

Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes en la Provincia de Soria

Carmen Ruth Boillos García

Trabajadora Social C.E.A.S Soria

Resumen

El presente documento es el resultado de la investigación realizada en la provincia de Soria, durante el último trimestre de 2011 y el primero de 2012, sobre la intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes. El **objetivo principal** de este trabajo es conocer más profundamente el Síndrome de Diógenes para saber identificarlo e intervenir socialmente con el mismo de una manera óptima. **Metodología:** a) para analizar y unificar el conocimiento científico que hay sobre el Síndrome de Diógenes hemos llevado a cabo una investigación descriptiva centrada en fuentes secundarias y documentación científica. b) a partir de los resultados del análisis de la literatura científica se ha elaborado un cuestionario para conocer cómo se está interviniendo con el Síndrome de Diógenes en la actualidad y cómo podría mejorar la intervención de los trabajadores sociales al respecto. Este cuestionario se ha utilizado en una investigación de campo con una muestra de trabajadores sociales de la provincia de Soria. **Resultados:** Se ha realizado una propuesta de protocolo de intervención aplicable al universo analizado, que podría ser adaptable a otras provincias españolas. **Conclusiones:** Creemos que el protocolo de actuación puede ser utilizado como instrumento que oriente la intervención social con las personas que padecen síndrome de Diógenes.

Palabras Claves

Síndrome de Diógenes, Trabajo Social, Protocolo de Intervención Social, Acaparamiento, Pobreza Imaginaria, Silogomanía, Psicogeriatría.

Introducción

Los medios de comunicación se hacen eco cada vez con más frecuencia de noticias que se refieren a personas, en su mayoría ancianos, que viven, y en ocasiones lamentablemente mueren, rodeados de basura, en graves condiciones de insalubridad y miseria. Son personas que padecen el denominado “Síndrome de Diógenes”.

Su nombre refiere a Diógenes de Sínope, filósofo griego del siglo IV a.C., que llevó siempre una vida de austeridad y mortificación, basada en el autodomínio y la privación. 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. Despreciaba y criticaba las normas, las convenciones políticas y sociales, las instituciones y las ciencias por no conducir a la verdadera felicidad, que para él eran “la autosuficiencia” y “la total libertad”. En la actualidad es considerado como el padre del “cinismo filosófico”.

El Síndrome de Diógenes, cuyo nombre está inspirado en este filósofo, se presenta en algunas personas solitarias, de edad avanzada, que presentan una conducta de aislamiento voluntario y de autonegligencia (con abandono de la higiene, la alimentación y la salud). Se diferencia de otros trastornos principalmente en su 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 mantener mejores condiciones de vida. No tienen conciencia de enfermedad y rechazan todo tipo de ayudas (tanto sociales como familiares). Se resisten a ser sacados de sus domicilios y muestran rechazo activo a cambiar de vida o de conducta.

Las situaciones de insalubridad de sus domicilios (por la existencia de basuras, detritus y excrementos) hacen que se produzcan, en los mismos, fermentaciones y putrefacciones. Estas conllevan una liberación de gases y sustancias tóxicas que pueden ocasionar trastornos respiratorios y alérgicos, además de que, por el olor, hacen el aire irrespirable afectando al resto de la comunidad. Todo ello conlleva la proliferación de vectores transmisores de enfermedades como ratas, cucarachas, pulgas etc. Esta transmutación de la vivienda en vertedero es una consecuencia del abandono y de la desolación afectiva, así como de la inhibición conductual que caracteriza a estas personas.

Por todo ello, los vecinos acaban denunciando en los Ayuntamientos¹ (responsables de la salud pública por el sistema de transferencias), en las Fiscalías, en las sedes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o en las delegaciones de Sanidad correspondientes, estas situaciones de riesgo para solicitar la obligatoria limpieza de los mismos. En muchas ocasiones, tanto vecinos como familiares, denuncian estas situaciones ante los servicios sociales para que se les busque una solución para la mejora del bienestar o un alojamiento alternativo a estas personas.

Los profesionales sociosanitarios, dentro de su función de control, tratan de orientar las intervenciones ante estos casos de manera que se logre conjugar el bienestar de los vecinos y del sujeto. Sin embargo, las técnicas empleadas y la consecución del éxito en las intervenciones dependen en muchas ocasiones del conocimiento que los profesionales tengan sobre el propio trastorno, de las aptitudes de éstos para lograr un vínculo con el sujeto, de la cooperación interdisciplinar que encuentren y de los recursos a su alcance. Razón por

.....
¹ Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local (art 124.4) y Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (art 42.3)

la cual se hace necesaria la unificación del camino a seguir: conocer quiénes son los profesionales y sistemas públicos que han de intervenir; cómo se coordinan y relacionan; saber cómo se ha de realizar un diagnóstico social adecuado de los casos y manejar el marco legal y clínico que ampara dicha intervención.

La tendencia poblacional actual hace preveer que este perfil, de personas mayores solas, aumentará considerablemente en los próximos años, por lo que es positivo realizar un estudio, con fines relacionados con la intervención, para procurar el bienestar de los sujetos y la prevención de situaciones de conflicto vecinales que estos enfermos provocan.

El método de esta investigación se basará, de una parte, en el estudio de fuentes secundarias y recogida de datos de documentación científica para elaborar el marco teórico. En él, trataremos de recoger y condensar las principales aportaciones científicas que se ha desarrollado sobre el tema, no sólo para unificarlas, sino para establecer un punto de partida, que nos sirva para elaborar el posterior cuestionario.

Posteriormente, la investigación se realizará en base a una recogida de datos a través de cuestionarios, remitidos a los trabajadores sociales que pueden llegar a intervenir con éstas personas en la provincia de Soria, llegaremos a saber cómo y con que otros profesionales se interviene, así como el resultado de estas intervenciones. Con el objetivo final de poder concluir con una propuesta de intervención protocolizada óptima para la provincia de Soria. Esta propuesta podría ser extrapolada al menos al resto de provincias de Castilla y León debido a la similitud de la estructura organizativa en sanidad y servicios sociales por parte de la autonomía. Adquiriendo de este modo la investigación un cariz práctico, por su futurible aplicación a las políticas sociales.

Metodología y Desarrollo de la Investigación

OBJETIVO E HIPÓTESIS:

El problema social ante el que nos enfrentamos, el Síndrome de Diógenes, es un problema que por su propia indefinición médica generalizada en cuanto al diagnóstico, su baja incidencia en cuanto a la población en general y la implementación de recursos normalizados frente a estos sujetos, hace que sea una enfermedad-problema poco estudiada e investigada.

El **objetivo principal** de este trabajo es “Mejorar la Intervención Social con las personas que padecen Síndrome de Diógenes”. Para ello, este objetivo general se sustenta en dos específicos:

- » Analizar y unificar el conocimiento científico que hay sobre el Síndrome de Diógenes (Marco teórico).
- » Conocer como se está interviniendo con el Síndrome de Diógenes en la actualidad y cuáles serían los cauces óptimos de intervención, para realizar un protocolo.

Debido a los límites de la investigación, relacionados con la falta de medios económicos, se ha tratado de elaborar una hipótesis que se ajustase a los requisitos científicos derivados de la metodología aplicada, dentro de un entorno reducido y accesible.

Partimos pues, para realizar esta investigación, de la siguiente **hipótesis**: “en la provincia de Soria los afectados por el Síndrome de Diógenes no reciben un tratamiento profe-

sional adecuado tanto por la carencia de preparación específica de los profesionales para diferenciarlo de otros trastornos, como por la falta de cooperación interdisciplinar e interadministrativa de los mismos, así como la falta de recursos específicos a su alcance”. Por estos motivos se hace necesaria la unificación del camino a seguir, o protocolo, tanto en la identificación de la problemática, como en la intervención de los profesionales y sistemas públicos.

Esta hipótesis parte de tres tipos de variables. Las variables permiten operacionalizar los conceptos y facilitan la labor investigadora al atribuir, a cada una de ellas, diferentes propiedades.

- Variables independientes --> que son: la carencia de preparación, la falta de cooperación inter-disciplinar y la falta de cooperación inter-administrativa.
- Variable dependiente --> que será la falta de tratamiento adecuado para los afectados por el Síndrome de Diógenes.
- Variable interviniente --> que son: la falta de recursos y protocolos específicos de intervención.

METODOLOGÍA:

Dadas las características del objeto de estudio, la metodología utilizada se ha basado en el enfoque crítico racional, pues no sólo se ha intentado recopilar datos sino también, interpretar y reflexionar sobre ellos, con la intención de extraer datos que gocen de capacidad para producir crítica y discusión, así como la mejora de las propias intervenciones y políticas sociales.

Para abordar este fenómeno, nos hemos aproximado a él en dos fases, con dos metodologías aplicadas diferenciadas, limitadas por los dos objetivos específicos anteriormente nombrados:

- Conocer el propio Síndrome de Diógenes, a través de una investigación descriptiva centrada en fuentes secundarias y documentación científica, que a su vez sirva para realizar el cuestionario para la posterior investigación.
- A través de una investigación de campo, que nos permita evaluar en un espacio geográfico determinado, el nivel de conocimiento teórico y preparación práctica de los profesionales que intervienen con el mismo, como intervienen y como creen que se debería intervenir, tomando como muestra intervenciones de los trabajadores sociales en la provincia de Soria.

1) ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS

El marco teórico común en el que se fundamentará el resto de la investigación tiene su origen en el análisis de fuentes secundarias. Para ello, se ha tratado de recorrer la producción científica que versa sobre este trastorno, a través de la búsqueda con palabras claves (en inglés y castellano) tales como: “Síndrome de Diógenes”, “Acaparamiento”, “Autonegligencia”, “Soledad en personas mayores”, “acumulación de basura/silogomanía”, “abandono social”, “pobreza imaginaria”, “exclusión social” y “hundimiento senil”. Encontrándonos con:

- 48 artículos recogidos en revistas científicas (esencialmente en revistas médicas) que pueden suponer una aportación, mayoritariamente de descripción de casos.
- Las conclusiones de 4 estudios, de los cuales 3 se circunscriben a áreas de salud y uno superior.
- 6 ponencias en congresos, 4 de ellos en congresos profesionales de psiquiatría, trabajo social y 2 de ellos entre profesionales del tercer sector.
- 9 capítulos en libros que versan sobre atención e intervención con personas mayores, tanto en el área sanitaria funcional, sanitaria mental, legal y social.

A través de una lectura comprensiva y el análisis de las aportaciones de los diferentes autores y estudios, trataremos de consensuar un marco teórico que nos sirva de base no sólo para un conocimiento unificado de la problemática objeto de estudio, sino también para generar el instrumento que utilizaremos para realizar la investigación sobre una realidad concreta.

2) INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Se plantea en un contexto geográfico determinado (la provincia de Soria), con una muestra de profesionales de servicios sociosanitarios (trabajadores sociales) y a través de una técnica (un cuestionario), para poder alcanzar el segundo objetivo específico que nos marcamos: saber cuánto conocen el síndrome, cómo se está interviniendo y cómo se podría intervenir.

EL UNIVERSO: El universo elegido ha sido la provincia de Soria, por cuatro razones principales:

1. *El envejecimiento de su población:* Soria es una de las provincias más envejecidas de España, con un 25,2% de tasa de envejecimiento y más de un 35% de tasa de sobre-envejecimiento².
2. *La dispersión geográfica y la baja densidad poblacional de la provincia:* despoblación. Sólo en los últimos diez años, en Soria han desaparecido más de 100 municipios por este problema, bien por pérdidas totales de población de diferentes localidades, bien por unión administrativa entre municipios cercanos. Esto supone que Soria se convierta según datos del INE, en un “desierto demográfico”, al poseer una densidad de población de 9,2 habitantes por km², frente a los valores de España y la Unión Europea (83,6 hab./km² y 116 hab./km², respectivamente) y que 94 de sus 183 municipios cuentan con menos de 100 habitantes, de los que 64 cuentan con menos de 50 habitantes³.
3. *La emigración y diáspora de la población:* donde el 40% de los nacidos residen en otras provincias y comunidades autónomas⁴, causa principalmente de la búsqueda de educación superior y/o inserción laboral de los jóvenes. Lo que ha hecho que Soria perdiera el 40% de su población en los últimos 50 años.
4. *La accesibilidad de este entorno al investigador:* por razones económicas, residenciales y laborales.

