

Síndrome de Diógenes y sus cuidados estandarizados (primera parte)

Autores:

J.J. Soler Ros*

Lucha Fernández V., Palomar Llatas F., Fornes Pujalte B., Muñoz Máñez V., Sierra Talamantes C.**

* Médico Especialista en Medicina Familiar Servicio de Urgencias

** Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas Hospital General Universitario de Valencia

Resumen

El síndrome de Diógenes es un trastorno específico que se presenta en personas solitarias y de edad avanzada. Se caracteriza por una conducta voluntaria de aislamiento, con ruptura de las relaciones sociales, abandono de la nutrición, de la salud y de la higiene, tanto a nivel personal como ambiental, con grandes acumulaciones de basura y olores indeseables, que llegan a molestar a la comunidad e incluso convertirse en un problema de salud pública.

Los cuidados de enfermería irían encaminados a minimizar el daño al paciente, y a la prevención, estableciendo sistemas de detección de casos de riesgo, como ancianos solitarios, con enfermedades seniles, con tendencias al aislamiento, sin relaciones sociales, detectar conductas sospechosas, etc.

Un plan de cuidados capaz de detectar el riesgo y/o de minimizar el daño que puedan sufrir los pacientes, puede ser una herramienta útil para prevenir su aparición y restablecer en la medida de lo posible su estado de salud, tanto físico y psíquico, como en higiene y alimentación, y restablecer en la medida de lo posible sus relaciones sociales.

La red social del individuo juega un papel fundamental en este proceso de socialización, por lo tanto la familia y los amigos se convierten en piezas fundamentales en dicha planificación de cuidados.

Palabras clave: “Síndrome de Diógenes”, “cuidados de enfermería”, trastorno mental, falta de higiene, úlceras

Password: “Syndrome of Diógenes”, “nursing cares”, mental disturbance, lack of hygiene, wound (ulcers)

Introducción

El aumento de la esperanza de vida en países desarrollados está condicionando "nuevas" patologías y/o un aumento en la incidencia de otras enfermedades descritas anteriormente en los pacientes de la tercera edad. Así los problemas de negligencia del autocuidado están cobrando cada vez más interés en nuestra sociedad, por el aumento en su prevalencia y sus repercusiones socio-sanitarias.

Cada cierto tiempo los titulares de prensa recogen la noticia de ancianos hallados muertos en su casa, en el mayor de los abandonos y a menudo rodeados de desperdicios y bolsas de basura, cuyo hedor había puesto en alerta a los vecinos del inmueble. Sospechando que algo raro pasaba, llamaron a la policía o a los bomberos y estos descubrieron el cadáver. Un final de la existencia propio de folletines truculentos de otro tiempo, pero por desgracia bastante habitual en nuestros días. En el mejor de los casos, los servicios asistenciales intervienen antes del desenlace fatal, pero lo que encuentran no es menos pavoroso: un ser vivo recluido en una madriguera entre toneladas de residuos que han ido adueñándose de su espacio vital hasta reducirlo al mínimo.

Más allá del patetismo de una situación límite o de una extravagancia propia de personas fuera de sus cabales, el caso es revelador de un trastorno específico descrito por los especialistas: el denominado Síndrome de Diógenes¹, que en España parece ser que afecta a más de un 3 por ciento de los mayores de 65 años.

El Síndrome de Diógenes^{2,3} no constituye una entidad diagnóstica sino una condición caracterizada por una situación de extrema negligencia en el autocuidado, apatía, aislamiento social, miseria material, acúmulo de basuras y ausencia de conciencia de estar viviendo en una situación anómala. Resulta difícil comprender el

origen de esta conducta, especialmente en los casos que no se acompañan de un diagnóstico psiquiátrico claro⁴.

