

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN PERSONAS AFECTADAS POR EL SÍNDROME DE DIÓGENES

(

José Antonio Pantoja Paz
Universidad Pablo Olavide (Sevilla)

RESUMEN

Introducción: La observación de casos repetidos de personas mayores con comportamientos huraños que vivían recluidos en sus hogares, con abandono del autocuidado y acumulando grandes cantidades de basura motivó la aparición en la década de los 60 de los primeros trabajos científicos que comenzaron a estudiar este extraño patrón de conducta. Esta enfermedad bautizada como “Síndrome de Diógenes” esta cobrando especial relevancia en los últimos tiempos como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, las repercusiones sanitarias, y las apariciones cada vez más frecuentes en los medios de comunicación.

Objetivos: Determinar a través de cinco casos estudiados de personas mayores solitarias que presentaban aislamiento del medio, abandono del autocuidado y acumulación de grandes cantidades de basura. **Primero:** Una escala de valoración social rápida y eficaz del denominado “Síndrome de Diógenes” **Segundo:** Establecer a partir de dicho estudio unas pautas de intervención y/o abordaje del síndrome desde la perspectiva del Trabajador Social.

Metodología: Establecimiento mediante la revisión crítica de investigaciones anteriores, la formulación de hipótesis de trabajo, la aplicación de técnicas de investigación (observación, entrevistas, visitas domiciliarias...), la interpretación de los datos y las conclusiones del estudio, un modelo teórico-práctico de valoración y abordaje de la enfermedad.

Resultados-Conclusiones: El Síndrome de Diógenes puede ser valorado a través de parámetros sociales viables y rápidos de utilizar. Aportándose desde la disciplina del Trabajo Social una propuesta de intervención: preventiva, paliativa y asistencial.

TRADUCCIÓN-RESUMEN

**TITLE: ACTIONBY SOCIAL WORKERS IN CASES
OF PEOPLE AFFECTED BY DIOGENES SYNDROME**

Introduction: Repeated cases of elderly people with unsociable behaviour, who lived as recluses in their homes, displayed signs of self-neglect and had accumulated large quantities of rubbish, caused the appearance, in the sixties, of the first scientific study which examined this strange behaviour pattern. This condition, called "Diógenes Syndrome" has gained special relevance in the latest years as a result of an increase in life expectancy, health repercussions, and the increasingly frequent appearances in the media.

Objectives: To determine by means of five case studies of elderly people living alone, who presented social isolation, self-neglect and accumulation of large quantities of rubbish. **Firstly:** a fast and efficient social assessment scale of said "Diógenes Syndrome". **Secondly:** To establish, from this study, an action protocol and/or an approach to the syndrome from the point of view of the Social Worker.

Methodology: The establishment, by means of a critical review of previous research, the formulation of working hypotheses, the application of research techniques (observation, interviews, house visits), the interpretation of the data and the conclusions of the study, a theoretical-practical assessment model and approach to the illness.

Results-Conclusions: Diógenes Syndrome can be quickly assessed by means of viable and efficient social parameters. From the discipline of Social Work, comes an action proposal: preventative, palliative and social welfare action.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Diógenes (Diógenes Syndrome)

Diógenes de Sínope (Diógenes of Sinope)

Pobreza imaginaria (Imaginary poverty)

Ancianos reclusos (Old shut in)

Hundimiento senil (Senile collapse)

Silogomanía (Syllogomania)

Auto-negligencia / Auto-abandono (Self-negligence / Self-abandonment)

TEXTO COMPLETO

INTRODUCCIÓN:

La observación de casos repetidos de personas mayores con comportamientos huraños, que vivían reclusos en sus propios hogares, que rehuían el contacto con otras personas, con abandono del autocuidado y acumulación de grandes cantidades de basura, motivó la aparición en los años 60 de los primeros trabajos científicos que detallaban este extraño patrón de conducta.

Esta enfermedad que fue bautizada en un breve trabajo publicado en 1975 por Clark, Mankinar y Gray como “Síndrome de Diógenes” (en referencia al Filósofo “Diógenes de Sínope”). Basándose los autores del termino para aludir a estos síntomas de “autoreclusión, aislamiento y autobandono” en el estilo de vida misantrópico y principios filosóficos de este famoso filósofo griego (412 a.C. al 327 a.C.), considerado como el padre del cinismo filosófico.

Con anterioridad otros autores habían denominado a estas conductas como: “Pobreza imaginaria” (Beatson, 1960), “Ancianos reclusos” (Granick y Zeman, 1960) ó “Hundimiento senil” (MacMillan y Shaw, 1966), resaltando algunos rasgos característicos concretos de las personas que lo padecen.

