



Original

**Factores de riesgo asociados al *hikikomori* en adolescentes tras la
pandemia por COVID-19**

**Risk Factors Associated with Hikikomori in Adolescents after the
COVID-19 Pandemic**

Bladimir Becerra-Canales¹  

Edgar Hernández-Huaripaucar¹ 

Carmen Laos-Anchante¹ 

Jeny del Río-Mendoza¹ 

María Dávalos-Almeyda¹ 

María José Cevallos-Cardenas¹ 

Domizbeth Becerra-Huamán¹ 

¹ Universidad Nacional San Luis Gonzaga (UNSG). Ica, Perú

Recibido: 15/07/2023

Aceptado: 22/09/2023



Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19, es un factor con potencial psicopatológico que trajo consigo cambios en el comportamiento humano y trastornos psíquicos que afectan la salud mental.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al *hikikomori* en adolescentes tras la pandemia por COVID-19.

Método: Estudio transversal, realizado durante noviembre a diciembre del 2022, en una institución educativa pública de Ica-Perú. Conformaron la muestra 581 adolescentes, se estudiaron variables generales y el riesgo de padecer *hikikomori* fue valorado con el cuestionario de *hikikomori* (HQ-25). Se aplicó un análisis estadístico descriptivo y multivariado mediante modelos lineales generalizados de la familia Poisson, para evaluar la asociación entre las variables.

Resultados: De las participantes el 48,5 % se halló en riesgo de sufrir *hikikomori*. Se asociaron a mayor riesgo de padecer este trastorno, los sentimientos de tristeza, ansiedad o depresión que padecen las adolescentes (RPa = 1,29; IC 95 %: 1,07-1,58); los sentimientos de vergüenza (RPa = 1,42; IC 95 %: 1,19-1,68); el sentirse rechazada por la sociedad (RPa = 1,36; IC 95 %: 1,14-1,62) y preferir el aislamiento obligatorio por la pandemia COVID-19 (RPa = 1,18; IC 95 %: 0,99-1,42). Asimismo, se asociaron a menor riesgo la condición de haber tenido la COVID-19 (RPa = 0,77; IC 95 %: 0,65-0,92).

Conclusiones: La proporción de adolescentes en riesgo de *hikikomori* es alta; existen variables generales susceptibles de ser modificadas que podrían mermar el riesgo de sufrir este trastorno inducido o potenciado por la pandemia de la COVID-19.

Palabras clave: *hikikomori*, aislamiento social, adolescente, pandemia, COVID-19

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic is a factor with psychopathogenic potential that brought about changes in human behavior, and psychological disorders that affect mental health.

Objective: Determine risk factors associated with *hikikomori* in adolescents after the COVID-19 pandemic.

Method: A cross-sectional study was carried out from November to December 2022, in a public educational institution in Ica, Peru. The sample consisted of 581 adolescents; general variables were studied, and the risk of suffering from *hikikomori* was assessed with the *hikikomori* questionnaire (HQ-25). A descriptive and multivariate statistical analysis was applied using generalized linear models of the Poisson family to evaluate the association among variables.

Results: Of the female participants, 48.5% were found to be at risk of suffering from *hikikomori*. The feelings of sadness, anxiety or depression experienced by adolescent girls were associated with a greater risk of presenting this disorder (RPa = 1.29: 95 % CI: 1.07-1.58); feelings of shame (RPa = 1.42: 95 % CI: 1.19-1.68), as well as feelings of being rejected by society (RPa = 1.36: 95 % CI: 1.14-1.62), and preferring compulsory isolation due to the COVID-19 pandemic (RPa = 1.18: 95 % CI: 0.99-1.42). Likewise, the condition of having had COVID-19 was associated with a lower risk (RPa = 0.77: 95% CI: 0.65-0.92).



Conclusions: The proportion of adolescents at risk of *hikikomori* is high; there are general variables capable of being modified that could lower the risk of this disorder induced or enhanced by the COVID-19 pandemic.

