

# El mal llamado "Síndrome de Diógenes"

## Justificación

Las primeras descripciones y su sistematización clínica se deben a MacMillan & Shaw (1966) por la observación de casos repetidos de un extraño patrón de conducta de mayores extremadamente huraños que vivían reclusos y con mucha basura en sus propios hogares de forma voluntaria y rehuían cualquier contacto con otras personas. Esta denominación se debió a Clark et al. (1975) y se basa en el estilo de vida misantrópico y solitario del conocido filósofo griego, aunque estos pacientes están justo en el polo opuesto a su filosofía, ya que lo básico de este síndrome es el de no poder desprenderse de nada y acumular objetos. Diógenes propugnaba no poseer nada, no ser esclavos de las cosas y vivir libres de la naturaleza.

Desde nuestro punto de vista la denominación de este síndrome es errónea, no siendo aceptada por la OMS, y consideramos que se está haciendo mal uso periodístico del término.

## Definición

A pesar de que parece relativamente nuevo, este Síndrome es un viejo conocido de la psiquiatría y consiste en un extremo abandono del autocuidado (tanto en la higiene como en la alimentación y en la salud) en personas que se aíslan de su medio, no salen de su domicilio y rechazan cualquier tipo de ayuda externa. Habitualmente esta patología se presenta en ancianos solitarios, muy preocupados por una ruina económica no real, por lo que acumulan basuras y viven en una situación de miseria material absoluta. La nula conciencia de la enfermedad es una de las características que presenta el afectado y lo que dificulta cualquier tipo de intervención consensuada. Los primeros en denunciar el estado del enfermo acostumbran a ser los vecinos o familiares, ya que la situación de falta de higiene puede llegar a

causar verdaderos problemas en el vecindario, además de peligrar la salud del anciano.

## El filósofo

Tras la muerte de Sócrates (399 a. C.), sus discípulos se dispersaron y originaron numerosas escuelas filosóficas. Además de Platón, otros filósofos que, en mayor o menor medida, habían sido discípulos suyos, continuarían su pensamiento en direcciones distintas, y aún contrapuestas.

Una de esas escuelas fue la Escuela Cínica, fundada por Antístenes (aproximadamente 445-365 a. C.) y a la que perteneció el filósofo Diógenes de Sinope, también conocido como Diógenes, el del tonel.

Llevó a la práctica el ideal del sabio representado por el cinismo, recogido en numerosas anécdotas: vida solitaria, desnudo y sin más vivienda que un tonel, en renuncia constante de todos los bienes creados por la sociedad humana. (Lo del tonel aparece en todas sus biografías, no habiéndose inventado aún los toneles en esa época, apareciendo estos posteriormente gracias a los galos... cosas de la tradición histórica).

Una de las anécdotas más famosas y que definen al filósofo, es la de que un día vio a un niño bebiendo agua con la palma de la mano, e inmediatamente tiró su única pertenencia que era un recipiente que utilizaba para lo mismo, ya que no había ninguna pertenencia humana que fuera imprescindible. (Como se ve, esto ilustra lo opuesto de su filosofía con el síndrome como lo conocemos coloquialmente).

También es conocida la anécdota que mientras el filósofo tomaba el sol plácidamente, se le dirigió Alejandro Magno y empezó la conversación así:

- "Yo soy Alejandro Magno"

A lo que el filósofo contestó: - "Y yo, Diógenes el cínico".

Alejandro entonces le preguntó de qué modo podía servirle. El filósofo replicó:

---

\*Enfermeros de la Unidad de Salud Mental.  
Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

- “¿Puedes apartarte para no quitarme la luz del sol?. No necesito nada más”.

Se cuenta que Alejandro se quedó tan impresionado con el dominio de sí mismo del cínico que se marchó diciendo:

- “Si yo no fuera Alejandro, querría ser Diógenes”.

Además de representársele viviendo en un tonel, se le representa con una linterna de aceite que encendía durante el día para buscar (simbólicamente) algún ser humano libre. De esta anécdota se sustrae lo que hoy entendemos por “cinismo” o “cínico” que la Real Academia de la Lengua lo define como “desvergüenza en el mentir”.

