

Síndrome de Diógenes

Diogenes syndrome

Daiana Trovato, Bárbara C. Finn, Julio E. Bruetman, Pablo Young

RESUMEN

El síndrome de Diógenes es un trastorno caracterizado por alteración de la conducta, se presenta en adultos mayores (promedio 79 años), los cuales suelen cursar con autonegligencia, falta de higiene, viven en la miseria extrema, aislados del resto de la sociedad, y pueden o no acumular objetos (silogomanía). Esta situación pone en riesgo tanto la seguridad del paciente como la del entorno, ya que acumulan tantos objetos que terminan rodeados de basura y suciedad, que conlleva a la liberación de gases y sustancias tóxicas que pueden ocasionar trastornos respiratorios y/o alérgicos. Los sujetos no son conscientes de su enfermedad y se niegan a recibir ayuda. Usualmente son llevados a centros de salud o denunciados ante las autoridades pertinentes por parte de su familia o vecinos. El tratamiento es difícil de instaurar dada la falta de conciencia de la enfermedad por parte del paciente; el pilar del tratamiento es la terapia cognitivo conductual, aunque en ciertos casos suele ser necesario el uso de medicamentos como los antipsicóticos o inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina. Se ha descrito cierta asociación con otras patologías orgánicas o estructurales, y cierta predisposición genética.

Palabras clave: síndrome de Diógenes, síndrome de acumulamiento, silogomanía.

ABSTRACT

Diogenes syndrome is a disorder characterized by behavioural disturbance, occurs in older adults (average 79 years), who lack of hygiene are living in extreme poverty, isolated from the rest of society, and may or may not accumulate objects (syllomania). This situation puts at risk both the safety of the patient and the environment, since they accumulate so many objects that they end surrounded by garbage and dirt, which leads to the release of gases and toxic substances that can cause respiratory and / or allergic disorders. These subjects are not aware of their illness, and refuse to receive help. They are usually taken to health centers or reported to the relevant authorities by their family or neighbors. Treatment is difficult to establish due to the patient's lack of awareness of the disease. The pillar of this treatment the cognitive behavioral therapy, although in some cases it is usually necessary to use drugs such as antipsychotics or selective serotonin reuptake inhibitors. Some association with other organic or structural pathologies have been described, and some genetic predisposition has been described.

Keywords: Diogenes syndrome, accumulation syndrome, syllogomania.

Fronteras en Medicina 2019;14(4):199-202. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/201904/0199-0202>

INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones sobre el llamado síndrome de Diógenes (SD) surgen en 1966 por MacMillan y Shaw, tras la observación de reiterados casos de un extraño patrón de conducta predominantemente en adultos mayores, extremadamente huraños que vivían reclusos y con mucha basura en sus propios hogares de forma voluntaria, en condiciones de extremo abandono del autocuidado (tanto en higiene, alimentación y salud), y rehuían a cualquier contacto con otras personas (**Figura 1**)¹⁻⁴.

El eponímico surge años más tarde gracias a Clark et al., en 1975, al hacer referencia a Diógenes de Sinope⁵. Luego de la muerte de Sócrates (399 a. C.), sus discípulos se dispersaron y originaron numerosas escuelas filosóficas. Una de esas escuelas fue la escuela Cínica, fundada por Antístenes (445-365 a. C.) a la que perteneció Diógenes, también conocido como “Diógenes el del tonel” (**Figura 2**), quien se caracterizó por llevar una vida solitaria, vestido con hara-

pos, sin más vivienda que un tonel, en renuncia constante de todos los bienes creados por la sociedad, ya que consideraba que no había ninguna pertenencia humana que fuera imprescindible. Además de representarse 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 Española define como “desvergüenza en el mentir”. A diferencia de lo que ocurría con Diógenes, en el SD las personas se caracte-



Figura 1. Hombre con síndrome de Diógenes. Tomado de: <https://llamanteesmaravillosa.com/el-sindrome-de-diogenes-un-sindrome-ignorado/> (consultado 21/10/2017)

Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires
Hospital Universitario de la Universidad Católica Argentina

Correspondencia: Pablo Young. Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, C1280AEB CABA, Rep. Argentina. Tel 43096400 int 2249. pabloyoung2003@yahoo.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 10/09/2019 | Aceptado: 15/10/2019

rizan por acumular objetos extraños sin lograr deshacerse de ellos, es por esto que algunos autores aconsejan no denominar a esta entidad con dicho epónimo, y en su lugar denominarla “síndrome de acumulación”, “síndrome de la miseria senil”, “urraquismo”, “silogomanía”, y “trastornos de ideas delirantes”, entre otros⁵⁻¹⁰.