Keywords: *hikikomori*, social isolation, adolescent, pandemic, COVID-19

Introducción

La pandemia por la COVID-19 plantea nuevos retos para los sistemas de salud del mundo. El aislamiento social obligatorio, los cambios en los estilos de vida⁽¹⁾ y su repercusión en la salud mental;^(1,2) puede generar en el mediano y largo plazo trastornos mentales en la que destaca el *hikikomori*;⁽¹⁾ además, de otras afecciones psíquicas, especialmente en los adolescentes.⁽³⁾

El término *hikikomori* fue introducido por *Tamaki Saito*,⁽⁴⁾ deriva de los verbos *hiki* y *komoru* que significa literalmente "ser cerrado" "estar apartado", "estar atrincherado" o "estar recluso" de forma voluntaria;^(5,6) hace referencia tanto al trastorno o fenómeno psicosocial de enclaustramiento como también al mismo individuo (referido como aislado o *hikikomori*) que tiende a apartarse socialmente y que afecta con frecuencia a adolescentes o jóvenes.⁽⁷⁾

El síndrome de *hikikomori*,^(4,5) está muy difundido en la cultura japonesa y en la actualidad se ha extendido a otras culturas del mundo.^(8,9) Se trata de un fenómeno psiquiátrico transcultural, sin llegar a ser una enfermedad psiquiátrica y representa una nueva categoría diagnóstica que aún no está incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-5; pero que aspira a convertirse en un término clínico en psiquiatría. Es un disturbio caracterizado por un "comportamiento asocial y evitativo" que deriva en el abandono de la sociedad y que con frecuencia va acompañado de una dependencia digital asociada.^(9,10) La prevalencia de este trastorno puede oscilar entre el rango de 0,87 % al 26,7 %;^(11,12,13) no obstante, un reciente estudio en el post pandemia se reveló 44 % de prevalencia.⁽¹⁴⁾

Es preciso deslindar que las personas con *hikikomori* se aíslan de manera voluntaria; en tanto, que el aislamiento social por la COVID-19, fue obligado por las autoridades competentes; sin embargo, es posible que el aislamiento social obligatorio y prolongado, además del miedo por la pandemia hayan influido de alguna medida en el desarrollo del aislamiento social voluntario y en consecuencia exacerbar el riesgo de *hikikomori*.⁽¹⁾

Después del evento pandémico catastrófico que sufrió la humanidad, la sociedad no será la misma; la reanudación de la "normalidad" retrotrajo la producción y el consumismo, la exacerbación de las inequidades y una lucha diaria por sobrevivir, en medio de la pobreza como el mayor determinante social de enfermedades.⁽¹⁵⁾



En consecuencia, debido a las posibles repercusiones psíquicas de la pandemia por COVID-19, como el riesgo de desarrollar *hikikomori*; el cual, se conoce muy poco, resulta necesario analizar el comportamiento de esta variable. Por tanto, el estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al *hikikomori* en adolescentes tras la pandemia por COVID-19.

Métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, ejecutado durante noviembre a diciembre del año 2022. La población fue 3 425 adolescentes de la institución educativa de mujeres Antonia Moreno de Cáceres, que alberga estudiantes de diferentes zonas (rural, urbano marginal y urbano) de la provincia de Ica, en el Perú. Con la fórmula matemática de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida, nivel de confianza del 95%, precisión 4%, proporción esperada de 50% y 12% de pérdida esperada, se estimó 581 adolescentes; el muestreo fue probabilístico aleatorio.

Todas las adolescentes cumplieron los siguientes criterios de selección:

- Criterios de inclusión: adolescentes mujeres de 12 a 17 años, pertenecientes a la institución educativa Antonia Moreno de Cáceres, que aceptaron participar en la investigación y con el consentimiento del padre o apoderado para participar en el estudio.
- Criterios de exclusión: adolescentes con antecedentes de enfermedad mental, enfermedades orgánicas y el historial de abuso de sustancias psicoactivas.

Se tomó en cuenta como criterio de salida el deseo manifiesto de la adolescente de abandonar el estudio.

La variable riesgo de *hikikomori*, fue valorada con el *hikikomori questionnaire* (HQ-25),⁽¹⁶⁾ consta de 25 preguntas y 03 dimensiones: Socialización (ítems 1, 4, 6, 8, 11, 13, 15, 18, 20, 23, 25), aislamiento (ítems 2, 5, 9, 12, 16, 19, 22, 24) y apoyo emocional (ítems 3, 7, 10, 14, 17, 21), en una escala orientada de 0 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). De manera previa 6 ítems deben puntuarse de forma inversa y se obtienen puntuaciones totales que oscilan entre 0 a 100, que permite calificar el riesgo para *hikikomori*, como: no en riesgo (≤ 42 puntos) y en riesgo (> 42 puntos).^(16, 17)