Si bien, podemos decir, que las primeras descripciones clínicas y referencia fundamental de la enfermedad se debe a los citados MacMillan y Shaw en un estudio en 1966 titulado “Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness” (Interrupción senil en estándares de la limpieza personal y ambiental), en la que hacen referencia a las conductas alteradas de 72 personas, en edad senil, tomando como eje el fracaso en el mantenimiento de un mínimo de limpieza de su persona y su casa.

Posteriormente, en España Calvo y Colaboradores en 1976 estudian 25 casos significativos que presentaban alto grado de abandono, suciedad extremas y aislamiento voluntario, denominando a este problema como “Síndrome Hippie en los viejos”, al resaltar como fundamental en estas personas su actitud contestataria, pasiva, agresiva y nihilista ante la injusticia social, la discriminación, el fracaso personal, la frustración, la incomprensión ó la postergación social que sufren nuestros mayores. Admitiendo estos autores en su trabajo que las conductas de “Diógenes” pueden presentarse tanto en personas con una enfermedad mental como en sujetos sanos mentalmente.

Más recientemente, Cybulska y Rucinski (1986) se han ocupado de estudiar en profundidad esta extraña conducta, resaltando la “autonegligencia” como rasgo fundamental del trastorno, y considerando que este trastorno del comportamiento debe considerarse un Síndrome específico ó enfermedad, descartándose que se trata de un estilo de vida libremente elegido.

Sin embargo, en España es el Dr. Jesús J. De la Gándara Martín (Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital de Burgos) quien en dos trabajos publicados en la década de los 90, concretamente en 1992 “Los ancianos solitarios; el llamado Síndrome e Diógenes” y en 1994 “Envejecer en soledad; Repercusiones psicopatológicas de la soledad en los ancianos”, establece las características clínicas del Síndrome diferenciándolo de otros estados psicopatológicos.

¿ QUIEN ERA DIÓGENES DE SÍNOPE?

Diógenes de Sínope, fué un filosofo Griego del siglo IV a.C., que llevó siempre una vida de austeridad y mortificación, despreciando las reglas sociales y renunciando a los placeres mundanos.

Nació en la ciudad de Sínope (actual Turquía) en el año 412 a.C. y anduvo por Esparta, Corinto y Atenas, muriendo en el año 327 a.C. en la ciudad de Corinto.

Su formación académica y cultural la recibió en Atenas, donde fué discípulo del filosofo “Antístenes”, siendo considerado Diógenes de Sínope, en la actualidad como el padre del “cinismo filosófico”.

Llevó siempre una vida de austeridad, se vestía con ropas sencillas y no se preocupaba de su alimentación. Vivía desprovisto de patria, de familia, de hogar y recursos económicos, no mostrando ninguna preocupación por ello.

Renunciando a los placeres de la vida por no estar dispuesto a perder su independencia y su libertad.

Despreciaba y criticaba las normas, las convenciones sociales, las instituciones, y las ciencias por no conducir a la verdadera felicidad “La autosuficiencia” y la “total libertad”.

Caminaba siempre andrajoso, vagabundo, sin protección, y sin hogar con un manto como única vestidura. Muriendo, según cuenta la leyenda, sólo y en la calle, cubierto tan sólo con un manto raído.

EL SÍNDROME DE DIÓGENES:

El Síndrome de Diógenes (que no coincide exactamente con la forma de vida del filósofo), es un trastorno específico que se presenta en algunas personas solitarias, de edad avanzada y que afecta a sujetos de todos los extractos sociales, caracterizado por:

-Una conducta de aislamiento voluntario, con ruptura de las relaciones sociales y una inobservancia de las normas convencionales.

-Una conducta de autonegligencia con abandono de la higiene (tanto personal como ambiental), como de la alimentación y la salud (la mayor parte presentan estados nutricionales deficientes y/o enfermedades somáticas relevantes)

-Con tendencia a acumular compulsivamente grandes cantidades de basura en sus domicilios y vivir voluntariamente en condiciones de pobreza extrema a pesar de poseer medios económicos para llevar mejores condiciones de vida.

-Que se presenta en personas en edad senil que en su mayoría (73,3%) no presentan trastornos psiquiátricos mayores ó diferentes del propio Síndrome. Si bien en todos los casos se observa la presencia de ciertos rasgos y/o conjunto de rasgos de carácter ó personalidad específicos ó frecuentes (sujetos dominantes, independientes, poco sociables, obstinados, inestables, solitarios), rasgos que algunos autores consideran como premórbidos ó predisponentes de la enfermedad.

-Que rechazan todo tipo de ayudas (tanto sociales como familiares) ó se resisten a ser sacados de sus domicilios.