Diógenes de Sinope⁵, fue un filósofo griego del siglo IV antes de Cristo, y que pasó a la historia como el pensador fundamental de la escuela de los cínicos. Era conocido por su actitud de desprecio por las convenciones sociales, en coherencia con lo cual adoptó un estilo de vida caracterizado tanto por su austeridad como por el abandono de su aspecto físico. Se le representa siempre viviendo dentro de un tonel, circunstancia que expresa gráficamente su ideología que despreciaba todos los bienes materiales y pretendía ajustar la existencia al mínimo vital. Se burlaba de los políticos a los que definía como "siervos del pueblo". Si a Diógenes suele representarse dentro de un tonel, semidesnudo y con el pelo largo y desastrado, los ancianos aquejados por el síndrome viven también en el aislamiento y la incuria⁶. Esta actitud negligente, entre la soledad y la misantropía, revela un sentimiento de derrota, de renuncia a vivir dignamente y en plenitud bien sea por carecer de alicientes para hacerlo, bien por efecto del deterioro psíquico propio de las edades avanzadas. Pero la conducta de los aquejados por el Síndrome de Diógenes no implica necesariamente una dolencia mental.

Clark en 1975² da el nombre de Síndrome de Diógenes a este tipo de pacientes. En la literatura recibe también los nombres de Síndrome de miseria senil, Colapso Social o Síndrome de Havisham y Plyushkin, por parecer más apropiada su identificación con otras figuras literarias. Se ha descrito principalmente en personas ancianas, aunque existen algunos casos descritos en jóvenes.

El síndrome de Diógenes, consiste en un extremo abandono del autocuidado, tanto la higiene como la alimentación y la salud, que acontece en personas que se aíslan de su medio, no salen de su domicilio y rechazan cualquier tipo de ayuda externa⁷. Estos sujetos están muy preocupados por una ruina económica no real, por lo que acumulan basuras y viven en una situación de miseria material absoluta. Es característica la nula conciencia de enfermedad que dificulta cualquier tipo de intervención. Generalmente concurren causas diversas que van desde rasgos de personalidad previos hasta factores estresantes específicos de los ancianos⁸. Parece ser que están más predisuestos a sufrir el trastorno los individuos con tendencia al aislamiento o con dificultades de adaptación social, mientras que apenas se da entre personas comunicativas⁹. En cuanto a los factores estresantes que pueden conducir al

síndrome, los más habituales tienen que ver con las dificultades de tipo económico, la muerte de familiares y la sensación de ser rechazado por parientes⁷.

Los sentimientos de inseguridad y de miedo engendran el impulso de acumular cosas -aunque sean tan inútiles o nocivas como los desperdicios- cuyo amontonamiento actúa a modo de muro protector. En cierto modo se trata de coleccionistas; sólo que, en vez de coleccionar selectivamente por afición o 'hobby', lo hacen de forma indiscriminada y guiados por una oscura necesidad de acúmulo compulsivo. La soledad suele hacer el resto¹⁰.

Estas personas se sienten solas pero a su vez persiguen la soledad, bien por resentimiento hacia los otros, bien atrapadas por el temor a relacionarse con personas ajenas a las que su paulatina misantropía ha ido convirtiendo en seres hostiles en potencia. Puede ocurrir que de puertas hacia fuera los aquejados del Síndrome de Diógenes no se muestren especialmente insociables, mientras que al regresar a sus casas se parapetan en el descuido y la dejadez. De ahí que no siempre sea fácil reconocer su estado, ni mucho menos comprender hasta qué punto son víctimas de una soledad más profunda de la que aparentan.

Como anteriormente hemos indicado de vez en cuando saltan a la prensa noticias referentes al hallazgo de personas ancianas en semejantes condiciones. La divulgación de hechos similares puede llevar en bastantes ocasiones a asociar con ligereza situaciones de pura miseria y/o abandono con una entidad que, sin constituir una enfermedad en sí misma, tendría sus características específicas. Es conocido que la proporción de ancianos que viven solos en sus domicilios (condición de residencia más frecuentemente descrita en las series de casos de Síndrome de Diógenes) está incrementándose en nuestro medio. La posibilidad de que un anciano con alguna problemática física, psíquica o social quede expuesto a situaciones de precariedad y de falta de cuidados se eleva en estos casos, pudiéndose producir con cierta frecuencia, situaciones de puro abandono que generan imágenes en las que acaba adjudicándoseles la etiqueta de un síndrome raro a lo que solamente constituye una falta de atención a un anciano en una situación de vulnerabilidad¹¹. Conviene tener en cuenta estas precisiones dada la facilidad con la que los síndromes psiquiátricos en los pacientes ancianos son fácilmente confundidos entre sí o entre otro tipo de condiciones (sociales, orgánicas, etc.), sin individualizar adecuadamente su origen y afectando notablemente a la dirección de los recursos diagnósticos o terapéuticos puestos en juego¹².