Como el instrumento no estuvo validado en población peruana, se realizó la traducción del idioma inglés al español. Tres profesionales en psicología con grado de doctor y un experto en diseño y validación de instrumentos, revisaron aspectos relacionados con el lenguaje y extensión de los ítems, todos fueron aprobados y solo recomendaron algunas mejoras en la sintaxis y semántica de los mismos. En seguida se realizó un pilotaje en 82 participantes, para revisar la comprensión de los ítems, como resultado de este procedimiento, no hubo otros cambios en la redacción de las preguntas. El instrumento en su versión para Perú (cuadro 1), según el análisis factorial confirmatorio (AFC) con el programa estadístico JASP versión 0.8.4, que incluyó el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados diagonales (DWLS), reveló índices de bondad de ajuste aceptables: Chi-cuadrado entre los grados de libertad ($\chi^2/gl = 1,85$); índice de



ajuste no normalizado (NNFI = 0,963); índice de ajuste comparativo (CFI = 0,966); raíz del residuo cuadrático promedio estandarizado (SRMR = 0,055); índice de aproximación de la raíz de cuadrados medios del error (RMSEA = 0,038 [IC 90%: 0,033-0,044]); asimismo, la consistencia interna fue adecuada con el omega de McDonald ($\omega = 0,853$).

Cuadro 1. Cuestionario de hikikomori (Versión peruana)

En los últimos 6 meses, sobre las siguientes preguntas ¿Cuál es su opinión personal?

Preguntas	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me mantengo alejado de otras personas.				
2	Paso la mayor parte del tiempo en casa.				
3	Realmente no hay nadie con quien yo pueda discutir asuntos de importancia.				
4	Me encanta conocer gente nueva.				
5	Me encerré en mi habitación.				
6	Las personas me molestan.				
7	Hay personas en mi vida que intentan entenderme.				
8	Me siento incómodo alrededor de otras personas.				
9	Paso la mayor parte del tiempo solo.				
10	Puedo compartir mis pensamientos personales con varias personas.				
11	No me gusta que los demás me vean.				
12	Rara vez conozco a la gente en persona.				
13	Es difícil para mí unirme a los grupos.				
14	Hay pocas personas con las que pueda hablar de asuntos importantes.				
15	Disfruto de estar en situaciones sociales.				
16	No vivo según las reglas y valores de la sociedad.				
17	Realmente no hay nadie muy importante en mi vida.				
18	Evito hablar con otras personas.				
19	Tengo poco contacto con otras personas hablando, escribiendo, etc				
20	Prefiero estar solo que con otros.				
21	Tengo a alguien en quien puedo confiar mis problemas.				
22	Rara vez paso el tiempo solo.				
23	No disfruto de las interacciones sociales.				
24	Paso muy poco tiempo interactuando con otras personas.				
25	Prefiero estar rodeado de otras personas.				

Con la curva de rendimiento diagnóstico, bajo un criterio o condición previa, se determinó un punto de corte óptimo de 42 (sensibilidad de 73% y especificidad de 56%; cuando se aumentó este punto a 43 los parámetros disminuyeron); el cual, coincidió con la puntuación del instrumento en su versión original.^(12,13)

Además, se incluyó un cuestionario con variables generales como, la edad y preguntas cerradas de opción de respuesta dicotómica (si/no): tuvo COVID-19, tiene familiar fallecido por COVID-19, miedo a enfermarse



de COVID 19, conflictos familiares en el hogar, sentimiento de tristeza, ansiedad o depresión, sentimiento de vergüenza, sufre o ha sufrido alguna vez de bullying, se siente rechazada por la sociedad, prefiere estar en aislamiento obligatorio por la pandemia de la COVID-19 y prefiere las clases virtuales que las presenciales.

Se coordinó fechas y horas para la recolección de datos. Diez encuestadores capacitados de forma adecuada, ingresaron a las aulas de clase y una vez confirmado que la adolescente cumplía con los criterios de inclusión, se le explicó el propósito del estudio y sus procedimientos, se obtuvo el consentimiento informado del padre o apoderado, solicitado con antelación por la dirección de la institución educativa; además, del asentimiento informado de la participante, para proceder a realizar la encuesta autoaplicada, se buscó privacidad en todo momento.

Se emplearon métodos teóricos: inductivo – deductivo y el comparativo. El análisis estadístico descriptivo, incluyó medidas de frecuencia absolutas y relativas, promedios y desviación estándar. Para evaluar diferencias con el chi cuadrado la variable principal fue categorizada como en riesgo para hikikomori (si/no). Se utilizó modelos lineales generalizados de familia Poisson con función de enlace logarítmica para valorar la asociación entre la variable principal con las variables generales (que fueron dicotomizadas). Se calcularon razones de prevalencia crudas (R_{Pc}) y ajustadas (R_{Pa}) con IC 95%; se incluyó en el modelo ajustado, toda variable con un $p < 0,05$ en el modelo crudo; asimismo, se consideró un criterio de interés clínico y de disponibilidad.⁽²⁾ Para procesar los datos, se usó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows versión 25,0 en español. Se adoptó un valor de $p < 0,05$ como significativo. Los resultados se presentaron en tablas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, con la expedición de un certificado (CEI-UNICA N°: 002/02-2023). Se solicitó el consentimiento informado a los padres y el asentimiento informado a las adolescentes, donde se les informó en qué consistía el estudio, que su participación era voluntaria y anónima y que los resultados se divulgarán solo con fines de investigación en tablas y gráficos.