.....
2 Del Barrio Aliste, J.M. *La población de Castilla y León en los inicios del Siglo XXI*. Valladolid: Fundación Perspectivas de Castilla y León. 2009. pp 77.
3 http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/25A235D3-0D46-4D80-9EA6-52C24EA2C34D/72820/PlanSoria_2005_2007.pdf (consultado por última vez el 02/09/2012)
4 Del Barrio Aliste, J.M. *La población de Castilla y León en los inicios del Siglo XXI*. Valladolid: Fundación Perspectivas de Castilla y León. 2009. pp 77.

LA MUESTRA: La muestra seleccionada para realizar la investigación han sido los Trabajadores Sociales de la provincia de Soria que tienen o pueden tener contacto en sus intervenciones con estas personas que padecen Síndrome de Diógenes. Se ha seleccionado esta profesión por tres razones:

- 1) *Por su espacio laboral dentro de la red de atención sociosanitaria a personas mayores: el desarrollo de la red profesional, que se ha visto incrementada más aún con la aprobación de la conocida como Ley de Dependencia⁵, hace de estos profesionales una fuente de información clave sobre estos casos.*
- 2) *Porque tratar de conseguir la colaboración directa de las personas que padecen Síndrome de Diógenes, debido a sus características relacionales, queda lejos del alcance de los investigadores sociales, ya que les presuponemos una baja o inexistente colaboración con los mismos.*
- 3) *Consideramos, que por sus competencias, el Trabajo Social es la profesión adecuada para la detección social de estos casos, para intervenir desde su ámbito directamente con ellos y para la coordinación de la posterior intervención social interdisciplinar que se realice. Tanto por su definición⁶, como por los principios de su Código Deontológico o las funciones que marca el artículo sexto del Estatuto de la profesión*

Se limita la muestra de la investigación a los recursos con los que cuenta la provincia de Soria, con presencia de Trabajadores Sociales y que se pueden ver implicados en un caso de Síndrome de Diógenes, como muestra la [Tabla 1](#) de creación propia.

Nos encontraríamos con un total de 35 Trabajadores Sociales que desarrollan su trabajo en la Provincia de Soria y por el recurso social o sanitario en el que trabajan tienen una alta probabilidad de encontrarse con casos de personas que padezcan el Síndrome de Diógenes. En función del recurso donde desempeñen su labor profesional, nos encontramos con que la mayor proporción de ellos trabaja en Servicios Sociales Básicos (59%), seguidos con mucha distancia por los Servicios Sanitarios de Atención Primaria (16%). Posteriormente nos encontraríamos con los Servicios Sanitarios Especializados y las Fundaciones Tutelares (11%); y finalmente con una escasa representación de la Justicia (3%).

EL CUESTIONARIO: La técnica elegida para la investigación de campo ha sido **el cuestionario**. Este se ha diseñado a través de datos cuantitativos para realizar un análisis descriptivo de la realidad objeto de estudio, dirigido a una muestra representativa de profesionales con capacidad para estudiar las relaciones existentes entre las variables. Se ha diseñado como una combinación de preguntas estandarizadas y respuestas mayoritariamente cerradas, con respuestas abiertas que posteriormente se han de categorizar. Estas respuestas abiertas dejan un pequeño margen al método cualitativo, donde los encuestados dan a conocer opiniones, percepciones y propuestas, que enriquecerán los datos cuantitativos extraídos.

El cuestionario (ver [Anexo 1](#)) ha sido cumplimentado de manera individual por los trabajadores sociales, tras seleccionar un caso que ellos catalogarían como Síndrome de Diógenes, con el que hayan intervenido en los últimos tres años o se encuentren interviniendo en la realidad. Posteriormente y de manera anónima han remitido el cuestionario al investigador cumplimentado en base a un sujeto y a la intervención que se realizó con él.

.....
⁵ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

⁶ Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) en la Asamblea celebrada en Montreal, en Julio de 2000, <http://www.ifsw.org/p38000377.html> (consultado por última vez el 02/09/2012)

La pretensión última del cuestionario es doble. Por un lado, conocer de qué manera los trabajadores sociales identifican este trastorno y que características le atribuyen, para diferenciar si realmente estamos hablando de Síndrome de Diógenes, al contrastarlo con los datos recogidos en el marco teórico. Y por otro lado, recoger las valoraciones de los trabajadores sociales de la provincia de Soria con respecto a la intervención que realizan con estos casos, partiendo del cómo se ha intervenido, para construir una óptima intervención con preguntas dirigidas a sus preferencias y espacios para propuestas, de cara a desarrollar un futuro protocolo que sirva de herramienta a los propios profesionales, esencialmente locales. Teniendo en cuenta que este protocolo, no finaliza con su aplicación local, sino que se habrá de readaptar en otros contextos geográficos, en función de los recursos sociales y sanitarios con los que cuenten.

El cuestionario lo conforman 56 preguntas agrupadas en dos apartados básicos, de los cuales los primeros están dirigido al primer objetivo, comprobar si se identifican bien los casos, y el segundo a conocer la propia intervención social. Por el peso de las preguntas se puede comprobar que esta división dual de los objetivos es clara, ya que constan de 28 preguntas cada uno de los dos grandes subapartados: características personales y socio-demográficas (análisis del caso) e intervención. Las preguntas del cuestionario han tratado de dar cabida a todas las opciones de respuesta posibles. Se ha diseñado con un abanico de cuatro respuestas posibles mayoritariamente. En 11 de las preguntas (12, 31, 32, 33, 34, 46, 47, 48, 49, 50 y 56) se ha dejado una opción de respuesta abierta, para nutrir y mejorar la información que se obtendría por parte de los profesionales.

Basándonos en la biografía revisada, se crean las dimensiones de la primera parte del cuestionario, de manera que para identificar el propio síndrome utilizamos diversas preguntas para acotar las características del mismo: Ser una persona mayor o Edad Senil (Pregunta 2), la Autonegligencia personal y el Estado somático del sujeto (Preguntas 6-9), la Sylogomanía y Negligencia Doméstica (Preguntas 10-15), el Aislamiento Social y Reclusión Domiciliaria (Preguntas 3 y 16, 18-21), la conducta de Pobreza Imaginaria (Preguntas 22-24), y finalmente, el Rechazo de ayuda formal e informal (Preguntas 25-28).

Las dimensiones de la segunda parte del cuestionario tratarán de conocer quienes intervienen y quienes deberían intervenir, la coordinación e implicación de administraciones y profesionales, detectar el problema del diagnóstico al que refiere la literatura científica, la especificidad de la intervención del trabajador social y otros datos de intervención (Preguntas 29-56).

Resultados del Estudio

RESULTADOS OBJETIVO ESPECÍFICO 1:

CONOCER EL SÍNDROME DE DIÓGENES. MARCO TEÓRICO

LAS PRIMERAS APROXIMACIONES CIENTÍFICAS

En la década de los 60 la observación de casos de personas mayores con comportamientos huraños que vivían reclusos en sus hogares con abandono del auto cuidado y acumulando grandes cantidades de basura motivó la aparición de los primeros trabajos científicos. Fue el primero el de A.W. Beatson⁷, quién hace una breve reseña en un artícu-

.....
⁷ Beatson A.W. "Imaginary poverty". *British Medical Journal* 6, 1960, pp 468

lo titulado “Pobreza imaginaria”, sobre pacientes que presentaban delirios de pobreza a pesar de tener una economía saneada. Estos evitaban gastar dinero, ya que creían que no iban a tener suficiente para cubrir las necesidades más elementales, mientras derrochaban dinero en lujos inútiles o cosas superfluas. En otra publicación de 1960, Ruth Granick y Frederic Zeman⁸ les llaman “Ancianos Recluidos”, también reseñando estas conductas.

Las primeras descripciones clínicas se deben a Duncan MacMillan y Patricia Shaw⁹, que en 1966 realizan un estudio en el que hacen referencia a las conductas alteradas de 72 personas en edad senil. Éstos toman como eje el fracaso en el mantenimiento de un mínimo de limpieza de su persona y de su casa, con un estudio titulado “Hundimiento Senil”. En este estudio la mitad de las personas eran enfermos mentales graves y la otra mitad eran personas mentalmente sanas. Estos científicos de la salud enviaron instrucciones a los médicos de cabecera para que derivasen sus casos al hospital. En tres años fueron remitidos cientos de pacientes mostrando muchos de ellos distintos grados de deterioro de su conducta sensiblemente patológicos. En sus conclusiones identifican cinco conjuntos de rasgos de personalidad que con frecuencia se presentaban solapados y que quedan representados en la [Tabla 2](#) del estudio de estos autores.

Pero finalmente, esta enfermedad fue bautizada en un breve trabajo, publicado en 1975 por Anthony Clark, Ganesh Mankikar e Ian Gray¹⁰, como “Síndrome de Diógenes”. Los autores escogen este término para aludir gráficamente a estos síntomas de auto-reclusión, aislamiento y auto-abandono en el estilo de vida, en referencia al filósofo y padre del cinismo Diógenes de Sínope (412 a.C. al 327 a.C.).

Este nombre ha sido el reconocido por la comunidad científica a pesar de que posteriormente otros se han acuñado para definir esta situación-enfermedad en diferentes trabajos de investigación. Por ejemplo, el geriatra Jesús Calvo Melendro y sus colaboradores¹¹, en la España de 1976, estudian 25 casos significativos que presentaban alto grado de abandono, suciedad extrema y aislamiento voluntario. Denominan 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 incompreensión ó la postergación social que sufren nuestros mayores. Admiten 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, en 1986, es definido como el “Síndrome de Autonegligencia” por Cybulska y Rucinsky¹², al 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.

En la actualidad se asume el nombre de Síndrome de Diógenes dentro de la comunidad científica, a pesar de los defectos caracterológicos que este nombre pueda añadir a un síndrome tan complejo y de los múltiples bautizos que ha recibido (Ver [Tabla 3](#))

.....
8 Granick R, y Zeman F.D. “The aged recluse: an exploratory study with particular reference to community responsibility”. *Journal Of Chronic Diseases* 12, 1960, pp 636-653.

9 MacMillan, D y Shaw, P. “Senile Breakdown in Standards of Personal and Environmental Cleanliness” *British Medical Journal* 29, 1966, pp 1032-7

10 Clark A.N.G., Mankikar G.D. y Gray I. “Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age” *The Lancet* 15, 1975, pp 366-368.

11 Calvo, J., Sánchez, P. y Vilella, J. “Síndrome de Diógenes: Un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido”. *Actas Dermo Sifiliográficas*, 1976, pp 225-232. y *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 10, 1975, pp 257-263.

12 Cybulska E, Rucinski J. “Gross self-neglect in old age”. *British Journal of Hospital Medicine* 36, 1986, pp 21-25.

En España, el Dr. Jesús José de la Gándara Martín (Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital de Burgos), a partir de dos trabajos publicados en la década de los 90¹³, establece las características clínicas del Síndrome de Diógenes (que profundizaremos más adelante) para tratar de diferenciarlo de otros estados psicopatológicos como son el Síndrome de acumulación compulsiva, los Coleccionistas, el Síndrome de Noé, los Trastornos Obsesivos Compulsivos... de manera que se desvincula también de trastornos mentales y demencias de manera automática, como en un principio se pensaba.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y CONDUCTUALES

Las características asociadas a este síndrome son principalmente valorables en su ambiente y entorno habitual. Partimos de esta premisa, puesto que no tiene porqué estar asociado a un trastorno mental sino más bien a un trastorno del comportamiento personal y social. La bibliografía consultada nos señala que, a menudo, muchos autores han definido las suyas propias.