Resulta difícil estimar la prevalencia de este trastorno por su propia naturaleza, además no existen estudios rigurosos actualizados. Se considera que, en España suponen un 1,7/1000 de los ingresos en personas mayores de 65 años y unos 1200 nuevos ingresos/año⁵. Entre ellos más de la mitad padecen un trastorno mental sobre todo demencias en diverso grado, esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno afectivo, depresión, alcoholismo. Afecta fundamentalmente a ancianos que viven solos aunque puede incidir en cualquier grupo de edad (en personas más jóvenes suele coexistir un trastorno mental). Son necesarios estudios más extensos y riguroso de casos, en cuanto a prevalencia, incidencia, mortalidad y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y somáticos.

Clínicamente y de forma general se describe a una persona anciana que vive sola en medio de un inusual acúmulo de basuras y excrementos, aislada del entorno social, con el que mantiene generalmente una relación hostil, de rechazo, llegando a recluírse en el propio hogar, además de desatender absolutamente la limpieza del mismo y toda higiene personal. Frecuentemente son los Servicios Sociales, las instancias Judiciales o religiosas las que promueven las demandas de atención social y sanitaria en estas ocasiones, si bien, la propia marginalidad en que viven estos pacientes hace difícil a menudo la detección de estas situaciones^{3,5}.

Debido a que creen encontrarse en una situación de pobreza extrema, no siendo a menudo el caso, tienden a intentar ahorrar lo máximo posible llegando a reunir grandes cantidades de dinero sin tener conciencia de lo que poseen realmente. También suelen acumular grandes cantidades de desperdicios y objetos sin ninguna utilidad en sus casas, por creer que pueden darles una utilidad en un futuro, lo cual les aboca a vivir en situaciones insalubres. Emocionalmente están ligados a todas y cada una de sus posesiones y son incapaces de distinguir lo que es de valor de la basura.

Según algunos autores "En estos pacientes subyacen una serie de enfermedades como demencia, cuadros psicóticos, trastornos obsesivos o de personalidad con rasgos paranoides que les lleva a vivir en esas condiciones"^{13,16}.

Hace pocos años Hanon¹⁶, identifica dos tipos de Síndrome de Diógenes según su comportamiento respecto del acúmulo de objetos: el tipo "activo" o recolector de objetos que acumula en su domicilio y el tipo "pasivo" que, pasivamente, se deja invadir por el acúmulo de sus propias basuras.

En la mayoría de los casos los pacientes que presentan el Síndrome de Diógenes viven solos, aunque se han descrito algunas situaciones de lo que podría denominarse Síndrome de Diógenes Compartido. Ciertos autores como O'Mahoney y Grimley Evans⁶, han referido la situación de alguno de estos síndromes como formas de maltrato a ancianos.

Hasta el momento la investigación en este campo es escasa, lo que hace difícil sistematizar el estudio de las pocas series descritas, de tal forma que algunos profesionales han llegado a cuestionar la validez de este diagnóstico. No obstante y de forma reciente han sido propuestos criterios operativos para la identificación de este síndrome.

Criterios del síndrome de Diógenes^{3,17}:

- Condiciones miserables en domicilio
- Autonegligencia
- Vivir solo o con retraimiento social
- Conductas de atesoramiento
- Ausencia de interés por el entorno

Puede darse una cierta tendencia al uso abusivo del diagnóstico de esta condición si se tiene en cuenta que varios de los criterios diagnósticos propuestos por Halliday y colaboradores¹⁷ se cumplen en numerosas situaciones de observación frecuente en ancianos con algún tipo de trastorno mental.