Resultados

De las participantes (n=581), la mayoría tenían de 12 a 15 años (76,9 %); tuvo familiar fallecido con COVID-19 (46,9 %); conflictos familiares en su hogar (40,6 %); se siente triste, ansiosa o deprimida (53,4 %); siente que la sociedad la rechaza (37,5 %); el promedio de edad fue de 14 años. (tabla 1)

Tabla 1. Distribución de frecuencias, porcentajes y estadísticos descriptivos de las variables generales

Variable	n	%
Tuvo COVID-19		
No	368	63,3



Sí	213	36,7
Familiar fallecido con COVID-19		
No	308	53,1
Sí	273	46,9
Miedo a la COVID 19		
No	374	64,4
Sí	207	35,6
Conflictos familiares en el hogar		
No	345	59,4
Sí	236	40,6
Sentimiento de tristeza, ansiedad o depresión		
No	271	46,6
Sí	310	53,4
Sentimiento de vergüenza		
No	392	67,5
Sí	189	32,5
Sufre o ha sufrido alguna vez de bullying		
No	395	67,9
Sí	186	32,1
Se siente rechazada por la sociedad		
No	363	62,5
Sí	218	37,5
Prefiere estar en aislamiento obligatorio por la pandemia por COVID-19		
No	446	76,8
Sí	135	23,2
Prefiere las clases virtuales que las presenciales		
No	501	86,2
Sí	80	13,8
Grupos de edad		
12-15 años	447	76,9
16-17 años	134	23,1
Edad, Media (DE)	14,03 (DE 1,36)	

Fuente: elaborada por los autores

El 48,5 % de adolescentes se encuentran en riesgo de padecer *hikikomori* (tabla 2), esta fue mayor en quienes no tuvieron COVID-19 (52,7 %); tienen conflictos familiares en el hogar (60,2 %); sentimiento de tristeza, ansiedad o depresión (59,7 %); sentimiento de vergüenza (69,8 %); sufre o ha sufrido alguna vez de *bullying* (61,8 %); se siente rechazada por la sociedad (67,9 %); prefiere estar en aislamiento obligatorio por la pandemia por COVID-19 (60 %) y prefieren las clases virtuales que las presenciales (62,5 %) las diferencias resultaron significativas ($p < 0,05$).



Tabla 2. Análisis descriptivo y bivariado de las variables generales, según riesgo de hikikomori

Variable	Riesgo de hikikomori						Valor de p*
	No			Si			
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	
Tuvo COVID-19							
No	174	47,3	40,1-52,9	194	52,7	53,0-69,8	0,008
Sí	125	58,7	46,0-69,4	88	41,3	36,5-53,9	
Familiar fallecido con COVID-19							
No	157	51,0	42,2-63,1	151	49,0	56,9-67,7	0,802
Sí	142	52,0	46,3-63,8	131	48,0	41,1-57,7	
Miedo a la COVID 19							
No	191	51,1	42,6-60,4	183	48,9	41,5-59,3	0,799
Sí	108	52,2	45,2-62,8	99	47,8	41,1-54,5	
Conflictos familiares en el hogar							
No	205	59,4	48,2-65,7	140	40,6	49,2-59,7	,000
Sí	94	39,8	31,0-42,3	142	60,2	57,6-68,9	
Sentimiento de tristeza, ansiedad o depresión							
No	174	64,2	54,9-56,9	97	35,8	28,0-45,0	0,000
Sí	125	40,3	31,5-31,3	185	59,7	48,6-68,4	
Sentimiento de vergüenza							
No	242	61,7	54,7-72,6	150	38,3	31,3-47,2	0,000
Sí	57	30,2	22,0-42,9	132	69,8	61,0-78,0	
Sufre o ha sufrido alguna vez de bullying							
No	228	57,7	49,3-64,2	167	42,3	36,7-50,6	0,000
Sí	71	38,2	27,9-42,4	115	61,8	59,5-72,0	
Se siente rechazada por la sociedad							
No	229	63,1	55,8-73,1	134	36,9	28,8-44,2	0,000
Sí	70	32,1	26,1-40,9	148	67,9	58,0-73,8	
Prefiere estar en aislamiento obligatorio por la pandemia por COVID-19							
No	245	54,9	46,8-66,0	201	45,1	53,9-63,1	0,002
Sí	54	40,0	35,4-47,4	81	60,0	56,5-71,5	
Prefiere las clases virtuales que las presenciales							
No	269	53,7	45,0-69,6	232	46,3	56,3-64,9	0,007
Sí	30	36,5	30,6-41,8	50	62,5	51,1-71,3	
Grupos de edad							
12-15 años	223	49,9	42,2-51,1	224	50,1	48,8-57,8	0,165
16-17 años	76	56,7	48,3-62,2	58	43,3	39,7-51,6	
Total escala	299	51,5	41,3-68,2	282	48,5	38,1-56,0	