A partir del estudio de las características del Síndrome de Diógenes que han realizado los autores Jane Scurfield¹⁴, José Antonio Pantoja¹⁵ y Manuel Corbera Almajano¹⁶, (que asume los criterios del Dr. De la Gándara¹⁷), de diferentes orígenes geográficos y de formación previa, así como de la multitud de literatura sobre casos clínicos que he podido adquirir, podríamos concluir con las características más frecuentes e importantes para detectar a una persona que padece Síndrome de Diógenes:

1. Ser una persona mayor o en Edad Senil (mayores de 70).
2. Auto-negligencia personal y Estado somático.
3. Aislamiento Social y Reclusión Domiciliaria.
4. Silogomanía y Negligencia Doméstica.
5. Conducta de Pobreza Imaginaria.
6. Rechazo de ayuda formal e informal.

ETIOLOGÍA

En cuanto a las posibles causas que provocan este tipo de patrón de conducta, existen pocos estudios sobre ello, ya que casi el 80% lo componen descripciones de casos clínicos cuya fundamentación se basa en teorías anteriores y saturan con repeticiones el perfil ya expuesto o bien se centran en describir las excepcionalidades.

Podemos decir que no está claramente definida su etiología y los autores han tratado de dar explicación a la misma con diferentes orígenes: bien a través de la conjunción de tres factores predisponentes: rasgos de personalidad previos, factores estresantes de la

.....
¹³ De la Gándara, J.J. "Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes". *An.Psiquiatría* 8, 1992, pp 21-26 y De La Gándara J.J. "Envejecer en Soledad". Madrid: Popular. 1995.

¹⁴ Scurfield, Jane "Sorting out the Hoarding Issue: The Hamilton & Halton Gatekeepers Programs", Social Housing and Homelessness Conference, Ontario 2009.

¹⁵ Pantoja Paz, J.A. "Intervención del Trabajador Social con personas afectadas por el Síndrome de Diógenes" - VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, Sevilla 2006

¹⁶ Corbera Almajano, M "Síndrome de Diógenes" IX Congreso Nacional de Psiquiatría, Pamplona 2005

¹⁷ De la Gándara, J.J. "Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes". *An.Psiquiatría* 8, 1992, pp 21-26.

edad tardía y la situación de soledad extrema¹⁸. Dando más peso a la soledad¹⁹ o a los rasgos premórbidos de personalidad (en especial los denominados esquizoides-testarudos)²⁰. Bien señalando una enfermedad psiquiátrica de base, como síntomas de psicopatologías floridas, algo que ha sido descartado en los estudios de expertos²¹. Bien por causas orgánicas (atrofia del lóbulo frontal severa, accidente vascular cerebral y hemorragias cerebrales limitadas a la cabeza del núcleo caudado)²², que aparece desde los primeros estudios²³. O bien por un origen genético, como el trastorno de acumulación compulsiva, que también fue descartado sino se veía activado por estresores ambientales²⁴.

El síndrome de Diógenes ha aparecido siempre como entidad diagnóstica más social que psiquiátrica²⁵. Al no aparecer como tal, en los manuales psiquiátricos internacionales (DSM IV y CIE-10) de uso generalizado, nunca se ha acompañado de un diagnóstico claro. Sin embargo, estos datos pueden cambiar, ya que en los nuevos estudios para el futuro manual de enfermedades mentales DSM V²⁶ aparece contemplado el *Hoarding Disorder* o Trastorno Acumulativo o de acaparamiento, dentro de los Trastornos Obsesivos Compulsivos o vinculares. Las razones fundamentales que argumentan para la inclusión de esta nueva categoría diagnóstica en el futuro DSM V son: la gran discapacidad que supone para el sujeto, las consecuencias que este trastorno tiene para la salud pública y finalmente, que su inclusión aumentaría la conciencia social y por tanto mejoraría la identificación de los casos y su diagnóstico, estimulando la investigación y el tratamiento específico de los mismos. Estas es la más interesante para los profesionales.

Dada la indefinición etiológica, podemos resumir, junto con la Dra Olga García López²⁷, que el Síndrome de Diógenes puede originarse por la interacción de todos los factores señalados:

- Formas de ser o patrones de personalidad previos: personas autoritarias, hurañas, independientes, desconfiadas, suspicaces, distantes...
- Factores médicos: bien por causas de enfermedad mental previa de base (psicopatologías), incluso ser una entidad diagnóstica propia e independiente, por discapacidad

.....
18 Delgado Barranco, A.I. "Síndrome de Diógenes ¿Es posible la prevención desde atención primaria?" de los Documentos de SEAPREMUR (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia), pp 3.

Cerezo Ramírez, N y Palma Gois, J.A. "O Síndrome de Diógenes". *Rev. Psilogos del Servicio do Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca de Portugal* 3, 2, 2006, pp 53-54.

Corbera Almajano, M "Síndrome de Diógenes" IX Congreso Nacional de Psiquiatria, Pamplona 2005

19 Rubio Herrera, R. "La soledad de las personas mayores en España" Universidad de Granada. <http://www.psiquiatria.com/noticias/psicogeriatría/43800/> Última entrada 16/09/2012.

20 De la Gándara Martín, J.J. "Envejecer en soledad" Madrid: Popular. 1995. 99 pp.

21 Fábrega Ruiz, C.F. "En las fronteras del autogobierno", Observatorio Hispano-Argentino de los derechos de las personas con discapacidad y situación de vulnerabilidad, Jaén 2009, pp 24.

22 Saiz González, D et al. "Síndrome de Diógenes: hallazgos neurorradiológicos en sustancia blanca. Base Orgánica de las alteraciones del autocuidado en personas de edad avanzada" *Revista Clínica Española* 205:1, 2005, pp 42-43.

Cerezo Ramírez, N y Palma Gois, J.A. "O Síndrome de Diógenes". *Rev. "Psilogos" del Servicio do Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca de Portugal* 3:2, 2006, pp 54.

Clark, J. "Senile squalor syndrome: two unusual cases". *Journal of the Royal Society of Medicine* 92, 1999, pp 138-140.

Rivera Zetina, D.J. et al. "Demencia frontotemporal asociada a Síndrome de Diógenes y dermatitis crónica de difícil control" *Revista Mediagráfica Artemisa* 50:5, 2007, pp 195-198.

Perdigao Stumpf, B y Lopes Rocha, F. "Síndrome de Diógenes. Relato de Caso". *Journal Brasileiro de Psiquiatria* 59:2, 2010, pp 156-159.

23 Gómez-Feria Prieto, I. "Formas clínicas del Síndrome de Diógenes. A propósito de tres casos" *Psiquiatria y Biología* 15:3, 2008, pp 97-99.

24 <http://www.psiquiatria.com/noticias/ansiedad/trobesivo/etiologia/44971/> Fecha de última entrada 16/09/2012.

Mataix-Cols, D. et al. "Prevalence and Heritability of Compulsive Hoarding: A twin study" *American Journal of Psychiatry* 166, 2009, pp 1156-61.

25 Sánchez Pérez, M. "Actualización en Síndrome de Diógenes", 6º Congreso Virtual de Psiquiatria Interpsiquis, 2005.

26 En la actualidad, y desde 1994, se trabaja con el DSM IV en su cuarta edición revisada. El DSM es un Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales que rige los diagnósticos según los criterios de expertos que investigan y conforman la American Psychiatric Association. El nombre DSM, proviene del acrónimo del inglés **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. El primer DSM fue publicado en 1952 y el próximo, que será el DSM V tiene prevista su publicación para mayo de 2013.

27 García López, O. "Síndrome de Diógenes como Paradigma del abandono social. Un acercamiento desde la Psiquiatria" Premio de la Real Academia de Medicina de Sevilla, 2008.

intelectual²⁸ o por causas orgánicas-somáticas, descartando inicialmente causas genéticas.

- Factores biográficos y sociales: como son los factores estresantes de la edad tardía o la soledad extrema.

EPIDEMIOLOGÍA

Según estimaciones hospitalarias realizadas en los únicos estudios con carácter epidemiológico²⁹, 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 (aproximadamente 1.200 nuevos ingresos al año). Otro estudio³⁰ más actual, coordinado por De la Gándara, del Consejo General de Colegios oficiales de Psicólogos de España, se afirma que el 3% de las personas mayores de 65 años tienen riesgo de padecer Síndrome de Diógenes. La incidencia anual en España podría estimarse en unos 3.200 casos nuevos anuales, con una prevalencia probable del 0,5%. Este mismo autor en otra publicación³¹, estima 140.000 personas, como población de riesgo de padecer la enfermedad, indicando que más de 23.000 sujetos son probables “Diógenes”. A pesar de la inquietud que estos casos despiertan entre la sociedad en general gracias a los medios de comunicación y entre los profesionales en particular, su leve incidencia hace que apenas haya estudios epidemiológicos al respecto.

PERFIL

Para determinar el perfil del afectado/a, nos vamos a basar en las informaciones y datos publicados por los autores de los tres mayores estudios, entre los que destacamos a McMillan y Shaw³², a Clark, Mankikar y Gray³³, a Calvo y colaboradores³⁴, a Moore, y al propio De la Gándara³⁵. Podríamos hablar de 115 casos estudiados en total, podríamos concluir el siguiente perfil:

- o Sexo predominantemente femenino (70%).
- o Edad media de 74-75 años.
- o Unidad familiar unipersonal, en especial personas viudas (75%) y solteras (21%).
- o Viven solos (85%).
- o Residencia urbana, predominantemente. Sin embargo, los casos que se detectan en el medio rural, suelen hallarse en peores condiciones.
- o Estado de la vivienda deteriorado y con carencias.

.....

28 Williams H, Clarke R, Fashola Y, Holt G. “Diogenes syndrome in patients with intellectual disability: a rose by any other name?”. *Journal of Intellectual and Disability* 42, 1998, pp 316-20.

29 De la Gándara Martín en 1994 en el Hospital General de Burgos, por McMillan y Shaw en 1966 en el Área asistencial de Nottingham y Sarah Holroyd en 2004 en el Great Londres.

30 Sanz Granados, M.O.; Goñi Labat, A. y otros “Otros trastornos mentales y de conducta que requieren abordaje psiquiátrico” <http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tvarios.htm> Última entrada 16/09/2012.

31 De la Gándara Martín, J.J. “Envejecer en soledad” Madrid: Popular. 1995. 95 pp.

32 MacMillan, D y Shaw, P. “Senile Breakdown in Standards of Personal and Environmental Cleanliness” *British Medical Journal* 29, 1966, pp 1032-7.

33 Clark A.N.G., Mankikar G.D. y Gray I. “Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age” *The Lancet* 15, 1975, pp 366-368

34 Calvo, J., Sánchez, P. y Vilella, J. “Síndrome de Diógenes: Un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido”. *Actas Dermo Sifiliográficas*. 1976. pp 225-232. y *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 10, 1975, pp 257-263.

35 De la Gándara Martín, J.J. “Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes” *An. Psiquiatría* 8, 1992.

- o Actitud de desprecio ó infrutilización de los recursos económicos personales o ayudas sociales: Pobreza Imaginaria³⁶.
- o Lamentable estado somático y sanitario. Deficiencias ó carencias nutricionales.
- o Ausencia de enfermedad mental (73,4%).