-Y que muestran rechazo activo a cambiar de vida ó de conducta, con tendencia a volver a su forma de vida cuando son dados de alta de una institución sanitaria y/o social ó se descuida su vigilancia.

ETIOLOGÍA:

En cuanto a las posibles causas que provocan este tipo de patrón de conducta, existen pocos estudios sobre ello, por lo que podemos decir que no está claramente definida su etiología.

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...).

En segundo lugar 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 ó de reconocimiento socio-laboral y/o la marginación social de la vejez..., y como tercer factor a resaltar la situación de soledad extremas, en un principio al parecer condicionada por las circunstancias, pero posteriormente buscada ó

deseada de manera voluntaria, como las causas principales que provocan el “Síndrome de la Miseria senil”.

En este sentido todos los autores consultados reconocen rasgos de personalidad premorbidos en los sujetos. Resaltando como primer tipo de personalidad más frecuente la denominada por “De la Gándara” como “Esquizoides-testarudos” (personas independientes, reservadas, dominantes, obstinadas, inestables, acaparadores, quisquillosos, autosuficientes,..), seguida de las personalidades con rasgos “Paranoides” (pendencieras, mortificantes, celosas, agresivas, suspicaces,..) y personalidades excéntricas.

En definitiva podemos decir que se contrasta la existencia de patrones de personalidad previos como factores predisponentes del Síndrome de Diógenes. 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 Y PERFIL:

Según estimaciones hospitalarias realizadas por De la Gándara (1994) en el Hospital General de Burgos y por McMillan y Shaw (1966) en el Área asistencial de Nottingham los casos detectados de personas ingresadas en hospitales con Síndrome de Diógenes giran alrededor de entre el 0,44-0,5 por mil habitantes/ año.

Lo que supondría aplicando datos de la epidemiología hospitalaria española el 1,7 por/ mil de los ingresos en hospitales en España de mayores de 65 años (aprox. 1.200 nuevos ingresos/ año)

En cuanto a la incidencia de la enfermedad en nuestro país, el Dr. De la Gándara Martín en su libro “Envejecer en Soledad” (1994) recoge una estimación de población de riesgo de padecer la enfermedad de unas 140.000 personas, indicando que más de 23.000 sujetos son probables “Diógenes”.

Por otro lado en cuanto al perfil del afectado/a las informaciones y datos publicados por diversos autores entre los que destacamos a (McMillan y Shaw), (Clark, Mankinar y Gray), (Calvo y colaboradores), (Moore), y (De la Gándara), y nosotros mismos, 115 casos estudiados en total, destacan en primer lugar como sexo predominante de los sujetos afectados el femenino, si bien esta circunstancia parece responder a un desequilibrio claro entre sexos en las etapas finales de la vida, donde el aumento de la proporción de mujeres (sobre todo mayores de 85 años) viudas, solitarias y vulnerables es claramente superior al número de hombres.

En cuanto a la edad, los casos estudiados describen que tanto hombres como mujeres tienen la misma edad media (74 años en mujeres- 75 años en hombres), sobresaliendo de forma significativa las personas viudas (aprox. 75%) y solteras (21%). Ante cuya circunstancia podemos deducir que el Síndrome de Diógenes es una posible consecuencia de “la soledad de nuestros mayores”.

Dicho aspecto fundamental es recogido en todas las investigaciones sobre la enfermedad, donde se constata que la mayoría de las personas afectadas (aprox. 85%) viven solos y sin compañía alguna. Si bien en algunos casos estudiados de personas padecedoras del Síndrome (aprox. 15%) tiene alguna compañía, bien continua u ocasional; hermanos, cónyuge...

Por otro lado, en cuanto a las condiciones de la vivienda, si bien podemos decir que la mayor parte de los afectados estudiados vivían en casas con graves deficiencias de habitabilidad, deterioro y carencias de servicios (aprox. 80%), se observa un número considerable de “Diógenes” que vivían en viviendas adecuadas, modernas y con buenas condiciones habitabilidad y servicios (aprox. 20%).

Sin embargo, en todas las investigaciones, publicaciones y casos que he tenido la oportunidad de conocer, las viviendas de los sujetos con Síndrome de Diógenes presentaban situación de abandono absoluto, suciedad extrema y acumulación de basura.

Tendencia a acumular basura que Clark y Mankinar en 1975 denominaron “Syllogomanía”, entendida por algunos autores, como un “miedo a perder” ó

“quedarse sin protección”, “sin posesiones” ó “sin seguridad”, y por otros como una consecuencia del “abandono”, de la “desolación afectiva”, y de la “inhibición conductual” que caracteriza a los afectados de esta enfermedad.