n=Muestra; %=Frecuencia relativa; IC95%=Intervalos de confianza al 95%; *Pruebas Chi cuadrado de diferencia de proporciones. Fuente: elaborada por los autores



Por otro lado, se asociaron a mayor riesgo de padecer *hikikomori* (tabla 3), los sentimientos de tristeza, ansiedad o depresión que padecen las adolescentes (RPa = 1,29; IC 95 %: 1,07-1,58); sentimientos de vergüenza (RPa = 1,42; IC 95 %: 1,19-1,68); se siente rechazada por la sociedad (RPa = 1,36; IC 95 %: 1,14-1,62) y prefiere el aislamiento obligatorio por la pandemia de COVID-19 (RPa = 1,18; IC 95 %: 0,99-1,42). No obstante, se asoció a menor riesgo para *hikikomori*, la condición de haber tenido COVID-19 (RPa = 0,77; IC 95 %: 0,65-0,93).

Tabla 3. Modelos crudos y ajustados de regresión para evaluar la asociación entre las variables generales con el riesgo de *hikikomori*

Variable	Riesgo de <i>hikikomori</i>					
	Crudo			Ajustado		
	RPc	IC 95 %	Valor p	RPa	IC 95 %	Valor p
Tuvo COVID-19						
No		Referencia				
Sí	0,88	0,76-1,01	0,035	0,77	0,65-0,93	0,006
Familiar fallecido con COVID-19						
No		Referencia				
Sí	0,99	0,87-1,12	0,915	0,94	0,80-1,10	0,462
Miedo a la COVID 19						
No		Referencia				
Sí	0,90	0,78-1,03	0,134	0,89	0,76-1,07	0,180
Conflictos familiares en el hogar						
No		Referencia				
Sí	1,34	1,18-1,52	0,000	1,15	0,97-1,35	0,098
Sentimiento de tristeza, ansiedad o depresión						
No		Referencia				
Sí	1,49	1,30-1,72	0,000	1,29	1,07-1,58	0,008
Sentimiento de vergüenza						
No		Referencia				
Sí	1,57	1,40-1,77	0,000	1,42	1,19-1,68	0,000
Sufre o ha sufrido alguna vez de bullying						
No		Referencia				
Sí	1,36	1,20-1,53	0,000	1,13	0,96-1,33	0,129
Se siente rechazada por la sociedad						
No		Referencia				
Sí	1,71	1,51-1,93	0,000	1,36	1,14-1,62	0,001
Prefiere estar en aislamiento obligatorio por la pandemia por COVID-19						
No		Referencia				
Sí	1,26	1,11-1,43	0,000	1,18	0,99-1,42	0,047
Prefiere las clases virtuales que las presenciales						



No	Referencia					
Sí	1,17	1,00-1,37	0,044	1,17	0,97-1,41	0,100
Grupos de edad						
12-15 años	1,08	0,92-1,27	0,303	1,08	0,88-1,32	0,434
16-17 años	Referencia			Referencia		

IC 95 % = Intervalos de confianza al 95 %; RPc = Razón de prevalencia cruda; RPa = Razón de prevalencia ajustada. Fuente: elaborada por los autores