EVOLUCIÓN E INTERVENCIÓN

La intervención de los agentes socio-sanitarios a lo largo de los años ha determinado una evolución en estos enfermos, los textos nos refieren que:

- o *“Se da una alta mortalidad a corto plazo. El 50% fallece en no más de 4 años, por trastornos somáticos, desnutrición y mal estado general. El 25% de estos casos mueren en 3 semanas. El 18% fallece en dos años”*³⁷.
- o *“El 46% de los casos pasa por un ingreso hospitalario”*³⁸. Este ingreso *“suele estar motivado por una crisis de sus enfermedades físicas o por alteraciones de la conducta, mediante la intervención, casi siempre, de los agentes sociales, o por la presión de los vecinos o familiares.”*³⁹
- o El 10% pasan a hospitalización crónica o ingreso residencial.
- o El 30% requieren unidades de hospitalización parcial u hospitalizaciones a domicilio.
- o Un porcentaje pequeño continúa solo en espera de una crisis que conlleva una intervención urgente. En defecto de esta, requieren un seguimiento prolongado de los servicios sociales y sanitarios por la tendencia de los pacientes a regresar a sus condiciones de vida previas.
- o *“Más del 40% de los casos ha rechazado todo tipo de ayuda, por lo que se dispara el riesgo de morir en soledad en sus domicilios, especialmente entre los varones”*⁴⁰.

La posibilidad de lograr su ingreso en un centro residencial o una hospitalización de larga duración viene predeterminada en la mayoría de casos de una orden judicial de ingreso involuntario. Ésta es muy difícil de lograr debido al principio de la autonomía del paciente⁴¹ y por el respeto exquisito de los juzgados ante la posible incapacitación de personas sin un diagnóstico médico claro e incapacitante. En caso de carecer de familia o abandono por esta, será el profesional de la administración, obligado por la Ley de Enjuiciamiento Civil⁴², quien debe denunciar ante la fiscalía cualquier situación de riesgo para proponer medidas de protección o valorar su capacidad⁴³. Las medidas de protección personal pueden ser:

- » Un ingreso definitivo en un centro de mayores y/o discapacitados, o lo que algunos juristas llaman *“Internamiento necesario”*, que va dirigido a los ancianos o discapacitados que carecen de familiares y que se encuentran en una situación de riesgo por

.....

36 Beatson AW. “Imaginary poverty”. *British Medical Journal* 6, 1960, pp 468.

37 O’Brien, J y Smock, M.D. “Elder self neglect” Atlantic Philanthropies Grant. University of Louisville Conference of Geriatrics. 15 de Diciembre de 2009.

38 O’Brien, J y Smock, M.D. “Elder self neglect” Atlantic Philanthropies Grant. University of Louisville Conference of Geriatrics. 15 de Diciembre de 2009.

39 Toledano González, L. “Trabajo Social en Domicilios de Ancianos” Barcelona: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña. 2009. 147 pp.

40 De la Gándara Martín, J.J. “Envejecer en soledad” Madrid: Popular. 1995. 83 pp.

41 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

42 Ley 1/2000 de 7 de enero de Reforma de la Ley de enjuiciamiento Civil. Art 757.3 “Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal”

43 Toledano González, L. “Trabajo Social en Domicilios de Ancianos” Barcelona: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña. 2009. 153 pp.

vivir en unas condiciones inhumanas debido a la imposibilidad de tomar decisiones libres en su vida diaria y atender a su cuidado personal.

- » Un ingreso hospitalario no voluntario, para su valoración y tratamiento⁴⁴: por razón de trastorno psíquico con finalidad terapéutica⁴⁵, ante la imposibilidad de tratamiento ambulatorio por abandono social, en beneficio del paciente, para proteger a terceras personas⁴⁶ o por incompatibilidad social (criterio de asistencia: riesgo de incapacidad para realizar las tareas de cuidado más necesarias)⁴⁷, como refieren diferentes expertos en Derecho Civil.
- » Auto de entrada en la vivienda, bien para proceder al reconocimiento de la persona y/o de la vivienda, así como un auto posterior para la limpieza de la misma⁴⁸.

Tras la hospitalización, tanto voluntaria como involuntaria, la mayor parte de los casos regresan a su domicilio, una vez se ha producido la limpieza del mismo por los servicios de limpieza locales (de Ayuntamientos y Diputaciones). Desde ese momento, los profesionales socio-sanitarios han de realizarle un seguimiento continuo, tratando de apoyarlo con servicios de cercanía (tales como la Ayuda a Domicilio, la Teleasistencia, la asistencia Médica a Domicilio...) y visitas domiciliarias periódicas que actuarán de una manera preventiva y educativa.

TIPOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre los distintos estudios de casos, los autores⁴⁹ enumeran diferentes categorías o tipologías de personas que acumulan.

Según su comportamiento respecto a la acumulación de objetos:

- o el tipo *Activo o recolector de objetos* que acumula en su domicilio.
- o el tipo *Pasivo* que se deja invadir por el acumulo de la propia basura que genera.

Según el tipo de objetos que acumulen los llamados Activos:

- o *Generalistas*, si acumulan diversos objetos sin clasificación (ropa, periódicos, botes, bolsas de plástico, electrodomésticos...) y finalmente basura, cuando el volumen es muy grande.
- o *Especialistas*, cuando acumulan una tipología de objeto específica

Las personas que padecen Síndrome de Acumulación o Acumulación Compulsiva suelen ser normalmente personas jóvenes y adultas, pero la diferencia esencial, del Síndrome de Diógenes con respecto a los que padecen de acumulación compulsiva, “es que

.....

44 Ley 1/2000 de 7 de enero de Reforma de la Ley de enjuiciamiento Civil. Art 763 “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento”.

45 Sillero Crovetto, B. “Capítulo II: El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico” en Lasarte Alvarez, C “La protección de las personas mayores” Madrid: Tecnos. 2007. 167 pp.

46 Sillero Crovetto, B. “Capítulo II: El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico” en Lasarte Alvarez, C “La protección de las personas mayores” Madrid: Tecnos. 2007. 170 pp.

47 Fábrega Ruiz, C.F. “En las fronteras del autogobierno”, Observatorio Hispano-Argentino de los derechos de las personas con discapacidad y situación de vulnerabilidad. Jaén 2009. 36 pp.

48 Fábrega Ruiz, C.F. “En las fronteras del autogobierno”, Observatorio Hispano-Argentino de los derechos de las personas con discapacidad y situación de vulnerabilidad. Jaén 2009. 24 pp.

49 Scurfield, Jane “Sorting out the Hoarding Issue: The Hamilton & Halton Gatekeepers Programs”, Social Housing and Homelessness Conference, Ontario 2009.

Lahera, G et al. “Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora” Actas de Psiquiatría 34: 6, 2006, pp 403-407.

50 Lahera, G et al. “Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora” Actas de Psiquiatría 34: 6, 2006, pp 403-407.

éstos últimos no descuidan su higiene personal ni su aspecto”⁵¹, pero hay otras más sutiles (Véase Tabla 4⁵²). Las causas de este Síndrome de Acumulación también son diferentes a la etiología del Síndrome de Diógenes⁵³. A lo largo de las referencias de artículos científicos, hay autores⁵⁴ que se esfuerzan en realizar el diagnóstico diferencial de este Síndrome de Acumulación y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) por algunas conductas de atesoramiento de estos pacientes, como un ritual más. Otros diferencian la acumulación como consecuencia de la compra incontrolada (ropa, pequeños electrodomésticos...), o el coleccionismo compulsivo (entendiéndolo como el intento de acaparar todo cuanto es posible encontrar relativo al objeto de esa afición).

Otro debate en relación a la tipología de Síndrome de Diógenes se centra en la asociación o no de una enfermedad mental. Hay autores⁵⁵ que hablan de: Síndrome de Diógenes Primario (sin patología psiquiátrica asociada) y Síndrome de Diógenes Secundario (con patología psiquiátrica asociada).

La aportación más reciente, es la de Gómez-Feria⁵⁶, al referirse al Síndrome de Diógenes como una forma clínica de conducta acumuladora., en tres formas clínicas:

1. *Diógenes primario*, con una etiología en la que interaccionan los tres factores predisponentes: rasgos de personalidad previos, factores estresantes de la edad tardía y la situación de soledad extrema, sin la asociación de enfermedad mental. Para algunos el único Síndrome de Diógenes posible.
2. *Diógenes en pacientes con demencia senil*. En este tipo de síndrome de Diógenes los sujetos son diagnosticados de demencias frontotemporales.
3. *Diógenes secundario o falso Diógenes o Diógenes pasivo*. Producido por la incapacidad de limpieza de si mismo y de la casa como consecuencia de una enfermedad física (parálisis, artrosis, cardiopatía severa), mental (depresiones, demencias, adicciones, esquizofrenias...) o ambas.

Algunas hipótesis se salen de estas diatribas, como la de Post⁵⁷, que sugiere que el Síndrome de Diógenes supondría en definitiva el estadio final de un trastorno de la personalidad. En estos casos la personalidad pre-mórbida 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, que defiende De la Gándara.

.....
51 Pertusa, A; Menchon, J.M y Mataix-Cols, D “Compulsive Hoarding: OCD Symptom, Distinc Clinical Syndrome, or both?” *American Journal of Psychiatry* 165, 2008, pp 1289-1298.

52 Prieto Fernández, Antonio “Curso de Especialista de Salud Pública Municipal”, Madrid: Salud IMGRAF. 2008. 19 pp.

53 Frost, R.O. “When Hoarding causes suffering. Working together o address a multifaceted problem” Conference at Medical College of Cornell University. 19/01/2004

54 Holroyd, S. “Hoarding and how to approach it”, Guide for Environment Health Officers, Psychiatry Royal Society of Medicine. London 2004

55 García López, O. “Síndrome de Diógenes como Paradigma del abandono social. Un acercamiento desde la Psiquiatría” Premio de la Real Academia de Medicina de Sevilla, 2008.

Corbera Almajano, M “Síndrome de Diógenes” IX Congreso Nacional de Psiquiatría, Pamplona 2005

Dell’Aquila G; Radichia, V; Cherubini, A y Senin, U. “Síndrome di Diogene” *Revista Psicogeriatría* 3, 2007, pp 45-50. Toledano González, L. “Trabajo Social en Domicilios de Ancianos” Barcelona: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña. 2009. 145 pp.

56 Gomez-Feria Prieto, I. “Formas Clínicas de conductas acumuladoras” *Revista Psiquiatría y Biología* 16:3, 2009, pp 122-130.

Gomez-Feria Prieto, I. “Síndrome de Diógenes” *Formación Médica Continuada*18:1, 2011, pp 4-17.

57 Frost RO, Hartl TL. “A cognitive-behavioral model of compulsive hoar-ding”. *Revista Behavior Restaurance Therapy* 34:3, 1996, pp 341-50.

SÍNDROMES ASOCIADOS

- 1.- Síndrome de Crates⁵⁸ e Hiparquía⁵⁹: Se habla de este síndrome, cuando ambos miembros de una pareja presentan “conductas tipo Diógenes”. Desde el punto de vista psiquiátrico pueden presentar o no patología. Si la presentan, suele ser una enfermedad delirante paranoide compartida: “Folie a deux”. A esta modalidad del síndrome se le ha denominado: Síndrome de Crates e Hiparquía, en honor de los dos cínicos seguidores de Diógenes.
- 2.- Síndrome de Noé⁶⁰: Es una patología que lleva a un sujeto a acumular en casa un número desmesurado de animales de compañía, normalmente una sola especie, (los gatos son los más afectados y los que más abundan en el estereotipo, puesto que son más sencillos de coger y de tener en grupo que los perros), no dándoles una atención mínima, ni adecuada.

RESULTADOS OBJETIVO ESPECÍFICO 2:

CONOCER COMO SE ESTÁ INTERVIENIENDO CON EL SÍNDROME DE DIÓGENES EN LA PROVINCIA DE SORIA. LA PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN

Para ofrecer los resultados de los cuestionarios, vamos a acercarnos a ellos en dos partes: por un lado las características sociodemográficas (de las preguntas 1 a 28) para saber si las características de los sujetos elegidos por los trabajadores sociales se ajustan al perfil y a las características sociales y/o conductuales que enumeran los expertos. Por otro lado la intervención realizada (de las preguntas 28 a 56) para poder extraer datos que iluminen la propuesta de protocolo.