Otro aspecto a resaltar de los sujetos con Síndrome de Diógenes es la actitud de desprecio ó infrutilización de los recursos económicos personales ó ayudas sociales, al constatarse que la gran parte de los mismos contaban con ingresos suficientes para mantener mejores condiciones de habitabilidad de su vivienda, alimentación ó higiene. Característica que Bealson en 1960 define como “pobreza imaginaria”.

Otro aspecto a tener en cuenta de los sujetos con “Diógenes” es su actitud de rechazo y/o desinterés de las ayudas familiares y sociales. Actitud que puede considerarse como uno de sus rasgos más sobresalientes y que más va a impedir su abordaje.

Otra característica observada en los casos estudiados es su lamentable estado somático, presentando todos los sujetos deficiencias ó carencias nutricionales, llegando en ocasiones muchos de los afectados a presentar estado “caquéctico”, con avitaminosis, anemia y deshidratación, consecuencia de la situación de abandono en la que viven.

Otra cuestión a resaltar en los trabajos y publicaciones sobre la enfermedad es la presencia de patología siquiátrica asociada al Síndrome de Diógenes, si bien los autores anteriormente citados, solo descubrieron algún tipo de trastorno mental (Psicosis seniles, trastornos psicóticos, esquizofrenias, depresiones, dependencia del alcohol...) en el 26,6% de los casos.

Siendo el resto de los sujetos (73,3%) aparentemente “normales”, si exceptuamos sus conductas de reclusión y sus rasgos anómalos de personalidad.

Sin embargo, cabe destacar en este aspecto dos cuestiones interesantes; una primera que la presencia de patología siquiátrica en los sujetos con Síndrome de Diógenes es claramente superior a la del resto de personas de esa edad de la población en general, y segundo el diagnostico de “demencia” no es muy frecuente en los sujetos con “Diógenes” (3,3%), encontrándose por debajo de la media de los ancianos en España (10,1%).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME

(A PROPÓSITO DE CINCO CASOS):

Para la determinación de las características clínicas del Síndrome se observaron y valoraron, en la practica habitual como Trabajador Social de Servicios Sociales Comunitarios, cinco casos (dos hombres y tres mujeres), todos/as personas mayores, todos/as solitarios/as, y residentes en el termino Municipal de El Puerto de Santa Maria (Cádiz), los cuales fueron detectados tras denuncias de vecinos, diferentes organismos y/o familiares por acumular grandes cantidades de basura en sus domicilios y presentar situación personal de abandono extremos.

CASO 1

Mujer, soltera, sin hijos, de 70 años, natural de la zona de Palencia, de profesión maestra jubilada y con estudios superiores (al parecer) de derecho sin finalizar.

Únicos familiares (hermanas y sobrinos/as) residentes en la zona de Valladolid y Madrid. Ausencia total de redes de apoyo familiar en la localidad.

Reside sola en una vivienda pública de maestros próxima a Colegio publico en situación de aislamiento social (a penas se relaciona con los vecinos, siempre va sola), acumulando grandes cantidades de basura, objetos inservibles y alimentos perecederos (sobretudo dulces). Presentando la vivienda condiciones de insalubridad importantes.

Las personas que dicen haberla conocido (vecinos y/o compañeros de trabajo) la califican como una persona desde siempre, rara, autosuficiente y con rasgos de personalidad y conductas extrañas.

Se presenta desaseada y pobremente vestida (ropa vieja y rota), no desnutrida, no se observan síntomas de trastorno mental (discurso coherente).

No reconoce tener ningún problema y justifica la acumulación de objetos inservibles y alimentos perecederos que encuentra, como el producto de la sociedad consumista actual.

No reconoce presentar problema alguno y rechaza tajantemente cualquier tipo de ayuda externa y/o apoyo domiciliario.

CASO 2

Varón de 60 años, natural de la zona de Soria, residente en el Termino Municipal de El Puerto de Santa Maria tras cumplir condena en el Centro penitenciario de "Puerto II".

Sin profesión conocida, soltero, sin hijos, ni redes de apoyo familiar conocidas. Reside desde hace años al aire libre en una parcela de pinares acumulando basura y envases de plástico en situación de aislamiento social y autonegligencia.

Subsistiendo de los restos de alimentos que encuentra en los contenedores y la comida que el ofrecen los vecinos de la zona.

Presenta estado caquéctico, síntomas de abandono importante, desnutrición, descamaciones cutáneas acumuladas por la falta de higiene y síntomas de alcoholismo. Así como refiere, diagnostico de "Esquizofrenia" en su juventud.