Es conocida la alta prevalencia de enfermedad mental¹⁸ entre las personas que viven en condiciones de miseria en las ciudades (home-less o sin techo). Esta misma situación conduce con frecuencia al aislamiento social, en muchas ocasiones más bien producto del "abandono social". La situación de autonegligencia ha sido identificada como sinónimo del Síndrome de Diógenes, en



Foto 1

pacientes ancianos, además, está descrita la autonegligencia como uno de los tipos frecuentes de maltrato en el anciano. En nuestro país, Sánchez y colaboradores³ describieron que en el 16,36 % de una muestra de 55 ancianos maltratados detectados en domicilio (foto 1).

No es fácil comprender el origen de esta conducta, especialmente en los casos que no se acompañan de un diagnóstico psiquiátrico claro. Se han sugerido algunas hipótesis como la de que el Síndrome de Diógenes representaría el estadio final de un trastorno de la personalidad³. En estos casos se describe un perfil premórbido de personalidad caracterizado por una actitud distante, desconfiada, autoritaria, independiente, astuta y con escasa integración social. Frecuentemente algunos de estos rasgos se incluyen dentro de los criterios para el diagnóstico del trastorno esquizoide o paranoide de la personalidad.



Fotos 2, 3, 4

Otras hipótesis relacionan el Síndrome de Diógenes con la demencia del lóbulo frontal descrita por Orrell y Shakanian en 1991^{3,19}, con la que compartiría los síntomas de irritabilidad, hostilidad, pérdida de insight, apatía y acúmulo de objetos como una forma de perseveración. No obstante la distribución por edades no resulta coincidente, ya que la demencia del lóbulo frontal se presenta una media de diez años antes que la mayoría de los casos descritos de Síndrome de Diógenes. Una revisión basada en la descripción de cuatro casos clínicos, concluye que no es posible atribuirlo a una condición de libre elección por parte del sujeto sino a una conducta particularmente asociada con demencia de lóbulo frontal (Beauchet et al, 2002)¹³.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se ha relacionado con algunas conductas de atesoramiento de estos pacientes, aunque la asociación entre ambas entidades resulta poco consistente. Algunos autores (Rosenthal et al, 1999)²⁰ afirman que solamente los pacientes afectados de TOC con Síndrome de Diógenes constituirían el subgrupo con conductas de atesoramiento. Según Clark² el desarrollo de un Síndrome de Diógenes vendría dado por la interacción de unos factores de personalidad, que incluirían los rasgos descritos anteriormente, con cambios físicos o sociales significativos que incluirían la aparición de síntomas de deterioro cognitivo (fotos 2, 3, 4).

Williams en 1998²¹ realiza una descripción del síndrome asociada a condiciones de retraso mental, fundamentalmente en jóvenes.

La autonegligencia constituye un hecho clave en el Síndrome de Diógenes y, desde el punto de vista teórico





Fotos 5, 6 y 7

presenta aspectos de gran interés conceptual. La autonegligencia ha sido sobretodo conceptualizada operativamente según el modelo médico como un síndrome que puede ser objetivado y medido. Esta condición, incluso, ha sido incluida por el National Center on Elder Abuse de EEUU como un tipo de maltrato o abuso en ancianos.

MALTRATO EN EL ANCIANO³:

- Maltrato físico y emocional
- Abuso sexual
- Negligencia
- Expoliación
- Abandono
- Autonegligencia

Las percepciones objetivas y subjetivas de las condiciones de autonegligencia pueden variar de forma importante entre diferentes grupos de profesionales. Para algunos autores existiría, incluso, escasa evidencia acerca de la existencia de este síndrome (Johnson y Adams, 1996¹¹; Reifler, 1996²²). La valoración de aspectos incluidos en el concepto de autonegligencia como los relativos al grado de higiene y limpieza, fundamentales en el reconocimiento del síndrome, ponen en manos del juicio de los profesionales el considerar si el individuo identificado muestra unos niveles acordes con las normas de limpieza e higiene aceptadas, sin tener en cuenta cuáles pueden ser los parámetros que el sujeto tenga internalizados a ese respecto. Algunos estudios (Lauder, 1998)²³ han mostrado que la mayor parte de los pacientes con autonegligencia poseen una baja capacidad para tomar decisiones acerca de su autocuidado que sean seguidas de acciones encaminadas a llevarlo a cabo. No existe todavía una base suficientemente satisfactoria para comprender la causa de las conductas que conforman la compleja conducta humana de autonegligencia y, bajo este comportamiento aparentemente homogéneo en los casos descritos de Síndrome de Diógenes, se ocultan probablemente situaciones muy distintas que podrían poner en cuestión la consistencia como síndrome clínico de esta condición²⁴.

