

Síndrome de Diógenes. A propósito de un caso.

Diogenes syndrome. A case report.

Eulalia Carrato Vaz ^a, Rosana Martínez Amorós ^b.

^aPsiquiatra Unidad de Salud Mental de Novelda (Alicante). ^bPsicóloga Clínica Unidad de Salud Mental de Novelda (Alicante)

Correspondencia: Rosana Martínez Amorós (rosanamaam@hotmail.com)

Recibido: 25/11/2009; aceptado con modificaciones: 9/02/2010

RESUMEN: El síndrome de Diógenes constituye un fascinante objeto de estudio para los clínicos que se ha descrito fundamentalmente en ancianos y que está caracterizado por abandono extremo del autocuidado, acumulación de basuras y objetos inservibles, autonegligencia, marcado aislamiento social y nula conciencia de enfermedad. Hasta el momento la investigación en este campo es escasa, incluso llegándose a cuestionar la validez del diagnóstico. Entre un tercio y la mitad cursan con demencias (habitualmente se asocia a alteraciones frontales en las demencias frontotemporales) o de algún tipo de trastorno mental (más frecuentemente esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno afectivo o alcoholismo). A continuación se describe un caso clínico de un Síndrome de Diógenes, que resulta especialmente interesante por que se dan las condiciones extremas de autoabandono de este síndrome en una persona joven, que presenta una dependencia a la cocaína sobre una patología caracterial compatible con un Trastorno Mixto de la Personalidad. **PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Diógenes, caso clínico, dependencia de cocaína, trastorno de la personalidad, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT: Diogenes syndrome is a fascinating object of study for clinicians who have been described mainly in elderly and characterized by extreme self-care neglect, accumulation of garbage and useless objects, self-neglect, social isolation and zero marking Insight. So far the research in this area is scarce, even the validity of the diagnosis have been questioned. Between a third and half present suffer from dementia (usually associated with frontal disturbances in frontotemporal dementia) or some type of mental disorder (most commonly schizophrenia, personality disorder, affective disorder or alcoholism). The following describes a case of a Diogenes syndrome, which is particularly interesting given due to the extreme conditions of self-neglect of this syndrome in a young person who has a cocaine addiction on a character pathology compatible with Joint Disorder Personality.

KEYWORDS: Diogenes syndrome, case report, cocaine dependence, personality disorder, diagnosis, treatment.

Conceptualización del síndrome de Diógenes.

El síndrome de Diógenes constituye un fascinante objeto de estudio para los clínicos cuyas primeras descripciones en la literatura científica son muy recientes, y datan de 1966 y 1975 (1). Se ha descrito fundamentalmente en ancianos, *aunque existen algunos casos en la literatura en personas más jóvenes* (2).

Describe un patrón de conducta caracterizado fundamentalmente por un extremo abandono del autocuidado, tanto la higiene como la alimentación y la salud (viviendo en condiciones higiénicas insalubres), acumulación de basuras y objetos inservibles, autonegligencia, marcado aislamiento social y sin conciencia de enfermedad. También se han descrito casos en los que no aparece la conducta de acumulación, por lo que podría ser éste un síntoma frecuentemente asociado al Síndrome de Diógenes pero no fundamental (3).

Hasta el momento la investigación en este campo es escasa, e incluso se ha llegado a cuestionar la validez de este diagnóstico. De hecho, no está reconocido en los manuales diagnósticos internacionales y puede aparecer en distintas enfermedades psiquiátricas y neurológicas (4).

Se han descrito dos tipos de Síndrome de Diógenes según su comportamiento respecto a la acumulación 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 acumulo de sus propias basuras (1).

Existen autores que denominan al tipo Activo *Síndrome de Acumulación* y describe a personas que suelen acumular objetos inservibles por si acaso los llegan a necesitar en un futuro, pero no acumulan basura ni heces. Tratan de mantener estas cosas en orden pero cuando el volumen de objetos es muy grande, el desorden se apodera de la vivienda y sin querer comienzan a acumular basura.

A diferencia del síndrome de Diógenes, los que padecen de acumulación compulsiva no descuidan su higiene personal ni su aspecto, por lo que cuando salen a la calle no llaman mucho la atención, solo son percibidos como personas poco sociables.