### Otras denominaciones

- 1.) Los ingleses utilizan el término “**hoard**” (hacer acopio) para definir este tipo de patologías, y «hoarding» como la acción de la misma.
- 2.) El “**urraquismo**” se ha utilizado en psiquiatría como un síntoma de algunos esquizofrénicos que recogían como las urracas todos los objetos que consideran atractivos, como piedrecitas, lazos, colillas, etc y lo guardaban como un tesoro. El poeta Carlos Pellicer padeció del deseo incontrolable de guardar objetos como cartas, manuscritos, billetes de tranvías, fotografías, postales, periódicos y volantes, entre otras curiosidades, y se autodefinió como urraquismo.
- 3.) “**Silogomanía**”: Este es el síntoma que debe utilizarse para definir la acumulación obsesiva y compulsiva de objetos sin valor.
- 4.) “**Síndrome de la miseria senil**”: Es otra de las denominaciones en la bibliografía de salud mental del síndrome completo, mucho más adecuada al de Diógenes.

### Otras patologías donde aparece el urraquismo–silogomanía – y/o hoard

- Las personalidades obsesivas son dadas al coleccionismo, sin que se añadan otros síntomas como el aislamiento social y la idea delirante de ruina. Pueden llegar a tener la casa repleta de pertenencias, siendo incapaces de desprenderse de casi nada...
- Los pacientes con trastornos maníacos suelen utilizar bolsas con multitud de objetos inútiles, llegando a comprar todo tipo de cosas que acumulan en sus casas, sin que haya necesariamente un abandono de la higiene. En una ocasión a un

paciente nuestro se le encontraron 200 pares de zapatos en su casa, además de otras muchas pertenencias.

- La compra compulsiva es una de las nuevas adicciones de estos últimos tiempos, pero no se suele dar en ancianos, y sus relaciones sociales se mantienen normalmente intactas. Tras la compra existe un arrepentimiento e intentan ocultar su adicción, escondiendo dichas compras.
- Los esquizofrénicos crónicos, con gran deterioro, suelen presentar “urraquismo”, como hemos comentado anteriormente. Lo que más les caracteriza es en el poco valor de las cosas que recogen, como colillas, piedrecitas, etc., abandonándolas hasta el día siguiente, en que empiezan a hacer nuevo cúmulo.
- Las personas afectadas por un delirio de ruina, suelen tender a no poder tirar nada y a acumular todo tipo de objetos, pudiéndose dar a cualquier edad y ser secundarios a una depresión con síntomas psicóticos o a la paranoia (trastorno por ideas delirantes). Les suelen acompañar otros síntomas, como el comer poco para no gastar o no encender la luz por el consumo.
- El Hoard (o hacer acopio) con animales es también muy visto por la prensa sensacionalista, aunque hasta ahora solo le han puesto nombre los anglosajones. Se caracteriza por tener a los animales con un mal estado higiénico, y hacer un “secuestro” de los mismos, con lo que se les diferenciaría de los actos piosos con los animales.
- El Hoard con el dinero o “avaros”, llegan a vivir en la miseria por “no gastar el dinero”, aunque no acaparan basuras, y son conscientes del capital que poseen. Les produce un placer similar a las adicciones, y lo refieren como una “seguridad” ante el futuro, aunque sean ya personas de edad muy avanzada, sin abandonar por ello los autocuidados.

### Etiopatología

La explicación psicoanalítica de “la cadena umbilical”, consiste en que nacemos de un lecho con comida y temperatura perfecta a un mundo frío, hostil y lleno de incomodidades. Al cortarnos el cordón umbilical, nos obligan a pasarnos el resto de la vida buscando compensar esa carencia. Así, nos pasamos el resto de la vida atando el cordón a cosas y personas

para buscar sustitutos de la “droga umbilical”, por eso acabamos siendo adictos a las cosas y personas en las que depositamos la esperanza de nuestro bienestar. No es extraño que nos hagamos dependientes de cualquiera de ellas. El ser humano se siente mejor si posee ciertas cosas, si las incorpora a su propia persona, asumiendo que “poseer” es sinónimo de sentirse seguro. No es extraño que nos hagamos dependientes y adictos a cosas (libros, regalos, ropas, coches, etc...). De ese modo se entiende que la especie humana sea la más coleccionista de todas las existentes, que coleccionemos de todo, incluyendo basura u objetos sin valor (silogomanía), y que tal costumbre sea un hábito de vida.