Discusión

Esta investigación estimó el riesgo de padecer *hikikomori* y evaluó sus factores asociados, en mujeres adolescentes. Se encontró en la muestra estudiada que cuatro de cada diez participantes se halló en riesgo de sufrir este trastorno, contrariamente investigaciones realizadas antes de la pandemia reportan prevalencias inferiores^(11,12,13) y un reciente estudio en el post pandemia que utilizó el mismo instrumento y el punto de corte de 42 (de 100) del creador del HQ-25, respaldan estos hallazgos al reportar 44 % de prevalencia.⁽¹⁴⁾ Es necesario mencionar que a pesar de la difusión de este trastorno en la comunidad científica, pocos estudios examinan su prevalencia en los últimos años y la comparabilidad se ve afectada además por la diversificación poblacional y áreas geográficas donde se realizaron las investigaciones, los diferentes instrumentos empleados para su detección y variadas definiciones del concepto *hikikomori*. Por otro lado, los sentimientos de tristeza, ansiedad o depresión; sentimientos de vergüenza; el sentirse rechazada por la sociedad y el preferir el aislamiento obligatorio por la pandemia COVID-19, se asociaron a mayor riesgo de *hikikomori*; estos resultados respaldan lo dicho por otros investigadores,⁽¹⁸⁾ al afirmar que algunos adolescentes prefieren autoaislarse por días, semanas, meses o años; renunciando a sus labores cotidianas, sin tener contacto personal y comunicados solo por medios electrónicos. Asimismo, la crisis sanitaria de la pandemia y pospandemia COVID-19 impactó en la salud mental y generó cambios sociales y tecnológicos derivados de las restricciones sociales y exacerbaron el riesgo de *hikikomori* en los adolescentes y adultos jóvenes.^(1,6,8,10) Estas mismas circunstancias explicarían los hallazgos propios de alto riesgo para padecer de *hikikomori*.

La pandemia por COVID-19, ha cambiado la sociedad al revolucionar el entorno virtual y reemplazar los espacios tradicionales, sus características propias como el aislamiento es un factor que conlleva a desarrollar trastornos mentales como el *hikikomori*; ^(1,6) otros factores relacionados a este síndrome son la "ansiedad/depresión", "quejas somáticas", "falta de comunicación entre los padres" y "uso excesivo de internet" que fueron predictores significativos de la gravedad del *hikikomori*;⁽¹⁹⁾ por tanto, es importante tomar en cuenta que, durante la crisis sanitaria, se ha incrementado tanto la depresión como la ansiedad, con graves repercusiones en la salud mental de la población.^(1,3)

El *hikikomori* es un problema de salud emergente y complejo; el cual, está en proceso de expansión, afecta de forma principal a los adolescentes y adultos jóvenes y cuyo tratamiento requiere un enfoque bio-psico-social.^(7, 9,19) Los hallazgos de este estudio corroboran dicha afirmación al revelar un alto riesgo de padecer



este síndrome; se confirma así, la hipótesis que el aislamiento social inducido por la COVID-19 y sus características inherentes, es un factor de riesgo para el incremento del *hikikomori* en la fase post pandemia⁽¹⁾; respaldan esta afirmación, diversos estudios previos que reportan un rango de prevalencia menor que oscila entre 0,87 % al 26,7 % antes del evento pandémico.^(11,12,13) Al inicio las personas con este síndrome pueden no sufrir porque escapan del estrés del mundo real, pero el aislamiento aumenta la soledad que puede conllevar a la vez a trastornos importantes tales como la ansiedad, depresión y adicciones.^(9,10,17) Otros factores que se relacionan con el incremento de *hikikomori* son los factores socioeconómicos,⁽²⁰⁾ igualmente, en adolescentes se encontró correlación con el bajo nivel educativo y la soledad,⁽⁹⁾ variables comprometidas durante el desarrollo de la pandemia.

El *hikikomori*, se ha convertido en un problema de salud mundial, en algunos países los reportes encuentran casos de *hikikomori* con adicción a internet, siendo este un factor que contribuye con su aparición.^(9,19)

A la luz de los resultados, se necesitan más estudios clínicos de evaluación diagnóstica y diagnóstico diferencial.⁽²¹⁾ Por otro lado, la interacción social en línea podría representar un medio para mitigar el riesgo de *hikikomori* en las sociedades durante el post pandemia.⁽¹⁰⁾ Las intervenciones anticipadas y adecuadas, como el apoyo interpersonal o emocional, pueden prevenir la evolución o transición a *hikikomori* patológico.⁽²²⁾ No obstante, es probable que en cada nación se necesiten estrategias variadas para prevenir la aparición y la progresión del *hikikomori*.⁽²³⁾ En consecuencia, urge la detección precoz de casos, adoptar herramientas de evaluación y la optimización de la oferta de servicios de salud e intervención sanitarias.⁽²⁴⁾ Además de lo dicho por estos autores respecto a la aplicabilidad y generalización de los resultados, es intención del estudio de que el conocimiento de la prevalencia y el grado de asociación de los factores con el riesgo de *hikikomori*, pueda contribuir de forma indirecta a disminuir la proporción de adolescentes que sufren de este trastorno en esta región. El incorporar al estudio un número considerable de factores potencialmente asociados a la variable riesgo de *hikikomori* lo podría convertir de cierta manera, en un estudio exploratorio que a la larga permita realizar estudios más específicos en poblaciones diferentes.