Las complicaciones del síndrome son fundamentalmente médicas y abarca un sin fin de procesos patológicos entre los que se incluye la desnutrición en grado variable así como la deshidratación, lesiones cutáneas ulceradas, pero también agravación de procesos previos como los cardiológicos, respiratorios, renales, hepáticos e infecciosos de índole diversa^{3,24}. El grado de negligencia del autocuidado puede llegar a terminar con la vida del paciente en su domicilio aunque no existan estudios recientes sobre los datos de mortalidad.

A continuación presentamos un grupo de imágenes en pacientes que ingresaron en nuestro centro hospitalario afectados de lesiones dérmicas como consecuencia de falta de cuidados (fotos 5, 6, 7, 8 y 9).

El tratamiento de estos pacientes resulta esencialmente complejo. Frecuentemente la primera intervención se realiza en situación de crisis, en la mayoría de los casos a instancias del vecindario por las molestias o situaciones de riesgo potencial que generan. La propia falta de conciencia del trastorno junto con el deterioro del entorno social del paciente, hacen que el pronóstico de estos pacientes en la comunidad sea negativo. Por otro lado, se han descrito tasas elevadas de mortalidad en las semanas siguientes al ingreso en un Hospital o Institución, si bien los resultados de los diferentes estudios al respecto son discordantes (Clark, 1975; Roe, 1977)^{2,3}. El tratamiento abarca distintas áreas. En primer lugar el ingreso en un hospital general donde se suministran cuidados médicos básicos de alimentación e higiene y se recupera el estado físico saludable. Es importante descartar patología psiquiátrica y, si existe, tratarla adecuadamente. Por último es necesario en muchos casos el apoyo por parte de servicios sociales, y la institucionalización de algunos pacientes.

En prácticamente todos los casos son precisas medidas de tipo social y, en ocasiones, acciones de carácter legal que, frecuentemente, determinan el ingreso del paciente en algún tipo de Institución²⁵. No resulta infrecuente cierto grado de conflicto respecto a quién debe hacerse cargo del paciente, una vez resuelta la crisis, dada la imposibilidad de vuelta al domicilio (Servicios Sociales, Instituciones Psiquiátricas, etc.). De cualquier modo resulta imprescindible una actuación coordinada e interdisciplinaria para la adecuada atención de estos pacientes y de las situaciones que plantean.

Con lo anteriormente expuesto, parecería razonable hacer especial hincapié en actuaciones preventivas encaminadas a evitar que ancianos en situación de riesgo pudieran llegar a desarrollar situaciones compatibles con el diagnóstico de Síndrome de Diógenes. En la prevención los familiares, vecinos y amigos deberían vigilar a sus mayores que viven solos especialmente si han observado algún factor de riesgo, como un comportamiento huraño o un aislamiento voluntario. No obstante, con frecuencia resulta difícil ayudarlos ya que



Fotos 8 y 9

son ellos los que evitan todo tipo de atención. Esto hace que a veces llegue incluso a debatirse si se trata realmente de una enfermedad o sólo un estilo de vida. A pesar de ello, especialmente en los pacientes carentes de un diagnóstico psiquiátrico específico, esta situación podría tender a cristalizar en algún momento especialmente en pacientes con rasgos paranoides o esquizoides de la personalidad, de forma independiente de la posibilidad de recibir algún tipo de atención o cuidados. En este sentido, cabría más bien la posibilidad de prevenir las situaciones de abandono de enfermos mentales ancianos que, propiamente, la del Síndrome de Diógenes.