Para los biologicistas, estos pacientes que son mayores de 65 años, en las pruebas de neuroimagen estructural y de neuropsicología pueden aparecer signos de atrofia cortical frontal y disfunción prefrontal, respectivamente. Esta similitud clínica entre este síndrome y la demencia frontotemporal de predominio frontal (DFT-F) ha provocado que algunos autores hayan considerado al primero como una forma de inicio senil de la DFT-F.

Algunos autores indican la interrelación de varios factores como predisponentes de la enfermedad. Entre los que destacan: Como primer aspecto la presencia de ciertos “rasgos” y/o “conjunto de rasgos” de personalidad precipitantes en los sujetos (tendencia al aislamiento, dificultades de adaptación social, rechazo de las relaciones humanas, misantropía...). También se señalan los factores estresantes de la edad tardía como son las dificultades económicas, muerte de familiares, el rechazo familiar, la ruptura de lazos afectivos, la viudedad, la jubilación, la pérdida de estatus o de reconocimiento socio-laboral y/o la marginación social de la vejez. Se puede resaltar también la situación de soledad extrema, en un principio al parecer condicionada por las circunstancias, pero posteriormente buscada o deseada de manera voluntaria, como las causas principales que provocan el síndrome. En este sentido todos los autores consultados reconocen rasgos de personalidad premorbidos en los sujetos. Resaltando como primer tipo de personalidad más frecuente las denominada “Esquizoides” (personas independientes, reservadas, dominantes, obstinadas, inestables, acaparadores, quisquillosos, autosuficientes, ..), y de las personalidades con rasgos “Paranoides” (pendencieras, mortificantes, celosas, agresivas, suspicaces,..).

En definitiva podemos decir que se contrasta la existencia de patrones de personalidad predisponen-

tes. Personas introvertidas, obstinadas ó desconfiadas, cuyas conductas se acentúan con la llegada de la edad senil. Propiciando la concurrencia de estos rasgos de personalidad, con los problemas específicos de la vejez y la soledad, como posibles causas de la aparición de conductas de retraimiento extremos, reclusión senil y autoabandono absoluto.

## Epidemiología

Según estimaciones realizadas por De La Gándara en 1994 (no se han encontrado estadísticas posteriores en nuestro país), un 1.7 por/mil de los ingresos en hospitales en España de mayores de 65 años son por este síndrome, lo que supone unos 1.200 nuevos ingresos año. Según otros análisis, en España un 3 % de las personas mayores de 65 años tienen riesgo de éste síndrome, la “prevalencia probable” es del 0.5%, y la “incidencia anual” podría estimarse en unos 3.200 casos nuevos. Esto difiere de otras estimaciones en las que la incidencia es mínima, seguramente por la falta de consenso en la definición de dicho síndrome. Lo que realmente ocurre es que tiene mucha incidencia en la prensa sensacionalista y su difusión es enorme cuando se da un caso.

## Actuación de enfermería

Resulta muy difícil ayudar a este tipo de pacientes ya que son ellos los que evitan todo tipo de atención. Sólo cuando hay riesgo para la salud pública o trastorno mental con negativa al tratamiento, se puede solicitar un ingreso involuntario con autorización Judicial urgente en una Unidad de psiquiatría o de geriatría si fuera necesario.

En primera instancia la intervención más temprana debe ser por parte del Trabajador Social, para solicitar las ayudas pertinentes de desalojo de las basuras acumuladas, así como un estudio social y económico para hacer un seguimiento comunitario o institucional.

Por parte de enfermería el tratamiento para estas personas va dirigido a tratar las posibles complicaciones derivadas del mal estado nutricional e higiénico. Sin embargo, acto seguido es necesario instaurar medidas preventivas para que el cuadro no vuelva a repetirse, a través de una institución geriátrica o de asistencia domiciliaria. El problema es que los propios afectados suelen rechazar la ayuda social. Si no están incapacitados por motivo de alguna patología psiquiátrica de base o una demencia no pueden ser ingresados en una residencia sin su consentimiento.