Las limitaciones de esta investigación fueron los escasos estudios en el contexto peruano actual, lo cual dificultó hacer comparaciones; sin embargo, esto es también una fortaleza, por ser el trabajo uno de los primeros en Perú, que aborda una problemática emergente después de una pandemia. Por otro lado, la población de estudio fue solo adolescentes mujeres, siendo el *hikikomori* mayor en sexo masculino^(10,13) y el trabajo se realizó en el corto plazo de haberse levantado las restricciones por la pandemia de la COVID-19, lo que podría sobreestimar los resultados. Sin embargo, el estudio es pertinente y necesario por cuanto realiza una aproximación al riesgo de *hikikomori*, después de una pandemia como un factor coadyuvante para el desarrollo de este trastorno.

Se concluye que el riesgo de padecer de *hikikomori* es alto en las adolescentes. Existen variables asociadas factibles de ser modificadas que podrían disminuir el riesgo de desarrollar este trastorno que afecta la salud mental y que emergen como consecuencia de una pandemia con carácter potencialmente psicopatógeno.



Se hace un llamado a la academia e investigadores para que presten interés y continúen el desarrollo de la línea de investigación.

Referencias bibliográficas

1. Herold M, Herold R, Csuta C, Tényi T. Hikikomori: a COVID-19-járvány egy lehetséges mentálhigiénés következménye [Hikikomori: una posible consecuencia para la salud mental de la epidemia de COVID-19]. *Orvosi Hetilap*. 2021; 162(41): 1637-42. Doi: <https://doi.org/10.1556/650.2021.32357>
2. Becerra-Canales B, Campos-Martínez H, Campos-Sobrino M, Aquije-Cárdenas GA. Trastorno de estrés postraumático y calidad de vida del paciente post-COVID-19 en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2022; 54(10):102460. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102460>
3. Huckins JF, Wang W, Hedlund E, Rogers C, Nepal SK, Wu J, Campbell AT. Mental health and behavior of college students during the early phases of the COVID-19 pandemic: longitudinal smartphone and ecological momentary assessment study. *Journal medical internet research*. 2020; 22(6):e20185. Doi: <https://doi.org/10.2196/20185>
4. Saito T. Hikikomori. Adolescence without end. [Hikikomori Adolescencia sin fin]. Estados Unidos: University of Minnesota Press; 2013. 192 p. Disponible en: https://www.academia.edu/9948534/Hikikomori_Adolescence_Without_End_by_Saito_Tamaki
5. Semeniuk GB. Hikikomori y síndrome de enclaustramiento. *Medicina (Buenos Aires)*. 2021; 81(2):279-81.
6. Rooksby M, Furuhashi T, McLeod HJ. Hikikomori: a hidden mental health need following the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2020; 19:399-400. Doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20804>
7. Kato TA, Sartorius N, Shinfuku N. Forced social isolation due to COVID-19 and consequent mental health problems: Lesson from hikikomori. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020; 74(9):506-07. Doi: <https://doi.org/10.1111/pcn.13112>
8. Orsolini L, Bellagamba S, Volpe U, Kato TA. Hikikomori and modern-type depression in Italy: A new phenotypical trans-cultural characterization? *Revista Internacional de Psiquiatría Social*. 2022;68(5):1010-17. Doi: <https://doi.org/10.1177/00207640221099408>
9. Choi TY, Lee HJ, Je SR, Kim JW. Factors associated with korean adolescent hikikomori: loneliness, education level, and internet addiction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2022;61(10):141-42. Supplement. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.09.019>