A) PERFIL DE LA MUESTRA

Como podemos ver en la [tabla 5](#), los sujetos estudiados (elegidos por los profesionales) cumplen la mayoría de las características sociodemográficas y clínicas generales del perfil marcado por los expertos, por lo que podríamos dar como válida la muestra, aunque existiría una limitación en el ítem de estado civil.

Respecto a las características sociales y conductuales (véase [tabla 6](#)), inicialmente la población estudiada cumple mayoritariamente el perfil, aunque hay que tener en cuenta que el análisis de las características sociales de los mismos, nos demuestra que no todos los sujetos estarían en el mismo estadio o fase del mismo, por la intensidad de cumplimiento de las características. Por esta razón, para facilitar el análisis, y en base a las preguntas que se asocian a cada característica, hemos dividido a los sujetos en dos grupos de edad: mayores de 70 años (n=19) y menores de 70 años (n=11) (ver [tabla 7](#)); es por ello que, de las seis

.....
58 Crates procedía de una familia acomodada, pero renunció a sus riquezas para ajustarse a sus ideas filosóficas y encontrarse libre. Decía que su patria era su pequeñez y su pobreza. Estimaba necesario que el hombre fuese frugal en todo y que limitase al máximo sus necesidades, con lo cual se evitarían los mayores conflictos humanos. Según él, la felicidad sólo podía alcanzarse si observamos un estilo de vida frugal en todas sus manifestaciones, tanto las materiales como las anímicas o afectivas.

59 Hiparquía, hermana de Metrocles -otro cínic- quedó prendada de Crates. Al principio este se resistió a esta relación, pero todos sus esfuerzos fueron vanos. En una ocasión llegó a presentarse desnudo ante ella, para demostrarle así cuán poco podía ofrecerle, al tiempo que le decía: “Este es el novio, ésta tu hacienda, delibera ante esta situación; porque no vas a ser mi compañera si no te haces con los mismos hábitos”. Hiparquía, igualmente que Crates, renunció a sus riquezas y eligió marcharse con Crates de por vida, tomando su mismo hábito como una verdadera esposa. Al parecer vivieron muchos años juntos hasta hacerse viejos y siempre se mantuvieron fieles a su filosofía.

60 Noé según el Antiguo Testamento, fue un profeta elegido por Dios como hombre justo para construir un Arca donde protegería a las distintas especies del Diluvio Universal, de esta manera Dios le ordenó que refugiara en la misma a una pareja de cada especie para después repoblar la tierra.

características que asumimos en el marco teórico, hemos descartado la relativa a la edad (Ser una persona mayor o en Edad Senil), puesto que los profesionales de la muestra han podido elegir a casos de personas más jóvenes, (por ser si cabe más llamativos), al igual que los expertos que exponen sus casos en revistas científicas.

Consideraremos tres fases o estadios en función del cumplimiento de las cinco características restantes⁶¹ por los sujetos analizados:

- 1.- Síndrome de Diógenes de Alto Riesgo – Cumplen 5 características.
- 2.- Síndrome de Diógenes de Riesgo Medio – Cumplen 4 características.
- 3.- Síndrome de Diógenes de Bajo Riesgo – Cumplen 3 características.

No serán Síndrome de Diógenes, los sujetos que cumplan dos o una de las características.

De los 30 casos estudiados, 23 casos podrían considerarse personas afectadas por el Síndrome de Diógenes, tanto de Alto Riesgo, como de Bajo Riesgo, con un total de 16 sujetos en edad senil y de 7 sujetos menores de 70 años, con los que debería trabajarse intervención, mientras que las 7 personas restantes precisarían de trabajo mediante prevención. Es decir, de los sujetos seleccionados, padecerían Síndrome de Diógenes el 84% de los sujetos en edad senil y el 63% de los sujetos menores de 70 años.

B) INTERVENCIÓN REALIZADA Y NECESIDADES DE INTERVENCIÓN

B.1 Agentes implicados en la detección de los casos:

La primera información sobre los casos (pregunta 29) se la dan, al Trabajador Social, bien otros profesionales o bien los vecinos (37%, respectivamente). Estos vecinos no suelen denunciar por evitar conflictos (40%) y los que denuncian lo hacen de manera oral o informalmente (23%), sólo en una cuarta parte de los casos se producen denuncias por escrito (p.35). Por otro lado, raramente la familia es la primera en informar sobre el problema (10%), pero a la hora de implicarse en la resolución del caso (p.30), es uno de los agentes que se implican (23%), por detrás de los vecinos (25%) y otros profesionales (45%).

B.2 Profesionales que intervienen/participación multidisciplinar

Al analizar los resultados obtenidos acerca de qué profesionales intervienen (p.31) y quienes deberían intervenir (p.32), obtenemos que los profesionales del Trabajo Social reclaman una mayor participación por parte de los médicos de familia (30%), los médicos especialistas (36%) y los profesionales de enfermería (26%), pero especialmente por parte de la coordinación sociosanitaria (66%). Es decir que valoran la necesidad de un mayor compromiso en la intervención por parte de los profesionales sanitarios en general (p.38). En menor medida, se reclama también el compromiso de los jueces y fiscales (10%), así como de las Fundaciones Tutelares (13%). Además de incluir en estas intervenciones a ONG's y peones de limpieza.

B. 3 Intervención de las administraciones

Paralelamente, preguntados por qué Administraciones intervienen (p.33) y cuáles debe-

.....
61 (1) Aislamiento Social y Reclusión Domiciliaria, (2) Auto-negligencia personal y Estado somático, (3) Silogomanía y Negligencia Doméstica, (4) Conducta de Pobreza Imaginaria y (5) Rechazo de ayuda formal e informal.

rían intervenir (p.34), nos encontramos con una nueva llamada de atención a los Servicios Sanitarios tanto de atención primaria (43%), como especializada (26 %). Nos aportan otros servicios de la administración que han de participar en la intervención, como los servicios de limpieza del Ayuntamiento o el arquitecto municipal y se asume que desde los Servicios Sociales se interviene siempre. Con un salto cuantitativo importante, desean un mayor compromiso de la Administración de Justicia (44%). Algo que contrasta con su valoración elevada de la necesidad de la intervención de la Justicia, tanto en pasado como en futuro (p.39), para la mayor parte de los casos (72%), bien sea para valorar la incapacitación judicial, autorizar un ingreso involuntario, el acceso al domicilio o la limpieza del mismo, que suele ser imposible en un 40% de los casos (p. 42). Sin embargo, en la valoración del compromiso y colaboración (p.40) por parte de los profesionales de la Justicia, no se concluyen datos determinantes, sino que más bien cada uno refiere a una experiencia propia, que es diversa.

B.4 Diagnóstico de enfermedad mental

En relación al diagnóstico de enfermedad mental (p.36), la mitad de los casos estudiados nunca acudió a salud mental, privándonos de conocer conclusiones al respecto. Del 50% restante, sólo un 33% tuvieron un diagnóstico. De estos 10 casos que sí obtuvieron diagnóstico (p.37), cuatro presentan varios trastornos conjuntos y entre ellos, tres tienen diagnosticado un Síndrome de Diógenes que se asocia a otro, principalmente demencias o trastornos de personalidad. Los seis casos restantes diagnostican esquizofrenia principalmente.

B.5 Intervención de los Trabajadores Sociales

Los objetivos que se plantean los trabajadores sociales en las intervenciones (p.49) son principalmente la reconstrucción social e integración de la persona en su entorno habitual (37,5%), así como dotar de un alojamiento alternativo definitivo al sujeto (33,3%) y evitar conflictos sociales o vecinales (16,6%). Para ello asumen dos roles profesionales principalmente (p.50), el de mediador comunitario y/o familiar (41%), y el de gestor de recursos (35%), seguido por el resto de roles de manera menos habitual como el de acompañamiento personal y counseling (11%).

Las intervenciones de los trabajadores sociales con las personas que padecen Síndrome de Diógenes (p.47) se orientan principalmente a la gestión de recursos (30%), sin duda el mayor vicio de la profesión. Pero también como hemos mencionado anteriormente, a buscar el compromiso familiar para favorecer la integración social del sujeto y la propia intervención (25%). En menor medida, a procurar el derecho de autodeterminación (20%) y la mediación comunitaria (15%), proponiendo los profesionales una intervención orientada a la creación de una red de alarma y la coordinación con otros dispositivos.

Para ello, la metodología propia que usan estos profesionales (p.48) es principalmente el trabajo social en red (41%), en el que buscan el compromiso de todos los profesionales, pero principalmente de los agentes del entorno del sujeto (vecinos, familias, ong's...) para lograr una intervención de éxito a través de la creación de una "tela de araña", una red social que acompañe y sostenga al sujeto. También tiene considerable presencia el trabajo social de casos o casework (23%), que trata del trabajo personal con el individuo, la primera metodología que se sistematizó en la profesión gracias a Mary Richmond⁶². Y también el

.....
62 Richmond, M.E. "El Caso Social Individual". Madrid: Talasa. 1995.

trabajo social sistémico (21%), que fundamentado en la teoría de sistemas, intervienen directamente en las familias del sujeto, considerando que en ellas está el problema y no en la conducta del sujeto que es simplemente un síntoma⁶³.

La *temporalidad de las intervenciones* con estos casos presenta una alta duración (p.41) ya que más de la mitad duran más de dos años. Se trata de intervenciones largas, razón por la cual el 32% de las mismas no se ha cerrado todavía (p.51). Aquellas que sí se han cerrado, se debe principalmente a ingresos residenciales (32%). La siguiente causa de cierre es el fallecimiento del usuario (15%), lo que no es de extrañar teniendo en cuenta el riesgo para la salud que suponen los comportamientos y los entornos de las personas que padecen este Síndrome. Los profesionales consideran que la intervención se cerró satisfactoriamente en la mayor parte de los casos (p.52), bien sea por el ingreso en residencia, el ingreso hospitalario, el compromiso familiar o por otras causas que no facilitan. Hasta el punto de que en el 70% de los casos los trabajadores sociales que han participado en el estudio consideran que su intervención profesional ha sido determinante en la resolución del caso al haber asumido el rol principal de la intervención y habiendo aportado un compromiso personal en el mismo (p.53).

Los trabajadores sociales utilizan como *instrumento* básico de sus intervenciones las visitas domiciliarias, encontrando normalmente en estos sujetos problemas de acceso al domicilio (30%) o con un acceso muy limitado en contadas ocasiones (p.43). Esta suspicacia y recelo hacia el profesional de la acción social, hace que se activen más las alarmas de la situación personal del sujeto. La percepción de los profesionales es que solo uno de cada diez sujetos valora sus visitas de manera positiva (p.44), generando principalmente recelos y desconfianza. Aunque las visitas e intervenciones de los trabajadores sociales son percibidas por estos como mejor acogidas que las de otros profesionales, si lo comparamos con la pregunta siguiente (p.45). Algunos podrían concluir que se debe a un elevado autoconcepto de los trabajadores sociales, pero quizás se deba más bien a que esta profesión tiene entre sus herramientas el desarrollo de las habilidades sociales, entre ellas la empatía y el saberse poner al nivel de sus usuarios para empoderarlos.

B.6. Necesidad de instrumentos de valoración e intervención.

La mayor parte de los Trabajadores Sociales (83,3%) consideran que es necesaria una escala de valoración social para una detección ágil y eficaz de los casos (p.54). Y todos ellos consideran que es necesario un Protocolo de intervención inter-administrativa e interprofesional (p.55) que facilite y unifique las estrategias de intervención con estos casos. Aunque no están del todo de acuerdo en el orden que han de seguir las intervenciones de los profesionales (p.46), la mayoría de los mismos, el 70%, considera que el orden ha de ser “Social, Salud, Jurídica, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad”, seguido muy de lejos por la relación: “Salud, Social, Jurídica, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad”, con el 26,6%.