Mostrándose en las entrevistas mantenidas con actitudes negativistas y de oposición, así como presenta lenguaje incoherente (esquizoafasia), habla lacónica (pobreza del habla), y alogía (pobreza del contenido del lenguaje). Se aprecian síntomas de trastorno mental.

No reconoce tener problemas y rechaza cualquier tipo de ayuda de los Servicios Sociales (alojamiento, ayudas económicas, tramitación de pensiones..), así como de los recursos sanitarios.

CASO 3

Mujer de 64 años, natural de un pueblo de la Sierra de Cádiz, residente en el Puerto de Santa Maria desde hace aproximadamente nueve años.

Viuda, sin hijos, de profesión empleada del hogar, presenta en apariencia cierto déficit intelectual y/o retraso mental.

Vive completamente sola, ocupando viviendas en precarias condiciones y de bajo alquiler con la ayuda de Caritas, de los Servicios Sociales y otras

instituciones benéficas, ante la escasez de recursos económicos (pensión mínima de viudedad).

Presenta abandono personal y de la higiene importante, así como acumulación de basuras, bolsas y objetos inservibles en todas las habitaciones de la vivienda.

El domicilio se observa maloliente y mugriento, sin apenas sitio para vivir debido a la acumulación de objetos y cosas (bolsas de ropa, plásticos, mobiliario roto, cajas...). Presentando la vivienda graves deficiencias de habitabilidad (no funcionamiento de sanitarios, no agua caliente, mobiliario útil escaso, no luz en todas las habitaciones, bombillas fundidas, humedad importante...etc).

Sin redes de apoyo en la localidad (tiene dos hermanas pero viven en un pueblo de la Sierra). No es consciente de su problema y rechaza ayuda domiciliaria.

CASO 4

Varón de 61 años, separado, con cuatro hijos/as, natural de la zona de Sevilla.

De profesión exguardia civil, separado del Servicio activo por incapacidad laboral permanente (trastorno mental).

Vive completamente solo y en situación de abandono personal y de la higiene importante desde su separación matrimonial en 1999.

Su exmujer lo califica como una persona rara, excéntrica, obstinada y extraña desde siempre.

Diagnosticado de "Trastorno paranoide de la personalidad" desde 1998, vive rodeado de gran cantidad de basura y objetos inservibles, residuos urbanos y enseres sin aparente utilidad.

No mantiene contacto con las personas del barrio, ni se le conocen amigos.

Reside en una vivienda de propiedad sin servicios elementales ó básicos (la vivienda no posee wc, ni cocina, no posee mobiliario útil adecuado, la única luz que posee la vivienda es una antigua lámpara de mesa al lado de la mugrienta cama litera vieja donde duerme)

Contando con recursos económicos más que suficientes para mantener buenas condiciones y calidad de vida.

Presenta escasa conciencia de su enfermedad mental (desde hace años no acude a los servicios públicos de salud mental y solo acude muy esporádicamente a servicios privados de psiquiatría) y rechaza cualquier tipo de ayuda de los Servicios Sociales.

CASO 5

Mujer, de 76 años, viuda, vive sola, recibiendo la visita esporádica de su único hijo, soltero, residente en otra localidad.

Conocida por los Servicios Sociales tras denuncia efectuada por los vecinos del inmueble en la Policía Local.

Describiendo la Policía en su informe el domicilio de la anciana “como una vivienda en condiciones infrahumanas, con suciedad extrema, olor repugnante e intolerable y con basura acumulada”.

En la visita domiciliaria, se observa que la mujer se presenta con aspecto desaseado, pobremente vestida y extrema delgadez, así como con síntomas de posible demencia incipiente.

La vivienda se encuentra con basura y objetos inservibles acumulados, olor nauseabundo, desordenada, con sanitarios atascados y desbordados por defecaciones y orines, posee luz eléctrica pero no suministro de agua (al parecer cortado desde hace meses), por lo que transporta diariamente garrafas de agua desde una fuente pública.

Los vecinos la definen como una mujer, de comportamientos extraños, solitaria y aislada socialmente.

Rechaza ayuda para la limpieza de la vivienda, así como el Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio.

*Según los casos estudiados y descritos podemos llegar a la conclusión que el llamado “Síndrome de Diógenes” presenta a nuestro entender las siguientes características clínicas;

1-Que es un trastorno específico que se presenta en algunas personas mayores, solitarias (preferentemente solteras y viudas) y en cualquier tipo de status social.

2-Que los sujetos que lo padecen presentan abandono por completo de sus cuidados personales, alimenticios y sanitarios.

3-Que son personas que se aíslan de su medio, optan por conductas de reclusión y/o no mantienen mucho contacto con la sociedad.