En algunas series de casos, al menos el 50% de los enfermos presentaban además otros desórdenes psiquiátricos diagnosticados concomitantemente, como la demencia, seguida por el abuso de alcohol, desórdenes afectivos y parafrenia^{7,11,12}. Una sutil disfunción a nivel del lóbulo frontal fue reportada en algunos casos de SD en donde no se cumplían los criterios diagnósticos de demencia⁷. El perfil de personalidad de los casos se describe a menudo como distante, desconfiado, individual, agresivo, compulsivo y narcisista¹³.

EPIDEMIOLOGÍA

Según distintas fuentes, la incidencia se estima entre 0.4-0.5 cada 1000 habitantes/año, representando el 1.7 por mil de los ingresos hospitalarios de mayores de 65 años en España, aproximadamente 1200 nuevos ingresos al año. Un estudio del Consejo General de Colegios oficiales de Psicólogos de España afirma que el 3% de las personas mayores de 65 años tiene riesgo de padecer SD^{13,14}. Se estima similar incidencia entre hombres y mujeres, y no se halló relación con el nivel socioeconómico o la actividad laboral; sin embargo, algunos autores sostienen que existe leve predominio en la población femenina, mayormente en pacientes solteras o viudas¹⁴.

FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Se desconoce su causa, pero podría haber un factor hereditario. Estudios realizados en gemelos sugieren que, en adultos, un 50% es atribuible a factores genéticos y el resto a factores ambientales no compartidos. No pudieron ser replicados genes específicos que se vinculen con la enfermedad. En forma retrospectiva, muchos afectados informan sobre eventos traumáticos y estresantes de su vida que preceden al inicio o a las exacerbaciones del trastorno. Aún no se sabe si estos factores pueden estar relacionados. La evidencia actual no indica que la falta o privación de objetos durante la niñez pueda ser un factor predisponente^{3,7}.

Para los biologicistas, en los pacientes mayores de 65 años, en las pruebas de neuroimágenes (estructural) y 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 ha provocado que algunos autores hayan considerado al primero como una forma de inicio senil de la demencia frontotemporal^{13,15}. La explicación psicoanalítica de “la cadena umbilical”

Tabla 1. Criterios diagnósticos (DSM-5)

1. Dificultad persistente para descartar bienes, independientemente de su valor real.
2. Esta dificultad se debe tanto a una necesidad percibida por guardar los elementos y por la angustia ante la idea de deshacerse de ellos.
3. La dificultad de descartar posesiones resulta en su acumulación, congestionan y desordenan áreas y comprometen sustancialmente su uso previsto. Si los ambientes están ordenados, es solo a causa de las intervenciones de terceros (por ejemplo, familiares, personal de limpieza o autoridades).
4. La acumulación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un ambiente seguro para sí mismo y terceros).
5. El síndrome no es atribuible a otra condición médica (por ejemplo, daño cerebral, enfermedad cerebrovascular o el síndrome de Prader-Willi).
6. La acumulación no es atribuible a los síntomas de otro trastorno mental (por ejemplo, las obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno depresivo mayor, delirios en la esquizofrenia u otro trastorno psicótico, déficits cognitivos en el trastorno neurocognitivo principal o intereses restringidos en el trastorno del espectro autista).

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 o personas para buscar sustitutos de la “droga umbilical”. No es extraño que nos hagamos dependientes y adictos a cosas (libros, obsequios, canciones, personas, lugares). De este modo, se entiende que la especie humana sea la más coleccionista de todas las existentes, que coleccionemos de todo, incluso objetos sin valor (silogomanía) y que tal costumbre se vuelva el eje de nuestras vidas.

Algunos autores mencionan ciertos rasgos predisponentes de la enfermedad, como la presencia de ciertos rasgos de personalidad precipitantes (personalidad esquizoide o paranoide, tendencia al aislamiento, dificultades en la adaptación social, rechazo de las relaciones humanas, misantropía). También se señalan los factores estresantes de la edad tardía, tales como las dificultades económicas, muerte de familiares, el rechazo familiar, la ruptura de lazos afectivos, la viudedad, la jubilación, el desempleo, y/o la marginación social de la vejez¹.

DEFINICIÓN

El síndrome de acumulación es un desorden psiquiátrico que ha sido recientemente incluido en el DSM-5 (**Tabla 1**).