Finalmente, al ser cuestionados sobre la existencia de un recurso específico para estos casos (p.56), una mínima parte de los mismos, el 13,3% considera que sí existe este recurso y nombran un Centro de Reinserción Social Integrado que trate la patología para que posteriormente vuelva a su entorno, aunque no existe en la provincia de Soria. Otros nombran la Coordinación Sociosanitaria efectiva, aunque la coordinación efectiva puede ser una útil herramienta, no puede ser considerada un recurso en sí mismo, a no ser que dispusiera

.....
63 Campanini, A. y Luppi, F., “Servicio Social y Modelo sistémico. Una perspectiva para la práctica cotidiana”. Buenos Aires: Colección Terapia Familiar 49, Paidós. 1991. 123-124 pp.

de plazas propias y específicas en centros sociales o sanitarios. Por otro lado, el 86,6% de los profesionales considera que no existen recursos específicos y proponen diferentes alternativas, como serían: la existencia de un servicio de limpieza público que garantizara la salubridad de las viviendas, de plazas de alojamiento alternativo temporal en las que residieran los usuarios mientras se procede a la limpieza del domicilio, pero también en las que el sujeto pueda recibir tratamiento. En caso de regreso al domicilio, proponen la formación y existencia de un Educador Social o Familiar que acuda periódicamente al domicilio, realizando entrevistas para el cambio y seguimientos, lo cual supondría la existencia de un servicio de ayuda a domicilio especializado y formado. Por otro lado consideran que una buena herramienta de trabajo sería un Servicio Especializado en Justicia, que se coordinara con Servicios Sociales, el propio Protocolo inter-administrativo y multiprofesional, así como unas tutelas efectivas y no meramente económicas.

DISCUSIÓN

Al comenzar la presente investigación, asumimos que el Síndrome de Diógenes es un problema poliédrico de difícil acotación a causa de la indefinición médica generalizada. Sin embargo, al haberse considerado a lo largo del tiempo una entidad de diagnóstico social, en relación a los comportamientos, este estudio cuenta con dos fortalezas importantes: se ha desarrollado con los profesionales expertos en “lo social” (trabajadores sociales) y en un entorno (Soria), que por sus características sociodemográficas (con una red social informal, de compañía y control, enormemente debilitada), hace que cuente con un desarrollo importante de la red social formal de servicios y de control (socio-sanitarios), que trata de sustituir a la escasa primera, dota a esta muestra de un buen número de profesionales sociales y sanitarios. Además se ha contado con un alto porcentaje de respuesta por parte de los Trabajadores Sociales de la Provincia de Soria que puede ofrecer resultados significativos. Nos hemos encontrado con un feed-back de 31 cuestionarios, aunque uno de ellos ha tenido que ser desechado por su deficiente cumplimentación, por lo que nos encontramos con una muestra significativa de 30 cuestionarios, de los 35 enviados inicialmente.

Una vez unificada la producción científica y comparada con los datos obtenidos en el estudio, hace que a través de la investigación descartemos la edad senil como criterio diagnóstico⁶⁴, si bien esta característica está íntimamente relacionada con los factores estresantes de la edad tardía y la soledad⁶⁵, pueden darse estos factores en otros perfiles de sujetos más jóvenes. Apoyamos desde esta investigación, la línea de trabajo del grupo DSM V⁶⁶, para incluir el trastorno de acaparamiento en los manuales diagnósticos, como enfermedad mental diferenciada, incluyendo al síndrome de Diógenes cuando se acapara basura y objetos de escaso valor, por una razón más, que es asegurar la intervención de las fiscalías a través de la figura del internamiento necesario⁶⁷. Considerando al Síndrome de Diógenes, como forma de vida autonegligente, una forma de maltrato y ante la cual las

64 De la Gándara, J.J. “Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes”. An.Psiquiatría 8, 1992, pp 21-26 y De La Gándara J.J. “Envejecer en Soledad”. Madrid: Popular. 1995.

65 García López, O. “Síndrome de Diógenes como Paradigma del abandono social. Un acercamiento desde la Psiquiatría” Premio de la Real Academia de Medicina de Sevilla, 2008.

66 En la actualidad, y desde 1994, se trabaja con el DSM IV en su cuarta edición revisada. El DSM es un Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales que rige los diagnósticos según los criterios de expertos que investigan y conforman la American Psychiatric Association. El nombre DSM, proviene del acrónimo del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. El primer DSM fue publicado en 1952 y el próximo, que será el DSM V tiene prevista su publicación para mayo de 2013.

67 Fábrega Ruiz, C.F. “En las fronteras del autogobierno”, Observatorio Hispano-Argentino de los derechos de las personas con discapacidad y situación de vulnerabilidad, Jaén 2009. 24 pp.

administraciones públicas han de generar protección.

A la hora de realizar una discusión del estudio de campo, debemos hacer referencia a la hipótesis inicial y a las variables a partir de las cuales se diseñó la investigación. En base al análisis de los datos obtenidos podemos concluir que éstos confirman la hipótesis, porque la confirmación de las tres variables independientes, se correlaciona con la variable dependiente.

Podemos confirmar la carencia de preparación profesional específica, tanto de los trabajadores sociales como del personal sanitario, debido principalmente al deficiente diagnóstico social por parte de los primeros y a la ausencia de diagnóstico clínico estandarizado para los segundos.

Se confirma también la carencia de cooperación interdisciplinar e interadministrativa, reclamando los técnicos una mayor participación y compromiso en la intervención por parte de los profesionales sanitarios y jurídicos, considerando su intervención de vital importancia. Señalan además a los recursos de la propia administración local que puede cooperar fuera del ámbito social como son los servicios de limpieza del Ayuntamiento, el departamento de urbanismo con el arquitecto municipal y las Fuerzas de Seguridad (Policía Local y Guardia Civil, principalmente). Sin una cooperación interdisciplinar e interadministrativa adecuada es inviable una intervención de éxito ya que se ve afectada la variable dependiente, produciéndose un déficit de tratamiento adecuado de estos ciudadanos.

Esta última variable dependiente, se ve afectada por la variable interviniente, que es la falta de recursos y protocolos específicos de intervención. La mayor parte de los profesionales consideran que no existen, lo cual puede condicionar a la variable dependiente, propiciando esa falta de tratamiento adecuado para los afectados por el Síndrome de Diógenes. Es de agradecer a los profesionales sus propuestas que básicamente se dirigen a una especialización dentro de los recursos existentes, de manera que, en tiempos de dificultades económicas especialmente, quieren aprovechar los recursos existentes en lugar de nuevos recursos utópicos para un perfil de baja incidencia como es este. Estos recursos serían:

- Una Coordinación Sociosanitaria efectiva: Ésta tendrá en los Equipos de Coordinación de Base Sociosanitarios una herramienta útil de coordinación y puede ser además un recurso si dispusiera de plazas propias y específicas en centros sociales o sanitarios.
- La existencia de un servicio de limpieza público: que garantizara la salubridad de las viviendas para estos casos en las corporaciones locales.
- Plazas de alojamiento alternativo temporal: En las que residieran los usuarios mientras se procede a la limpieza del domicilio, pero también en las que el sujeto pueda recibir un tratamiento reeducativo adecuado y específico.
- Educadores Sociales o Familiares con una formación específica: Estos profesionales trabajarán en el domicilio, a través de entrevistas para el cambio y seguimientos, como un equipo específico dentro de los Servicios de Ayuda a Domicilio que prestan las corporaciones locales en el marco de las prestaciones sociales básicas.
- Un Servicio Especializado en Justicia para la protección jurídica de las personas con su capacidad de obrar y decidir afectada: Este servicio con profesionales de la justicia que adquieran una especialización podría coordinarse con los Servicios Sociales y Sanitarios, así como asegurar unas tutelas efectivas y no meramente económicas.

En este punto los profesionales del Trabajo Social han mostrado unanimidad al valorar la necesidad de un protocolo de actuación específico para estos casos, que facilite y unifique las estrategias de intervención. Respecto al orden del mismo, a pesar de que mayoritariamente se muestran favorables al continuum “Social, Salud, Jurídica, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad”, el orden “Salud, Social, Jurídica, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad” también tiene su representación. Por lo que podemos concluir que el mayor esfuerzo inicial de intervención corresponde a los profesionales y administraciones de Servicios Sociales y Salud.

Un Protocolo de Intervención inter-administrativa y multiprofesional era un objetivo de nuestra investigación desde sus orígenes. El Síndrome de Diógenes, desde su complejidad, necesita una intervención multiprofesional e interadministrativa como se ha demostrado previamente. Bien sea por las consecuencias de salud pública o por la responsabilidad pública sobre el maltrato en general y a los mayores en particular (en este caso auto-negligencia), se pretende proponer una estrategia a la que puedan adherirse todas las administraciones, que conlleve el compromiso del trabajo en equipo de sus profesionales. Para lo cual se elabora un protocolo, que se adjunta en el [Anexo 2](#).

Finalmente para responder en el crecimiento de la disciplina del Trabajo Social, como agradecimiento a la colaboración de los Trabajadores Sociales, principales protagonistas subsidiarios de esta investigación, pueden extraer ciertas conclusiones prácticas para mejorar su propia intervención desde su especificidad profesional, como son las siguientes:

- Las visitas domiciliarias, a pesar de las dificultades de acceso a las viviendas de las personas que padecen Síndrome de Diógenes, han de constituirse como herramienta básica de la intervención y su aportación específica al trabajo multidisciplinar. Los obstáculos de estos individuos, además de hacer saltar las alarmas, supondrán un sobreesfuerzo en la intervención. Tendrán que insistir en las mismas y tratar de generar espacios de confianza y complicidad, para poder realizar un acompañamiento de calidad y calidez, que permita empoderar al sujeto y hacerle ver la problemática personal y social que lleva aparejado su comportamiento. Este Trabajo Social de Casos podría llegar a propiciar el derecho de autodeterminación del sujeto si es capaz de adquirir ciertos compromisos de cambio.
- La mediación familiar y social será una de las intervenciones específicas a realizar por estos profesionales. Uno de los objetivos en el horizonte de las mismas será buscar el compromiso familiar para favorecer la integración social del sujeto y la propia intervención. Otro de los objetivos será lograr la cooperación de los vecinos tratando de generar una sinergia positiva alrededor de la intervención profesional y los pequeños cambios del sujeto. Así como una red de alarma que permita conocer a los profesionales los sucesos significativos: ingresos hospitalarios, búsqueda de basura en contenedores, periodos en los que el sujeto no salga de casa...
- La metodología propia que podrían utilizar los trabajadores sociales será el trabajo social en red, en el que busquen el compromiso de las redes formales (todos los profesionales intervinientes: médicos y enfermeras de atención primaria, fiscales, ong's, psiquiatras...) y de las redes informales de apoyo (vecinos y familias). Esta metodología, a pesar de verse complementada por otras (sistémica, de casos...) se plantea como la más adecuada al fundamentarse en el compromiso personal y profesional que muestran los Trabajadores Sociales ante este tipo de problemáticas. En ella se convierten en coordinadores de caso que tratan de que las diferentes disciplinas tra-

bajen en equipo en pos del bienestar y protección del sujeto, bien para que el sujeto permanezca en el domicilio con recursos de apoyo o para buscar un alojamiento alternativo, apareciendo aquí su rol de gestor de recursos.

Conclusiones

Los datos obtenidos confirman la hipótesis, ya que la confirmación de las tres variables independientes (carencia de preparación profesional específica y de cooperación interdisciplinar e interadministrativa), se correlaciona con la variable dependiente (falta de tratamiento adecuado para los afectados por el Síndrome de Diógenes). Se confirma también la variable interviniente (falta de recursos y protocolos específicos de intervención) como una de las necesidades que reclaman la mayor parte de los profesionales.