## Diagnóstico de enfermería

El diagnóstico NANDA para estos casos sería:

### (00130) Trastorno de los procesos del pensamiento.

Secundario a:

- Delirios de perjuicio y/o de ruina.
- Incumplimiento de tratamiento.

Manifestado por:

- Pensamiento distorsionado.
- Percepciones amenazantes.
- Miedo e inseguridad.
- Nula conciencia de enfermedad.
- Incapacidad para discriminar entre percepciones reales e irreales.

### NOC:

#### (1813) Conocimiento del régimen terapéutico.

- Descripción de la justificación del régimen terapéutico.

#### (1601) Conducta de cumplimiento.

- Confianza con el profesional sanitario, sobre la información obtenida.
- Comunica seguir la pauta prescrita.
- Solicita la medicación prescrita.
- Realiza el tratamiento según prescripción.
- Pendiente de la cita con un profesional sanitario.
- Realiza las AVD (actividades de la vida diaria) según prescripción.

#### (1502) Habilidades de interacción social.

#### (1503) Implicación social.

- Participación en actividades de ocio

#### (1203) Soledad.

- Dificultad para establecer contactos con otras personas.

## Intervenciones (nic):

Escucha activa	Apoyo emocional	Presencia
Manejo ambiental: Seguridad	Manejo de las ideas delirantes	Habilidades sociales
Ayuda con los atocuidados: Alimentación	Ayuda con los autocuidados: baño-higiene	Ayuda con los atocuidados: Vestir arreglo personal
Psicoeducación	Enseñanza individual	Potenciación de la socialización
Acuerdos con el paciente	Vigilancia	Terapia de entretenimiento

## Conclusión

Según nuestra opinión además de estar mal denominado el síndrome como de Diógenes, no está aceptado por la OMS en su compendio CIE-10. Aconsejamos, por tanto, no caer en los hábitos periodísticos y utilizar más los términos “silogomanía”, “trastornos de ideas delirantes”, “urraquismo”, “Síndrome de la miseria senil”, etc, y desde enfermería el de “trastorno de los procesos del pensamiento”.

Somos conscientes de lo difícil que resulta cambiar un término del lenguaje coloquial, pero no nos parece acertada la denominación de “Diógenes”, pues confunde una actitud austera y sobria de la existencia que propugnaba el filósofo, con un desarreglo mental que en su comportamiento patológico se aproxima más a la imagen tradicional del avaro. Aunque hubiera sido más apropiado haberles dado un nombre como de “Síndrome de Euclión”, el avaro protagonista de la Aulularia, la comedia de Plauto, punto de partida de todos los avaros de la literatura occidental, desde el Shylock de Shakespeare, al de Molière, como proponen algunos autores.

## Bibliografía

1. CIE 10.: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. 1992. Edit.: Meditor.
2. Clark AN, Mankikar GD, Gray I. “Diogenes Syndrome”. Lancet, 15: 366-368. 1975.
3. De La Gándara JJ, Alvarez MT. “Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes”. An. Psiquiatría, 8(1): 21-26. 1992.
4. De La Gándara JJ. “Envejecer en Soledad”. Ed. Popular, Madrid. 1995.
5. Diagnósticos enfermeros: Resultados e intervenciones NANDA, NOC Y NIC. M. Johnson; G. Bulechek; J. McCloskey; M. Maas; S. Moorhead.. 2003. Edit.: Hacourt Brace.
6. DSM-IV.: Criterios diagnósticos. 1995. Edit.: Masson.
7. Gradillas V.: Psicopatología. Signos y síntomas. 1987. Edit.: Universidad de Málaga.
8. MacMillan D, Shaw P. “Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness”. Brt. Med. J., 2: 1032- 1037. 1966.
9. Stuart G. Sundeen S.: Enfermería Psiquiátrica. 1992. Edit: Interamericana. Mc.Graw-Hill.
10. Vallejo Nagera J.A.: Guía práctica de psicología. 1995, Edit. Temas de Hoy.
11. Vallejo Ruiloba, J.: Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 1991. Edit.Salvat.