4-Que tienen como rasgo característico la tendencia a acumular basura, a vivir en situación de miseria material absoluta (a pesar de poseer medios económicos para mantener mejores condiciones de vida) y que en muchas ocasiones se encuentran preocupados por una ruina económica “no real” (pobreza imaginaria).

5-Que suele presentarse tanto en personas normales psiquiátricamente como en personas con algún tipo de trastorno mental, si bien en todos los casos se observan rasgos especiales de personalidad.

6-Que en gran parte estas personas rechazan cualquier tipo de ayuda externa tanto social como familiar.

7-Y que los individuos que lo padecen poseen nula conciencia del problema, circunstancia que dificulta cualquier tipo de intervención.

*En definitiva, podemos decir que el Síndrome de Diógenes es una conducta de aislamiento, con ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades de higiene personal y ambiental, reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas sociales ó familiares, y negación de la situación patológica, que se presenta habitualmente en ancianos solitarios.

PROPUESTA DE ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL:

Lo que pretendo con esta escala de valoración social del Síndrome de Diógenes es facilitar un instrumento de fácil aplicación para que los Trabajadores/as Sociales y/o cualquier otro profesional pueda detectar y valorar de forma rápida, valida y fiable posibles situaciones de riesgo de

padecer el conocido como “Síndrome de la miseria senil”, así como determinar su índice de gravedad y/o riesgo en personas mayores solitarias.

Para ello proponemos utilizar para la detección del nivel de gravedad el siguiente cuestionario de valoración, a través de una escala breve, de fácil manejo, la cual se basaría en dos técnicas fundamentales del Trabajo Social como son “La observación controlada ó sistemática” y la “Entrevista planificada”.

La observación tanto del sujeto como de su entorno y/o hábitat, así como mediante la entrevista (con preguntas directas a la persona afectada, como a familiares, conocidos y/o vecinos) detectar sus características conductuales.

Con el objeto de determinar a través de diferentes ítems, si la conducta del sujeto responde a los “rasgos de conducta característicos” del llamado “Síndrome de Diógenes”;

A-Aislamiento comunicacional y relacional

B-Reclusión domiciliaria

C-Negligencia de cuidados sanitarios y de la higiene personal y/o ambiental.

D-Patrón de conducta de “pobreza imaginaria”.

E-Rechazo de Ayudas familiares y sociales.

(De la Gándara “Envejecer en soledad” 1994)

*El cuestionario esta compuesto de cinco apartados: Características personales, Higiene personal y ambiental, relaciones convivenciales, situación económica y Redes de apoyo familiar y social, con un máximo de 3 puntos en los 17 ítems que lo componen.

Indicando una puntuación de entre 15 a 25 puntos que la persona presenta “indicadores de riesgo” del Síndrome de Diógenes, mientras que una puntuación superior a 25 puntos sugiere la presencia de “elevado riesgo de enfermedad y muerte en abandono”.

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN SOCIAL DEL SÍNDROME DE DIÓGENES

1-Características Personales

*Sexo

-Hombre.....0
-Mujer.....1

*Edad

-Menor de 70 años.....0
-Mayor de 70 años.....1

*Estado civil actual

-Casado.....0
-Divorciado.....0
-Soltero.....1
-Viudo.....1

*Unidad de convivencia

-Vive solo.....3
-Vive con alguna compañía.....0

*Presenta en apariencia alguno de los rasgos de personalidad, siguientes;
(personalidad introvertida, obstinada, desconfiada)

-
Sí.....2
-No.....0

2-Higiene personal y/o ambiental

*Se observa deterioro físico general y/o mal estado nutricional

Sí.....2
-No.....0

*Presenta higiene personal deficiente y/o vestimenta inadecuada

(Higiene deficiente: suciedad ,mal olor corporal, podredumbre...)

(Vestido inadecuado: ropa sucia, rota, inadecuada para la temporada...)

Sí.....2

-No.....0

*Las condiciones de la vivienda, son;

-Adecuadas, con buena habitabilidad.....0

-Vivienda vieja, sin servicios elementales y deficiente habitabilidad.....1

-Vivienda en estado de decrepitud, sucia y con basura acumulada.....3

3-Relaciones convivenciales

*Tiene a alguna persona o familiar que lo visita habitualmente

Sí.....0

-No.....1

*Cuándo ve a sus familiares y/o amigos

-Todos ó casi todos los días.....0

-Casi todas las semanas.....0

-Poco (una vez a la semana).....0

-Casi todos los meses (ocho veces al año).....1

-Una vez al año.....2

-Nunca.....2

*Como son sus relaciones con sus vecinos

-Buenas ó muy buenas.....0

-Regulares.....0

-Malas y/o no posee a penas relación.....2

*Los vecinos y/o familiares ó conocidos, nos informan:

-Que el sujeto permanece la mayor parte del día en el domicilio.....2

-Que sale habitualmente y se relaciona con los vecinos del barrio.....0

4-Situación económica

*El sujeto posee recursos económicos suficientes para mantener mejores condiciones de vida?