En algunos casos la acumulación compulsiva puede terminar en síndrome de Diógenes cuando la vivienda está atestada de objetos, se comienza a acumular la basura, y la persona comienza a descuidar su higiene personal (10).

En España, se calcula una prevalencia de 1,7/1000 de los ingresos en personas mayores de 65 años y una incidencia de unos 1200 nuevos ingresos/año. La mayor parte de los casos descritos se refieren a personas ancianas (promedio 75 años).

Entre un tercio y la mitad cursan con demencias (habitualmente se asocia a alteraciones frontales en las demencias frontotemporales) o de algún tipo de trastorno mental (más frecuentemente esquizofrenia, trastorno de personalidad, tras-

NOTAS CLÍNICAS

torno afectivo o alcoholismo) no siendo posible verificar la existencia de otros diagnósticos psiquiátricos en el resto de casos (5).

Algunas hipótesis sugieren que el Síndrome de Diógenes supondría el estadio final de un trastorno de la personalidad (Post, 1982). En estos casos la personalidad premórbida estaría caracterizada por una actitud distante, desconfiada, autoritaria, independiente, astuta y con escasa integración social. Cabe señalar que algunos de estos rasgos se incluyen dentro de los criterios para el diagnóstico del trastorno esquizoide o paranoide de la personalidad (6).

Se ha relacionado el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) con algunas conductas de atesoramiento de estos pacientes. Según Clark (1975) en la base del desarrollo de un Síndrome de Diógenes aparecería la interacción de unos factores de personalidad (que incluirían los rasgos descritos anteriormente) con cambios físicos o sociales significativos que estarían relacionados con la aparición de síntomas de deterioro cognitivo (6).

El abuso de alcohol también aparece frecuentemente asociado a este desorden, tanto exacerbando su manifestación como actuando como precipitante (1).

¿Pero estamos hablando de patologías comórbidas o de factores etiológicos? Los estudios más recientes sugieren que existe una estrecha relación entre el síndrome de Diógenes y disfunciones en el lóbulo frontal, y es en esta asociación donde debe centrarse la futura investigación (7).

El tratamiento es complejo y requiere de una intervención multidisciplinaria. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antipsicóticos pueden ser útiles en el tratamiento dependiendo de la etiología subyacente (8). Las cogniciones y emociones distorsionadas concomitantes a las peculiares conductas de atesoramiento responden a la terapia cognitivo-conductual (9). En la mayoría de casos suelen ser necesarias la adopción de medidas de tipo social.

En definitiva, constituye un desorden en el que predomina la autonegligencia y las conductas de atesoramiento en condiciones miserables, principalmente descrito en ancianos. La presencia del mismo en ausencia de un trastorno mental definido, vendría a representar la versión más genuina del síndrome de Diógenes, mayoritariamente en el contexto de una personalidad compatible con algún Trastorno de la Personalidad del clúster A.

A continuación se describe un caso clínico de un Síndrome de Diógenes, que resulta especialmente interesante por lo particular del mismo, dado que se dan las condiciones extremas de autoabandono de este síndrome en una persona joven, que presenta una dependencia a la cocaína sobre una patología caracterial compatible con un Trastorno Mixto de la Personalidad.

Caso clínico

Varón de 22 años que se inicia en el consumo de cocaína hace 3 años con fines lúdicos desarrollando rápidamente una dependencia que ha deteriorado todas las áreas de su vida especialmente los hábitos de autocuidado. Tres meses antes a su contacto con la Unidad de Salud Mental, y debido a las denuncias por parte de sus vecinos por mal olor se descubre que está viviendo en un piso donde ha ido acumulando toneladas de basura (la basura llegaba a 1 m. de altura).

Hace autocrítica de este hecho y lo atribuye al consumo de tóxicos. Durante el periodo de consumo ha gastado mucho dinero en el móvil, en el chat para hablar con gente evitando el contacto físico directo. Trabaja en una empresa familiar de mármol (donde desempeña un puesto de responsabilidad y autoridad) no observándose durante todo este tiempo disminución en su rendimiento laboral, únicamente muestras de descuido de la higiene personal, creciente aislamiento social y familiar y comportamiento suspicaz y hermético, no permitiendo a su familia acceder a su vivienda. Tras el desalojo está viviendo con sus abuelos paternos.