Bibliografía

1. Cooney et al., Review: Diogenes Syndrome. *Age & Aging*, 24 (5), 451-453, Sep. 1995
2. Clark ANG, Manikar GD, Gray I. Diogenes Syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, 1975, February, 366-368.
3. Sánchez Pérez M. Actualización en el Síndrome de Diógenes. *Psiquiatría.com* 2005
4. Bergman, K., *Psychiatric aspects of personality disorders in later life*, en *Psychiatry in the elderly* 3ª ed. 2002, Editores Jacoby, R. y Oppenheimer, C.; Oxford University Press; 722-743
5. Saiz D, Lozano García M, Burguillo F, Botillo C. El Síndrome de Diógenes: A propósito de dos casos. *Psiquiatría.com* 2003
6. O'Mahoney D. et al., Diogenes Syndrome by proxy. *Br. J. Psychiatry*; 164 (5), 705-706, May, 1994
7. Gandara Martin J, Alvarez Álvarez-Monteserin T. Mujeres ancianas solitarias. Un estudio psicosocial. *Informaciones Psiquiátricas* 1994; 0 (135-136): 153-158
8. Geijo Uribe M, Sánchez Losada M, Fuente Esteban I. Un caso de Síndrome de Diógenes compartido en una pareja de hermanas. *Psiquis* 2000; 21: 107-110
9. Abrams RC, Lachs M, Mc Avay G, Keohane DJ, Bruce ML. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10):1724-30.
10. De la Gándara JJ, Alvarez MT, Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes. *Anales de Psiquiatría*, 1992; 8 (1): 21-26
11. Johnson J, Adams J. Self-neglect in later life. *Health and Social care in the Community*, 1996, 4(4), 226-233.
12. Colm Cooney Diógenes Syndrome: the role of the Psychiatrist. en *Advances in Old Age Psychiatry*, Ed. C. Holme3s, 1997
13. Beauchet O, Imler D, Cadet L, Blanc P, Ramboa P, Girtanner C et al. Diogenes syndrome in the elderly: clinical form of frontal dysfunction? Report of 4 cases. *Rev Med Interne*, 2002 ;23(2):122-31.
14. Derouesné, Ch., Veillissement cerebral normal et fonctionnement psychique, en *Psychiatrie du sujet âgé*, 1999, Editores : Léger, JM ; Clément, JP ; Wertheimer, J. ; Flammarion ; 42.
15. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(2):205-8.
16. Lahera G, Saiz-González D, Martín-Ballesteros E, Pérez-Rodríguez M, Baca-García E. Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora. *Actas Esp Psiquiatría* 2006; 34:403-407
17. Halliday G, Banerjee S, Philpot M, McDonald A. Community study of people who live in squalor. *Lancet* 2002, 11; 355(9215):882-6.
18. Vostanis P, Dean C. Self-neglect in adult life. *British Journal of Psychiatry*. 1992 Aug; 161: 265-67
19. Saiz Gonzalez D, Quintero Gutiérrez del Alamo J, Quiñones Tapia D, Burguillo Prieto F, Lozano García M, Botillo Martín C, Baca-García E. Síndrome de Diógenes: Hallazgos neuroradiológicos en sustancia blanca. Base orgánica de las alteraciones del autocuidado en personas de edad avanzada. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 40-44
20. Rosenthal M, Stelian J, Wagner J, Berkman P., Diogenes Syndrome and hoarding in the elderly : case reports. *Israelian Journal of Psychiatry Related Sciences*, 1999; 36 (1):29-34
21. Williams H, Clarke R, Fashola Y, Holt G. Diogenes syndrome in patients with intellectual disability: "a rose by any other name?". *Journal of Intellectual and Disability Res* 1998 Aug; 42 (Pt 4): 316-20
22. Reifler BV. The Diogenes Syndrome: of omelettes and soufflés. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1996, 44, 1484-1485.
23. Lauder W. Multiple constructions of self-neglect: a multiple-case study design. 1998. Fifth International nursing conference. Jordan (Paper).
24. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998, 5;280(5):428-32.
25. Reyes-Ortiz CA. Diogenes syndrome: the self neglect elderly. *Comprehensive Therapeutics*, 2001 Summer; 27 (2): 117-21