- Sí.....3
- No.....0

*Posee dinero ó recursos económicos acumulados y no los utiliza para cubrir necesidades básicas?

- Sí.....3
- No.....0

5-Redes de apoyo social-familiar

*El sujeto utiliza habitualmente los servicios socio-sanitarios?

- Sí.....0
- No.....2

*A la pregunta; ¿recibe algún tipo de ayuda de familiar y/o persona contratada para atenderle ó para los trabajos de la casa?, el sujeto responde;

- Si y cubre todas mis necesidades.....0
- No aunque, me haría falta.....1
- No, no lo necesito.....3

*A la pregunta; ¿estaría dispuesto a abandonar su casa temporal ó definitivamente para mejorar sus condiciones de vida?, el sujeto responde;

- Si, de forma contundente.....0
- Sí, pero con reparos.....1
- No, jamás abandonaría mi hogar.....3

PAUTAS DE INTERVENCIÓN Y/O ABORDAJE DEL SÍNDROME DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJADOR SOCIAL.:

Ante la pregunta de ¿Cómo intervenir ante la detección de un caso de una persona afectada por el Síndrome de Diógenes?, la práctica habitual nos indica que un problema tan complejo como “la ruptura senil de las relaciones sociales” no debe abordarse sin olvidar la visión interdisciplinar e intersectorial, más cuando entre los rasgos más característicos del problema se encuentra el

rechazo de las personas que lo padecen a la ayuda exterior, con intento de estos de regresar a su estilo de vida cuando son dados de alta de una Institución, no se encuentran incapacitados por motivo de una patología psiquiátrica ó se descuida su vigilancia.

Bien una vez aclarado que la intervención debe hacerse sin obviar la coordinación multisectorial de diferentes estamentos (la propia familia del sujeto, los servicios sanitarios, los servicios sociales, las instituciones jurídicas..etc).

En primer lugar debemos decir que el abordaje del problema, desde el punto de vista teórico, debería comenzar por actuaciones de carácter preventivo. Estableciéndose sistemas de detección de los casos de riesgo (ancianos solitarios, tendentes al aislamiento, sin relaciones sociales...), al objeto de establecer medidas de socio-sanitarias preventivas que mejoren tanto la esperanza, como la calidad de vida de nuestros mayores en situación de soledad.

Una vez dicho esto, en segundo lugar, debemos decir que una vez detectado al sujeto con conductas de riesgo, se debería valorar su situación de forma integral, tanto desde el punto de vista clínico, funcional como social (redes de apoyo, situación económica, situación de la vivienda...etc), determinado su nivel de gravedad y/o riesgo.

Para ello, parece adecuado en los casos de "elevado riesgo" el ingreso de la persona en un hospital general ó unidad geriátrica, así como en las situaciones de riesgo moderado la implicación de los Equipos Básicos de Salud y Equipos comunitarios de Salud Mental, al objeto de valorar sus posibles enfermedades, gravedad y pronóstico, así como posibles carencias y capacidad funcional. Restableciendo en la medida de lo posible su estado físico y funcional saludable (tanto en la salud, como en la alimentación e higiene).

Compaginando dicho ingreso con actuaciones de intervención con sus posibles redes de apoyo familiar y social existentes.

Informando a los familiares y/o amigos de la gravedad del problema e implicándoles y/o apoyándoles, en la manera de lo posible en la solución del mismo.

Posteriormente, sería adecuado evaluar al sujeto desde el punto de vista psicológico “valoración mental” tanto desde el punto de vista cognitivo como afectivo, al objeto de descartar alguna patología siquiátrica asociada y/o adicción. Instaurando medidas de tratamiento en el caso de que se descubriera la presencia de un alteración mental ó adicción.

(En definitiva establecer medidas socio-sanitarias de apoyo a su rehabilitación tanto física, como psíquica, como social).

Por último, se hace necesario instaurar (según la gravedad del caso), su estado funcional para la A.V.D., y su estado cognitivo, medidas de apoyo para que la situación no vuelva a repetirse, ya sea a través de un internamiento voluntario y/o involuntario del sujeto en una Institución social adecuada (medida aconsejable en los casos graves en los que la persona presente dificultades para su autogobierno y/o para las Actividades de la Vida Diaria.

*(El internamiento involuntario de una persona mayor requiere autorización judicial).