Respecto a la historia de consumo, según refiere, ha estado consumiendo en los últimos 2 años entre 3 y 4 gr. de cocaína al día, necesitando traficar para financiarse el consumo. Refiere buscar en el consumo tranquilidad y sociabilidad. En el contexto de consumo ha presentado conductas heteroagresivas.

Procede de una familia de estatus socioeconómico alto. Es el mayor de dos hermanos, sus padres se separaron cuando Fernando contaba con 14 años, estando su infancia caracterizada por las muestras de rechazo y humillaciones por parte de la madre, siendo el padre al parecer un padre ausente. Tras la separación matrimonial ambos hijos pasan a convivir con el padre, existiendo una relación más estrecha entre el padre y hermano menor.

Presenta en la actualidad un intenso sentimiento de rencor y desagravio hacia su madre y, especialmente hacia su padre por no haberlo protegido o compensado por los ataques maternos. En una ocasión llegó incluso a amenazarlo con un cuchillo.

Durante su etapa escolar Fernando presenta dificultades de integración social por las que es tratado por un psicólogo infantil.

Su funcionamiento premórbido en el área social ha estado caracterizado por la suspicacia y desconfianza. Refiere que no le gusta el contacto físico y emocional, y se siente agobiado e invadido por otros fácilmente, tanto con personas conocidas como desconocidas. Ha tenido una relación sentimental durante un año y medio antes de iniciarse en el consumo. Refiere que en su relación de pareja era dominante, frío y agredía verbalmente a su pareja. Hace crítica de esa actitud.

NOTAS CLÍNICAS

Exploración psicopatológica

- Actitud, apariencia, conducta: Actitud colaboradora, aporta información profusa en detalles sobre el consumo y tráfico, actitud suspicaz respecto a que esta información pueda trascender a sus familiares, actitud de resistencia a hablar sobre la acumulación de basuras. Buena apariencia, aspecto cuidado y limpio.

- Curso y contenido del pensamiento: No trastornos formales del curso del pensamiento. Conciencia de enfermedad parcial. Sensación de incontrolabilidad. Ideación heteroagresiva frecuente. No ideación delirante. No ideas de muerte ni ideación autolítica. Susplicacia, desconfianza, rigidez. Autorreferencialidad

- Esfera sensorceptiva: En el contexto de consumo ha presentado alucinaciones auditivas y visuales. En la actualidad presenta ilusiones visuales y en alguna ocasión auditivas de las que hace crítica

- Lenguaje: Lenguaje logorreico

- Emoción y conducta: Indiferencia afectiva, frialdad, aislamiento social, conductas de autonegligencia y abandono extremo de hábitos de autocuidado

- Control impulsos: Déficit en control impulsos, mal manejo ira, abuso y dependencia tóxicos, gasto dinero, manejo móvil. Explosivo y agresivo.

Análisis del Perfil de Personalidad obtenido con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II):

Este inventario clínico de Personalidad permite la evaluación clínica y psicopatológica diferenciando las características más duraderas de la personalidad patológica de los pacientes (eje II del DSM-IV-TR), de los trastornos clínicos agudos, de intensidad moderada o severa (eje I del DSM-IV-TR). Este instrumento se adapta al sistema oficial de clasificación de las enfermedades mentales (CIE-10 y DSM-IV-TR).

El paciente presenta un perfil clínico y de personalidad desajustado, con elevadas puntuaciones que, indican la presencia de patologías moderadas y graves tanto clínicas como caracteriales.

Con respecto al Eje I, tiene puntuaciones elevadas únicamente en los trastornos clínicos agudos de intensidad moderada, en concreto, en abuso de drogas.

Respecto a su patrón básico de personalidad el patrón dominante es el esquizotípico, con características secundarias paranoides. Se trataría de una persona que presentaría un aislamiento social más o menos pronunciado y un concepto de la relación con los demás como algo intrínsecamente peligroso, de modo que la desconfianza vigilante respecto de los demás puede ser frecuente.

