities for Social Health Agencies. Front. Psychiatry. 2019;10:512. DOI: [10.3389/fpsy.2019.00512](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00512)
15. Hayakawa K, Kato TA, Watabe M, Teo AR, Horikawa H, Kuwano N, *et al.* Blood biomarkers of Hikikomori, a severe social withdrawal syndrome. Scientific Reports. 2018 [acceso: 21/6/2020]; 8:2884. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-21260-w.pdf>



16. Black CN, Bot M, Scheffer PG, Snieder H, Penninx B. Uric acid in major depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord.* 2017;225:684-690. DOI: [10.1016/j.jad.2017.09.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.003)
17. Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet addiction, hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis. *Front Psychiatry.* 2016;7:6. DOI: [10.3389/fpsy.2016.00006](https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00006)
18. Yuen JW, Yan YK, Wong VC, Tam WW, So KW, Chien WT. A physical health profile of youths living with a “Hikikomori” lifestyle. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(2):315. DOI: [10.3390/ijerph15020315](https://doi.org/10.3390/ijerph15020315)
19. Suárez Rodríguez CO, Mercerón Figarola YP, Del Toro Sánchez M, Verdecia Ortiz AL, Rojas Rivera RM. Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes cubanos. *Revista Iberoamericana de Psicología.* 2019 [acceso: 13/7/2020]; 12(1):19-30. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.12102>
20. Beaven Ciapara NI, Campa Álvarez RA, Valenzuela BA, Guillén Lúgigo M. Inclusión educativa: factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes. *Revista Prisma Social.* 2018;(23):186-207.
21. Rodríguez A, Páez R, Altamirano E, Paguay F, Rodríguez C, Calero S. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Médica Superior.* 2017 [acceso: 11/7/2020]; 31(4):1-11. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1366/583>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Victoria de la Caridad Ribot Reyes: concepción y diseño del trabajo, Asesoría técnica y metodológica, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

Noraima Rodríguez Gómez: concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de información, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito.

Aravides González Quintana: recolección/obtención de información, Análisis e interpretación de los resultados, revisión crítica del manuscrito, redacción del manuscrito.

Todas las autoras participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.