Estableciéndose como más aconsejable, en aquellos casos que la persona presente autonomía personal medidas de apoyo domiciliario y protección social en su medio habitual de vida.

Mejorando en una primera etapa las condiciones de habitabilidad de la vivienda (limpieza, restablecimiento de servicios básicos, eliminación de barreras...), instaurando inmediatamente Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), atención domiciliaria y/o vigilancia, coordinados entre los Servicios Sociales, los Servicios sanitarios y las redes formales e informales, al objeto de evitar que el sujeto pueda terminar volviendo a su tipo de vida anterior.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES SOLITARIAS Y/O AFECTADAS POR EL SÍNDROME DE DIÓGENES

1º La sensibilización social ante el problema de la soledad en nuestros mayores.

2º La detección y prevención de los casos de riesgo.

3º La coordinación entre niveles socio-sanitarios y otras instituciones implicadas.

4º La intervención con las posibles redes de apoyo familiar y social.

5º La movilización de recursos para mejorar las condiciones de habitabilidad del hogar.

6º La Promoción de la integración y participación de la persona, en la manera de lo posible, en su medio social.

7º Promover la formación de grupos de autoayuda y/o voluntariado social.

8º La tramitación y gestión de Servicios en Centros específicos (Unidades de estancia diurna, Unidades de respiro, Centros residenciales, Unidades hospitalarias, Centros de salud...).

9º La gestión de medidas de protección socio-sanitarias (ayudas y pensiones, Servicio de Ayuda a Domicilio, Atención Domiciliaria, Teleasistencia, Cuidados informales, voluntariado de compañía, Servicios domiciliarios de comida ó lavandería...)

CONCLUSIONES:

1ª El Síndrome de Diógenes es un trastorno de conducta ó enfermedad, con graves consecuencias que afecta mayoritariamente a “ancianos solitarios”, por ello se hace necesario una llamada de atención y/o de alarma a la sociedad, para que los familiares vigilen ó presten mayor atención a sus mayores que viven solos, principalmente si han observado algún tipo de factor de riesgo ó conducta extraña (comportamiento huraño, conducta de aislamiento y/o autoabandono, rechazo de las relaciones humanas, conductas de pobreza extrema, acumulación de basura y/o objetos inservibles...etc)

2ª La observación en el trabajo diario del aumento de casos de personas afectadas por el “Síndrome de la miseria senil”, plantea la necesidad de profundizar en el problema y en su diagnóstico para actuar de forma preventiva.

3ª Los Servicios socio-sanitarios deberían crear programas específicos para potenciar la atención a estas personas, al objeto de reducir, en la manera de lo posible, las muertes por abandono.

4ª La Administración Pública, a través, de sus redes asistenciales de Ayuda y/o Atención domiciliaria deberían tener localizados los casos de riesgo al objeto de aumentar tanto la calidad de vida, como la esperanza de vida de nuestros mayores.

5ª El Síndrome de Diógenes puede ser valorado a través de parámetros sociales viables y rápidos de utilizar. Aportándose desde la disciplina del Trabajo Social una propuesta de intervención: preventiva, paliativa y asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

-MacMillan D., Shaw P., "Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness" Brt.Med.J.,2: 1032-1037. (1966)

-Clark AN, Mankikar GD, Gray I., "Diogenes Syndrome". Lancet, 15: 366-368 (1975)

-De la Gándara, JJ "Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes". An.Psiquiatría 8 (1): 21-26 (1992)

-De la Gándara, JJ "Envejecer en soledad: repercusiones psicopatológicas de la soledad en los ancianos". Ed. Popular. Madrid (1995)

-De la Gándara, JJ "Repercusiones psicosociales de la soledad en las mujeres ancianas. Síndrome de Diógenes". Psicogeriatría 8, 9, 433-438 (1992)

-Martín Garcia, M. "Trabajo social en gerontología" Ed. Síntesis. Madrid (2003)

-Rodríguez, P. "Residencias para personas mayores". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Imsero (1995)

-Madero, C y colaboradores "Personas que viven solas: un campo de acción para el Trabajador Social en atención primaria". Trabajo Social y Salud, 4, 151-156 (1989).

-Izal M., Montorio I., "Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación" Ed. Síntesis.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales- IMSERSO “Atención a las personas en situación de dependencia en España (Libro blanco). Madrid (2004)
- Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología “Protocolos en Geriátrica”. Málaga (2004)
- Santos, F. “Pautas de actuación en caso de personas mayores que viven solas y no pueden valerse por si mismas”.Madrid, Portal Mayores, informes Portal Mayores nº 24 (2004)
- Rubio, R. “La soledad en las personas mayores españolas”. Madrid. Portal Mayores (2004)
- Iglesias, J “La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO (2001)