En este estudio ponemos en relieve las propuestas de los profesionales para mejorar la eficiencia de los recursos disponibles y ofrecemos a los trabajadores sociales recomendaciones prácticas para mejorar su propia intervención desde su especificidad profesional.

Por último ofrecemos una propuesta de protocolo de actuación inter-administrativa y multiprofesional para la atención e intervención social con personas que padecen el Síndrome de Diógenes.

Propuestas de investigación

Finalmente, la implicación práctica que esta conclusión abre nuevas líneas de investigación o propuestas:

- » Una escala de Valoración Social para una detección ágil y eficaz de los casos.
- » Una escala de Valoración Diagnóstica Sanitaria para la prevención y diagnóstico de los casos.
- » Estudiar la relación del Síndrome de Diógenes con otros conceptos afines, que han ido apareciendo en el estudio de fuentes teóricas, como pueden ser: Fragilidad y vulnerabilidad, Autonegligencia, Indefensión aprendida y suicidio ritual o Autoexclusión social.

Agradecimientos

Muchas son las personas que motivan y ayudan a realizar un trabajo de investigación, a los que se podría enumerar para dar las gracias, en este caso quiero recordar a tres grupos de personas clave en el mismo. A todas las personas que padecen Síndrome de Diógenes, por haberos conocido, haber entrado en vuestras casas y haber compartido con vosotros suspicacias y olores, por haberme interpelado. A todas las Trabajadoras Sociales de la Provincia de Soria, este trabajo de investigación va por y para vosotras, por haberme dado desinteresadamente vuestro tiempo y vuestras valoraciones profesionales críticas y constructivas. Finalmente a mis maestros y guías, a Juan de Dios Izquierdo Collado (UNED) y a Raquel Coronado Robles (Nurse, UAB Lecturer y PhD student), por iluminarme en el camino de darle un formato científico a esta aventura personal y profesional, sin cuyos consejos y tiempo, no podría haberle dado forma.

Bibliografía consultada

- Beatson, A.W. (1960), "Imaginary poverty", *British Medical Journal*, 6, 468.
- Calvo, J., Sánchez, P. y Vilella, J. (1975) "Síndrome de Diógenes: Un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido", *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 10, 257-263.
- Campanini, A. y Luppi, F., "Servicio Social y Modelo sistémico. Una perspectiva para la práctica cotidiana". Colección Terapia Familiar núm. 49, Paidós, Buenos Aires, 1991.
- Cerezo Ramírez, N. y Palma Gois, J.A. (2006) "O Síndrome de Diógenes" Rev. "Psilogos" del Serviço do Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca de Portugal, 3(2), 53-54.
- Clark, A.N.G., Mankikar, G.D. y Gray, I. (1975) "Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age", *The Lancet*, 15, 366-368
- Clark, J. (1999) "Senile squalor syndrome: two unusual cases". *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92, 138-140
- Corbera Almajano, M. (2005) "Síndrome de Diógenes" IX Congreso Nacional de Psiquiatría, Pamplona 2005.
- Cybulska, E. y Rucinski, J. (1986) "Gross self-neglect in old age". *British Journal of Hospital Medicine*, 36, 21-25
- Delgado Barranco, A.I. (2003) "Síndrome de Diógenes ¿Es posible la prevención desde atención primaria?" de los Documentos de SEAPREMUR (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia).
- Del Barrio Aliste, J.M. (2009) "La población de Castilla y León en los inicios del Siglo XXI" Valladolid: Ed. Fundación Perspectivas de Castilla y León. Valladolid, 2009.
- Dell'Aquila, G., Radichia, V., Cherubini, A. y Senin, U. (2007) "Síndrome di Diogene" *Revista Psicogeriatría*, 3, 45-50.
- De la Gándara J.J. (1995) "Envejecer en Soledad". Madrid: Ed. Popular
- De la Gándara, J.J. (1992) "Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes". *An. Psiquiatría*, 8, 21-26
- Fábrega Ruiz, C.F. (2009) "En las fronteras del autogobierno", Observatorio Hispano-Argentino de los derechos de las personas con discapacidad y situación de vulnerabilidad.
- Frost, R.O. y Hartl, T.L. (1996) "A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding", *Revista Behavior Restaurance Theraphy*, 34 (3), 341-50.
- Frost, R.O., (2004) "When Hoarding causes suffering. Working together o address a multifaceted problem" Conference at Medical College of Cornell University.
- García López, O. (2008) "Síndrome de Diógenes como Paradigma del abandono social. Un acercamiento desde la Psiquiatría" Premio de la Real Academia de Medicina de Sevilla.
- Granick, R. y Zeman, F.D. (1960) "The aged recluse: an exploratory study with particular reference to community responsibility", *Journal Of Chronic Diseases*, 12, 636-653.
- Gomez-Feria Prieto, I. (2009) "Formas Clínicas de conductas acumuladoras" *Revista Psiquiatría y Biología*, 16 (3), 122-130.
- Gómez-Feria Prieto, I. (2008) "Formas clínicas del Síndrome de Diógenes. A propósito de

- tres casos”, *Psiquiatría y Biología*, 15 (3), 97-99.
- Gomez-Feria Prieto, I. (2011) “Síndrome de Diógenes”, *Formación Médica Continuada*, 18 (1), 4-17.
- Holroyd, S. (2004) “Hoarding and how to approach it”, Guide for Environment Health Officers, Psychiatry Royal Society of Medicine.
- Lahera, G., Saiz-González, D. y col. (2006) “Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora” *Actas de Psiquiatría*, 34 (6), 403-407.
- Lasarte Álvarez, C. (2007) “La protección de las personas mayores” Madrid: Ed. Tecnos.
- MacMillan, D y Shaw, P. (1966) “Senile Breakdown in Standards of Personal and Environmental Cleanliness”, *British Medical Journal*, 29, 1032-7.
- Mataix-Cols, D. y col. (2009) “Prevalence and Heritability of Compulsive Hoarding: A twin study” *American Journal of Psychiatry*, 166, 1156-1161.
- O’Brien, J. y Smock, M.D., (2009) “Elder self neglect” Atlantic Philanthropies Grant. University of Louisville Conference of Geriatrics.
- Pantoja Paz, J.A. (2006) “Intervención del Trabajador Social con personas afectadas por el Síndrome de Diógenes” - VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, Sevilla 2006.
- Perdigao Stumpf, B y Lopes Rocha, F. (2010) “Síndrome de Diógenes. Relato de Caso”, *Journal Brasileiro de Psiquiatría*, 59 (2), 156-159.
- Pertusa, A., Menchon, J.M. y Mataix-Cols, D. (2008) “Compulsive Hoarding: OCD Symptom, Distinct Clinical Syndrome, or both?”, *American Journal of Psychiatry*, 165, 1289-1298.
- Prieto Fernández, A. (2008) “Curso de Especialista de Salud Pública Municipal”, Madrid: Salud IMGRAF.
- Richmond, M.E. “El Caso Social Individual”. Madrid, 1995. Editorial Talasa.
- Rivera Zetina, D.J., Estrada Hernández, M.R. y otros. (2007) “Demencia frontotemporal asociada a Síndrome de Diógenes y dermatitis crónica de difícil control”, *Revista Mediagráfica Artemisa*, 50 (5), 195-198.
- Saiz González, D., Quintero Gutierrez del Álamo, J. y otros de la UAM. (2005) “Síndrome de Diógenes: hallazgos neurorradiológicos en sustancia blanca. Base Orgánica de las alteraciones del autocuidado en personas de edad avanzada” *Revista Clínica Española*, 205 (1), 42-43.
- Sanchez Pérez, M. (2005) “Actualización en Síndrome de Diógenes”, 6º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.
- Scurfield, Jane (2009) “Sorting out the Hoarding Issue: The Hamilton & Halton Gatekeepers Programs”, *Social Housing and Homelessness Conference*
- Toledano González, L. (2009) “Trabajo Social en Domicilios de Ancianos” Barcelona: Editorial Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña.
- Williams, H., Clarke, R., Fashola, Y. y Holt, G. (1998) “Diogenes syndrome in patients with intellectual disability: a rose by any other name?”. *Journal of Intellectual and Disability*, 42, 316-20.

Artículos - Webs:

Rubio Herrera, R. (2009) “La soledad de las personas mayores en España” Cursos de Verano en la Universidad Internacional de Granada (UNIA). <http://www.psiquiatria.com/noticias/psicogeriatría/43800>. (Consultado 25/09/2012).

Sanz Granados, M.O.; Goñi Labat, A. y col. “Otros trastornos mentales y de conducta que requieren abordaje psiquiátrico” <http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tvarios.htm> (Consultado 15/12/2011).

Webs:

<http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/obsessive-compulsiveandrelateddisorders.aspx> (Consultado 25/09/2012).

<http://www.ifsw.org/p38000377.html> (Consultado el 25/09/2012)

<http://www.psiquiatria.com/noticias/ansiedad/trosesivo/etiología/44971/> (Consultado 25/09/2012).

http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/25A235D3-0D46-4D80-9EA6-52C24EA2C34D/72820/PlanSoria_2005_2007.pdf (Consultado 25/09/2012)

Legislación:

Constitución Española de 1978. Art 17.1.

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

RD 2568/86, de 28 de noviembre, Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales.

Ley 1/93, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario en Castilla y León.

Sentencia del Tribunal Constitucional 129/1999 de 1 de julio (RTC 199, 129).

Ley 1/2000 de 7 de enero de Reforma de la Ley de enjuiciamiento Civil.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Anexos

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN SOCIAL SOBRE UN CASO DE SÍNDROME DE DIÓGENES

CODIGO: _____ FECHA DE ULTIMA INTERVENCIÓN DEL CASO: ___/___/___ ZONA DE INFLUENCIA EN SORIA: Local Comarcal Provincial Sectorial
 AMBITO DE TRABAJO: Servicios Sociales Básicos Servicios Sanitarios Justicia o Seguridad Ciudadana ONG o Fundación