El patrón de personalidad esquizotípico puro evita la relación con el entorno, pero cuando presenta un componente paranoide nos indicaría que para compensar la baja autoestima proveniente de su autoconcepto de singularidad en lugar de menospreciarse se enfrentaría con el entorno porque proyectan esos sentimientos en los otros, son ellos los que atacan y se burlan. Todo lo anterior es compatible con las elevadas puntuaciones en las escalas fóbica, esquizoide, antisocial y pasivo/agresiva.

Diagnóstico

La clínica parece compatible con un Trastorno por Dependencia a la Cocaína en el Eje I sobre un Trastorno Mixto de la Personalidad en el Eje II, Esquizotípico y Paranoide.

Se muestra muy temeroso de los demás, no como un evitador, sino más bien, al estilo paranoide de pensar que los demás le pueden hacer daño. Oscila entre las reacciones paranoides de “contestar” las supuestas agresiones de los otros a “escondarse” y vivir en un mundo más distorsionado, con ideas de referencia, comportamiento excéntrico etc. Oscila también entre la baja autoestima y una necesidad afectiva relativa, al mismo tiempo que, de manera ambivalente, tiene profundo rencor hacia las personas.

Objetivos terapéuticos y evolución

El abordaje del caso se ha realizado desde una perspectiva multidisciplinar con los siguientes objetivos terapéuticos: abstinencia tóxicos, fomentar hábitos de autocuidado, combatir suspicacia, disminuir impulsividad, disminuir agresividad, promover la vinculación afectiva y la empatía, evitar reacciones vengativas, fomentar una autoestima incondicional del entorno.

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico se han utilizado estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos. La evolución ha sido favorable, consiguiendo mantener la abstinencia del consumo de cocaína, reducir la impulsividad y consolidar la alianza terapéutica. Sin embargo, a los 4 meses de tratamiento y seguimiento abandonó el mismo.

NOTAS CLÍNICAS

Conclusiones

Las publicaciones actuales recogen normalmente un solo caso de Síndrome de Diógenes (o un número muy reducido de ellos), generalmente referidos a personas ancianas, en los que en muchas ocasiones se confunden las características de este síndrome de Diógenes con conductas de autonegligencia o autoabandono.

Son poco frecuentes en la literatura científica las descripciones y/o estudios de Síndromes de Diógenes en personas jóvenes asociados a diagnósticos de trastornos de personalidad, otros trastornos mentales o abuso o dependencia de tóxicos.

Por tanto, es necesario el estudio más riguroso de los casos de, en cuanto a prevalencia, incidencia, mortalidad y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y somáticos.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) HANON C., PINQUIER C., GADDOUR N., SAID S., MATHIS D., PELLERIN J. Diogenes syndrome: A transnosographic approach. *Encephale* 2004; 30,4,: 315-322
- (2) VOSTANIS P., DEAN C. Self-neglect in adult life. *Br J Psychiatry*. 1992;161: 265-67
- (3) FONTENELLE L.F. Diogenes syndrome in a patient with obsessive-compulsive disorder without hoarding. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30,3: 288-290
- (4) LERA G., HERNÁNDEZ M., LEAL C. Síndrome de Diógenes. A propósito de un caso. *Psiquiatría biológica* 2008;15, 4:140-143
- (5) GÓMEZ-FERIA I. Clinical Forms of Diógenes síndrome. Three cases report. *Psiquiatría Biologica* 2008;15,3: 97-98
- (6) SÁNCHEZ M. Actualización en el Síndrome de Diógenes. *Interpsiquis* 2005;2005
- (7) HADDAD V., LEFEBVRE DES NOËTTE V. Diogenes syndrome from the myth to reality. About 3 cases. *Revue Geriatr* 2002; 27,2:107-114
- (8) KOECK A., BOUCKAERT F., PEUSKENS J. Hoarding as the core symptom of the Diogenes syndrome. A case study. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49,3: 195-199
- (9) BAROCKA A., SEEHUBER D., SCHONE D. Messy house syndrome. *MMW Fortschr Med* 2004; 146,45,: 36-39
- (10) WINCZE J.P., STEKETEE G., FROST R.O. Categorization in compulsive hoarding. *Behav Res Ther*, 2007, 45: 63-42.