Los objetos que más frecuentemente se acumulan son diarios, ropa vieja, bolsas, libros y papeles de trabajo. Para el diagnóstico, no es una condición que los elementos que se acumulen sean de poco valor, también puede ocurrir con objetos de mucho valor.

Uno de los criterios diagnósticos es la presencia de an-



Figura 2. Diógenes, el del tonel. Tomado de: <https://siempreconectado.es/diogenes-cinico/> (consultado 8/10/2017)

gustia ante la idea de desprenderse de los objetos acumulados. El resultado es una acumulación desorganizada de posesiones que comprometen el espacio del lugar donde se vive, impidiendo su permanencia en ese lugar. Esta situación genera angustia y compromete el área social, laboral u otras importantes esferas de las relaciones del paciente, incluyendo la seguridad del ambiente. Estos pacientes no pueden dormir en su cama, sentarse en su living o cocinar en su cocina. A veces el desorden llega más allá de la casa del individuo y se utilizan otros espacios como el auto, los patios o jardines, la oficina laboral y las casas de familiares. En los casos severos este trastorno puede poner en riesgo la salud debido al peligro de incendios, caídas y por las condiciones sanitarias precarias. También se encuentra aumentado el riesgo de muerte por incendio o por quedar atrapado en una “avalancha de desorden”.

Bajo estas condiciones disminuye la calidad de vida del individuo y se presentan inconvenientes en las relaciones familiares. A veces también se ve comprometida la seguridad de los vecinos^{3,4,7,11}.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe descartarse la presencia de enfermedad neurológica (por ejemplo, tumor cerebral o lesión cerebral) o psiquiátrica (trastorno del espectro autista o demencia) para establecer el diagnóstico⁷.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) merece una consideración aparte debido a que en el DSM-4 se consideraba que el síndrome de acumulación compulsiva era un síntoma de este. En algunas oportunidades puede ser una consecuencia de los síntomas típicos del obsesivo compulsivo (por ejemplo, miedo a la contaminación, daño o sentimientos de vacío). Ambos trastornos pueden diagnosticarse en simultáneo cuando aparece la acumu-

lación severa junto con otros síntomas típicos del TOC, pero los síntomas de uno son independientes del otro⁷. Algunos de los afectados viven en condiciones precarias e insalubres como resultado de la acumulación masiva y los espacios se encuentran llenos de elementos (el acaparamiento en espacios impide una correcta limpieza).

La mayoría de las personas que viven con un grado severo de miseria doméstica (en donde hay basura, alimentos podridos o excrementos) cumplen los criterios para otros trastornos orgánicos o mentales (por ejemplo, demencia, psicosis o TOC) y en consecuencia no califican para el diagnóstico de trastorno por acumulación.

Esta enfermedad debe diferenciarse de los coleccionistas. Coleccionar es una actividad común, benigna y placentera y es sencillo diferenciarla. La mayoría de los niños y hasta un 30% de los adultos comparten este *hobby*. Los coleccionistas adquieren objetos de su interés, sienten apego por estos y no quieren deshacerse de ellos, pero no presentan el desorden y la desorganización ni la angustia o los impedimentos funcionales como ocurre con las personas afectadas por el trastorno de acumulación.

Al contrario de la acumulación, el proceso que realiza el coleccionista está bien estructurado, planeado, es muy selectivo, placentero y es un pasatiempo social.

Es poco probable que los coleccionistas, inclusive aquellos considerados excéntricos, cumplan los criterios para síndrome de acumulación compulsiva³.

TRATAMIENTO

Si bien aún no existen estudios a gran escala que demuestren cuál es la mejor opción para tratar a estos pacientes, actualmente, la intervención con mayor evidencia es el tratamiento psicológico cognitivo conductual^{7,11,16}.

Este tratamiento abarca educación sobre acumular cosas, establecimiento de metas, técnicas motivacionales, entrenamiento en organización y toma de decisiones, prácticas sobre clasificación y descarte de objetos, prácticas para evitar la adquisición y técnicas cognitivas diseñadas para alterar las creencias disfuncionales sobre la importancia de la posesión.