10. Gavin J, Brosnan M. The relationship between hikikomori risk and internet use during COVID-19 restrictions. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2022;25(3):189-93. Doi: <https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0171>
11. 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. <https://doi.org/10.1177/0020764014543711>
12. Amendola S, Cerutti R, Presaghi F, Spensieri V, Lucidi C, Silvestri E, et al. Hikikomori, problematic internet use and psychopathology: correlates in non-clinical and clinical respondents of young adults in Italy. *J. Psychopathol.* 2021; 27: 106–114. doi: 10.36148/2284-0249-412
13. Yong RK, Fujita K, Chau PY, Sasaki H. Characteristics of and gender difference factors of hikikomori among the working-age population: A cross-sectional population study in rural Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi.* 2020; 67(4):237-246. doi: 10.11236/jph.67.4_237.
14. Al-Sibani N, Chan MF, Al-Huseini S, Al Kharusi N, Guillemin GJ, Al-Abri M, Ganesh A, Al Hasani Y, Al-Adawi S. Exploring Hikikomori-like idiom of distress a year into the SARS-CoV-2 pandemic in Oman: Factorial validity of the 25-item Hikikomori Questionnaire, prevalence and associated factors. *PLoS One.* 2023 Aug 7;18(8):e0279612. doi: 10.1371/journal.pone.0279612.
15. Sparks M. Reflections on the International Union for Health Promotion and Education. *Glob Health Promot.* 2021;28(4):117-18. Doi: <https://doi.org/10.1177/17579759211059034>
16. Teo AR, Chen JI, Kubo H, Katsuki R, Sato-Kasai M, Shimokawa N, Kato TA. Development and validation of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25). *Psychiatry Clinical and Neurosciences.* 2018;72(10):780-88. Doi:<https://doi.org/10.1111/pcn.12691>
17. Tateno M, Teo AR, Ukai W, Kanazawa J, Katsuki R, Kubo H, Kato TA. Internet addiction, smartphone addiction, and hikikomori trait in Japanese young adult: social isolation and social network. *Frontiers in Psychiatry.* 2019;10(455):1-11. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00455>
18. Romero ME. Hikikomori. Las voces silenciosas de la sociedad japonesa. México y la cuenca del pacífico. 2019;8(23):123-38. Doi: <https://doi.org/10.32870/mycp.v8i23.561>
19. Hamasaki Y, Pionnié-Dax N, Dorard G, Tajan N, Hikida T. Identifying social withdrawal (hikikomori) factors in adolescents: understanding the hikikomori spectrum. *Child Psychiatry & Human Development.* 2021;52:808-17. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01064-8>



20. Nonaka S, Sakai MA. Correlational study of socioeconomic factors and the prevalence of hikikomori in Japan from 2010 to 2019. *Comprehensive Psychiatry* 2021;108:152251. Doi:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152251>
21. Martinotti G, Vannini C, Di Natale C, Sociali A, Stigliano G, Santacroce R, di Giannantonio M. Hikikomori: psychopathology and differential diagnosis of a condition with epidemic diffusion. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2021; 25(2):187-194. doi: 10.1080/13651501.2020.1820524.
22. Kubo H, Katsuki R, Horie K, Yamakawa I, Tateno M, Shinfuku N, Sartorius N, Sakamoto S, Kato TA. Risk factors of hikikomori among office workers during the COVID-19 pandemic: A prospective online survey. *Curr Psychol.* 2022; 29:1-19. doi: 10.1007/s12144-022-03446-8
23. Hamasaki Y, Pionnié-Dax N, Dorard G, Tajan N, Hikida T. Preliminary study of the social withdrawal (hikikomori) spectrum in French adolescents: focusing on the differences in pathology and related factors compared with Japanese adolescents. *BMC Psychiatry.* 2022; 22(1):477. doi: 10.1186/s12888-022-04116-6
24. Wong J, Wan M, Kroneman L, Kato T, Lo T, Wong P, Chan G. 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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Bladimir Becerra-Canales

Curación de datos: Bladimir Becerra-Canales, Edgar Hernández-Huaripaucar, Carmen Laos-Anchante, Jeny del Rio-Mendoza, María Dávalos-Almeyda, María José Cevallos-Cardenas, Domizbeth Becerra-Huamán

Análisis formal: Bladimir Becerra-Canales, Edgar Hernández-Huaripaucar, Carmen Laos-Anchante, Jeny del Rio-Mendoza, María Dávalos-Almeyda, María José Cevallos-Cardenas, Domizbeth Becerra-Huamán

Investigación: Bladimir Becerra-Canales

Metodología: Bladimir Becerra-Canales, Edgar Hernández-Huaripaucar, Carmen Laos-Anchante, Jeny del Rio-Mendoza,

Administración del proyecto: María Dávalos-Almeyda, María José Cevallos-Cardenas

Recursos: Edgar Hernández-Huaripaucar

Software: María Dávalos-Almeyda

Supervisión: Bladimir Becerra-Canales, María José Cevallos-Cardenas



Validación: Bladimir Becerra-Canales

Visualización: Jeny del Rio-Mendoza

Redacción – borrador original: Bladimir Becerra-Canales, Edgar Hernández-Huaripaucar, Carmen Laos-Anchante, Jeny del Rio-Mendoza, María Dávalos-Almeyda, María José Cevallos-Cardenas, Domizbeth Becerra-Huamán

Redacción – revisión y edición: Bladimir Becerra-Canales, Edgar Hernández-Huaripaucar