Los beneficios de la terapia cognitivo conductual fueron descritos primero en pequeñas series de casos y estudios piloto no controlados. En un reciente estudio controlado, 46 pacientes fueron asignados en forma aleatoria a recibir terapia cognitivo conductual (con una duración mayor a 25 semanas, sesiones individuales de 60 minutos y visitas domiciliarias durante 9 a 12 meses) o a permanecer en una lista de espera. Luego de 12 semanas se les ofreció terapia cognitivo conductual a los pacientes en la lista de espera. Luego de la semana 26 se realizó una evaluación de todos los pacientes tratados. El 71% de los pacientes (29 de los 41 que iniciaron tratamiento) mostraron mejoras. Los beneficios de la terapia se mantuvieron durante más de 1 año. El 62% de los pacientes que completaron el estudio mejoraron su condición (23 de 37 pacientes).

Se han probado otros métodos cognitivos conductuales de intervención (por ejemplo, terapia grupal, entrega de materiales de autoayuda, terapia de apoyo por pares, terapia basada en internet) en pequeños grupos, no controlados o listas de espera controladas y los resultados indican que su eficacia es similar a la terapia cara a cara.

Dos estudios controlados realizados con individuos mayores de 65 años mostraron mayores tasas de abandono y menores tasas de respuesta al tratamiento en este grupo etario en comparación con individuos más jóvenes. Estos datos sugieren que los pacientes mayores pueden ser más difíciles de tratar¹⁶.

Los resultados de un estudio piloto no controlado reali-

zado con individuos mayores sugirió un mayor beneficio por parte de las terapias que incluyen técnicas de rehabilitación cognitiva (función ejecutiva y tarjetas de memoria) y resaltaron la importancia de la terapia de exposición dirigida a deshacerse de objetos y no adquirir posesiones. En este estudio, 8 de 11 participantes mejoraron sus síntomas. Existe información limitada sobre el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en estos pacientes. La evidencia sugiere que aquellos ISRS que han demostrado eficacia en pacientes con TOC sin trastorno por acumulación serían parcialmente efectivos en pacientes con TOC que tienen síntomas del trastorno. De todas maneras, no se dispone de la información sobre cuántos de los pacientes evaluados cumplían con los criterios del DSM-5 para trastorno por acumulación.

En un estudio abierto de paroxetina, los pacientes con trastorno por acumulación registraron una mejora similar a la de los pacientes con TOC sin los síntomas del trastorno por acumulación. Son necesarios más estudios doble ciego controlados con placebo de ISRS y otras drogas para el trastorno por acumulación primario.

Solo 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 psiquiátrica o de geriatría si fuera necesario.

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 consentimiento¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Játiva E, Molina Fernández N, Díaz Pérez F, Reyes Taboada A. El mal llamado Síndrome de Diógenes. *Enfermería Docente* 2008;88:36-9.
2. Byard RW. Characteristics of Diogenes syndrome. *J Forensic Leg Med* 2017;48:22. doi.org/10.1016/j.jflm.2017.02.008.
3. Jolley D, Read K. Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24(7):778-9.
4. Cooney C, Hamid W. Review: diogenes syndrome. *Age Ageing* 1995;24(5):451-3.
5. Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes Syndrome. *Lancet* 1975;15:366-8.
6. Chan SM, Leung PY, Chiu FK. Late-onset Diogenes syndrome in Chinese – an elderly case series in Hong Kong. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2007;3(5):589-96.
7. Mataix-Cols D. Hoarding Disorder. *N Engl J Med* 2014;370:2023-30.
8. Brakoulias V, Milicevic D. Assessment and treatment of hoarding disorder. *Australas Psychiatry* 2015;23(4):358-60. Review.
9. Grisham JR, Baldwin PA. Neuropsychological and neurophysiological insights into hoarding disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:951-62. Review.
10. Woody SR, Kellman-McFarlane K, Welsted A. Review of cognitive performance in hoarding disorder. *Clin Psychol Rev* 2014;34(4):324-36. Review.
11. Thompson C, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D, Onwumere J. A systematic review and quality assessment of psychological, pharmacological, and family-based interventions for hoarding disorder. *Asian J Psychiatr* 2017;27:53-66.
12. Sorrell JM. Understanding hoarding in older adults. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2012;50(3):17-21. Review.
13. Cipriani G, Lucetti C, Vedovello M, Nuti A. Diogenes syndrome in patients suffering from dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14(4):455-60. Review.
14. Boillos García CR. Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes en la Provincia de Soria. *Documentos de Trabajo Social* 2012;51:317-53.
15. Nayak K, Gopinath H, Kini H, Kumar P. Unmasking Diogenes Syndrome. *Indian J Dermatol* 2015;60(3):287-9.
16. Williams M, Viscusi JA. Hoarding Disorder and a Systematic Review of Treatment with Cognitive Behavioral Therapy. *Cogn Behav Ther* 2016;45(2):93-110.