Características Personales y Sociodemográficas

<p>1.- Sexo: Hombre..... <input type="checkbox"/> Mujer..... <input type="checkbox"/></p> <p>2.- Edad: Menor de 30 años..... <input type="checkbox"/> Entre 31 y 50 años..... <input type="checkbox"/> Entre 51 y 69 años... <input type="checkbox"/> Mayor de 70 años <input type="checkbox"/></p> <p>3.- Unidad de convivencia: Matrimonio Solo..... <input type="checkbox"/> Vive solo..... <input type="checkbox"/> Madre/padre con hijo/a... <input type="checkbox"/> Otros..... <input type="checkbox"/></p> <p>4.- En caso de hogar unipersonal, desde cuándo: Menos de un año... <input type="checkbox"/> De uno a cinco años... <input type="checkbox"/> Más de cinco años. <input type="checkbox"/> Siempre..... <input type="checkbox"/></p> <p>5.- Estado civil actual: Casado..... <input type="checkbox"/> Divorciado... <input type="checkbox"/> Soltero..... <input type="checkbox"/> Viudo..... <input type="checkbox"/></p> <p>6.- Se observa/observaba deterioro físico general Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p> <p>7.- Se observa/observaba mal estado nutricional Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p> <p>8.- Presenta/presentaba higiene personal deficiente (suciedad, mal olor corporal, pelo y uñas muy descuidados...) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p> <p>9.- Presenta/presentaba vestimenta inadecuada (ropa sucia, rota, inadecuada para la temporada...) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p> <p>10.- Las condiciones de la vivienda son/eran; Adecuadas..... <input type="checkbox"/> Inadecuadas..... <input type="checkbox"/> Vivienda de riesgo... <input type="checkbox"/> NS/ Acceso limitado... <input type="checkbox"/></p>	<p>11.- Una vez dentro de la vivienda es/era: Posible..... <input type="checkbox"/> Difícil..... <input type="checkbox"/> Imposible..... <input type="checkbox"/> NS/ Acceso limitado..... <input type="checkbox"/></p> <p>12.- Tendencia a acumular, qué tipo de objetos: Valiosos... <input type="checkbox"/> De poco valor... <input type="checkbox"/> Basura..... <input type="checkbox"/> Algún objeto... <input type="checkbox"/> Cual: _____</p> <p>13.- Convivencia con animales: Si, domésticos comunes..... <input type="checkbox"/> No..... <input type="checkbox"/> Si, exóticos o de granja..... <input type="checkbox"/> NS/NC... <input type="checkbox"/></p> <p>14.- En caso afirmativo ¿con cuántos?: Uno <input type="checkbox"/> 2-4 <input type="checkbox"/> Más de 4 <input type="checkbox"/> No cuantificable <input type="checkbox"/></p> <p>15.- Nivel de aseo de la vivienda: Adecuado..... <input type="checkbox"/> Deficiente..... <input type="checkbox"/> Muy Deficiente.. <input type="checkbox"/> NS/ Acceso limitado... <input type="checkbox"/></p> <p>16.- Recibe visitas de alguna persona o familiar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/> Solo en la puerta <input type="checkbox"/></p> <p>17.- En caso afirmativo ¿cada cuánto? Asiduamente..... <input type="checkbox"/> Periódicamente..... <input type="checkbox"/> Esporádicamente <input type="checkbox"/> En contadas ocasiones <input type="checkbox"/></p> <p>18.- El entorno nos informan que el sujeto: No sale y no se relaciona <input type="checkbox"/> Sale y se relaciona <input type="checkbox"/> No sale y se relaciona <input type="checkbox"/> Sale y no se relaciona <input type="checkbox"/></p> <p>19.- Sus relaciones con sus vecinos son/eran: Buenas..... <input type="checkbox"/> Regulares y/o escasas... <input type="checkbox"/> No se relaciona... <input type="checkbox"/> Malas y/o conflictivas.... <input type="checkbox"/></p> <p>20.- Causa de las relaciones malas o conflictivas: La acumulación..... <input type="checkbox"/> Enfados del sujeto <input type="checkbox"/> Conflictos históricos... <input type="checkbox"/> NS/NC..... <input type="checkbox"/></p>	<p>21.- Personalidad que refiere el entorno: Obsclinada, asocial... <input type="checkbox"/> Tímida, solitaria... <input type="checkbox"/> Afable, social..... <input type="checkbox"/> NS/NC..... <input type="checkbox"/></p> <p>22.- Posee recursos económicos suficientes para mantener mejores condiciones de vida Si, suficientes..... <input type="checkbox"/> No..... <input type="checkbox"/> Si, pero no suficientes... <input type="checkbox"/> NS/NC..... <input type="checkbox"/></p> <p>23.- Posee recursos económicos pero no los utiliza para cubrir sus necesidades básicas Si, los gastaba en otras cosas... <input type="checkbox"/> No..... <input type="checkbox"/> Si, pero los acumulaba..... <input type="checkbox"/> NS/NC..... <input type="checkbox"/></p> <p>24.- Los ingresos mensuales se refieren a: Pensión Mínima... <input type="checkbox"/> Pensión Normal..... <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Pensión asistencial <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/></p> <p>25.- Utilización de los servicios sanitarios Frecuentemente..... <input type="checkbox"/> Con regularidad... <input type="checkbox"/> En raras ocasiones... <input type="checkbox"/> Nunca..... <input type="checkbox"/></p> <p>26.- Utilización de los servicios sociales Frecuentemente..... <input type="checkbox"/> Con regularidad <input type="checkbox"/> En raras ocasiones..... <input type="checkbox"/> Nunca..... <input type="checkbox"/></p> <p>27.- ¿Recibe algún tipo de ayuda o atención?: Si y cubre todas mis necesidades..... <input type="checkbox"/> Si, pero no cubre todas mis necesidades..... <input type="checkbox"/> No, aunque me haría falta <input type="checkbox"/> No, no lo necesito <input type="checkbox"/></p> <p>28.- ¿Estaría dispuesto a abandonar su casa temporal o definitivamente? Respondería: Si, de forma contundente..... <input type="checkbox"/> Si, pero con reparos..... <input type="checkbox"/> No, si puedo evitarlo..... <input type="checkbox"/> No, jamás abandonaría mi hogar... <input type="checkbox"/></p>
---	---	--

Intervención Social 1/2

Nota 1: " * " significa que es posible marcar varias opciones
Nota 2: " * " significa que en caso de ser el TS de Salud/justicia, considerarlo con el resto de compañeros (médicos, jueces, enfermeras, fiscales...)

<p>29.- Primera información del caso: Vecinos <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Políticos <input type="checkbox"/> Otros profesionales <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>30.- En la intervención realizada que personas se implican/implicaron: * Vecinos <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Políticos <input type="checkbox"/> Otros profesionales <input type="checkbox"/> Voluntarios <input type="checkbox"/></p> <p>31.- En la intervención social realizada que profesionales son los que intervienen /intervinieron: * Trabajadores sociales <input type="checkbox"/> Médicos de familia <input type="checkbox"/> Médicos especialistas <input type="checkbox"/> Enfermeras <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/> Fundaciones tutelares <input type="checkbox"/> Jueces y fiscales <input type="checkbox"/> Equipo de coordinación Sociosanitaria <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuales:</p>	<p>33.- En la intervención realizada que administraciones se implicaron y coordinaron: * Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Servicios Sanitarios de AP <input type="checkbox"/> Servicios Sanitarios de AE <input type="checkbox"/> Administración de Justicia <input type="checkbox"/> Fuerzas y cuerpos de seguridad <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuales:</p> <p>34.- En la intervención realizada que administraciones consideras que se deben implicar y coordinar: * Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Servicios Sanitarios de AP <input type="checkbox"/> Servicios Sanitarios de AE <input type="checkbox"/> Administración de Justicia <input type="checkbox"/> Fuerzas y cuerpos de seguridad <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuales:</p>	<p>37.- Si hubo diagnóstico fue: * Demencia o trastorno cognoscivo <input type="checkbox"/> Esquizofrenia u otros trastornos <input type="checkbox"/> Psicóticos <input type="checkbox"/> Trastornos relacionados con Sustancias <input type="checkbox"/> Trastornos obsesivo-compulsivo o Acumulativo <input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad <input type="checkbox"/> Síndrome de Diógenes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>38.- La coordinación y colaboración con los servicios sanitarios fue o está siendo: * Determinante <input type="checkbox"/> Positiva con nivel de compromiso <input type="checkbox"/> Positiva con poco compromiso <input type="checkbox"/> Negativa, poniendo trabas <input type="checkbox"/> Nulo, sin colaboración <input type="checkbox"/></p>	<p>41.- Duración de la intervención: 1-4 Meses <input type="checkbox"/> 4-12 meses <input type="checkbox"/> 1-2 Años <input type="checkbox"/> 2-4 años <input type="checkbox"/> más de 4 años <input type="checkbox"/></p> <p>42.- Se realizó limpieza del domicilio? Sí, en varias ocasiones <input type="checkbox"/> Sí, con autorización judicial <input type="checkbox"/> Sí, con consentimiento del sujeto <input type="checkbox"/> No, no fue necesario <input type="checkbox"/> No, fue imposible <input type="checkbox"/></p> <p>43.- Se permitió al profesional realizar visitas domiciliarias: Sí, en todo momento <input type="checkbox"/> Sí, en contadas ocasiones <input type="checkbox"/> Sí, pero sólo en la puerta <input type="checkbox"/> No, nunca dejó que entrase <input type="checkbox"/> No, fingió que no había nadie <input type="checkbox"/></p>
<p>32.- En la intervención social realizada que profesionales consideras que deben intervenir: * Trabajadores sociales <input type="checkbox"/> Médicos de familia <input type="checkbox"/> Médicos especialistas <input type="checkbox"/> Enfermeras <input type="checkbox"/> Fuerzas de seguridad <input type="checkbox"/> Fundaciones tutelares <input type="checkbox"/> Jueces y fiscales <input type="checkbox"/> Equipo de coordinación Sociosanitaria <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuales:</p>	<p>35.- Existieron denuncias de los vecinos por la existencia de olores, presencia de vectores infecciosos u otros problemas de salud pública: Sí, por escrito <input type="checkbox"/> Sí, de manera oral <input type="checkbox"/> Sí, sólo informalmente <input type="checkbox"/> No, no querían conflictos <input type="checkbox"/> No, no existían estos problemas <input type="checkbox"/></p> <p>36.- Fue diagnosticado de alguna enfermedad mental por especialistas: No, nunca acudió a salud mental <input type="checkbox"/> No, no se valoró trastorno <input type="checkbox"/> No, fue valorado sin conclusiones <input type="checkbox"/> Sí, diagnóstico de algún trastorno <input type="checkbox"/> Sí, diagnóstico de varios trastorno <input type="checkbox"/></p>	<p>39.- Se necesitó la intervención y colaboración por parte de los Juzgados y/o fiscalía para: * Sí, para incapacitación judicial <input type="checkbox"/> Sí, para autorizar ingreso involuntario <input type="checkbox"/> Sí, para autorizar limpieza <input type="checkbox"/> Sí, para poder acceder al domicilio <input type="checkbox"/> No, no ha sido necesario <input type="checkbox"/></p> <p>40.- La coordinación y colaboración con los profesionales de la justicia fue o está siendo: * Determinante <input type="checkbox"/> Positiva con nivel de compromiso <input type="checkbox"/> Positiva con poco compromiso <input type="checkbox"/> Negativa, poniendo trabas <input type="checkbox"/> Nulo, sin colaboración <input type="checkbox"/></p>	<p>44.- Según su valoración profesional, como cree que el usuario valoraba sus visitas de manera: Positiva y agradecida <input type="checkbox"/> Positiva, pero con recelo <input type="checkbox"/> Aséptica e impersonal <input type="checkbox"/> Negativa, con desconfianza <input type="checkbox"/> Negativa, con rechazo <input type="checkbox"/></p> <p>45.- Según su valoración profesional, de qué manera cree que el usuario valoraba las intervenciones de otros profesionales: Positiva y agradecida <input type="checkbox"/> Positiva, pero con recelo <input type="checkbox"/> Aséptica e impersonal <input type="checkbox"/> Negativa, con desconfianza <input type="checkbox"/> Negativa, con rechazo <input type="checkbox"/></p>

Intervención Social 2/2

Nota 1: " * " significa que es posible marcar varias opciones

<p>46.- Cual considera usted que es la secuencia de valoración/intervención profesional óptima para estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Social, Salud, Jurídica, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. <input type="checkbox"/> - Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Jurídica, Salud, Social. <input type="checkbox"/> - Salud, Social, Jurídica, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. <input type="checkbox"/> - Jurídica, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Salud, Social. <input type="checkbox"/> - Otras <input type="checkbox"/> Cuales: 	<p>49.- Una vez realizado el diagnóstico social, para mejorar el pronóstico social y sanitario de estos casos, y a través de su intervención profesional, usted pretende/prefería lograr los siguientes objetivos: *</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Reconstrucción Social e Integración de la persona en su entorno habitual, tras realizar la limpieza necesaria del domicilio. <input type="checkbox"/> - Dotar de un recurso de alojamiento alternativo definitivo al sujeto. <input type="checkbox"/> - Lograr un cambio a través de entrevistas terapéuticas. <input type="checkbox"/> - Evitar los conflictos sociales y vecinales. <input type="checkbox"/> - Otras objetivos. <input type="checkbox"/> Cuales: 	<p>52.- Considera que se cerró la intervención social de manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muy satisfactoria. <input type="checkbox"/> - Satisfactoria. <input type="checkbox"/> - Poco satisfactoria. <input type="checkbox"/> - Nada satisfactoria. <input type="checkbox"/> - No se ha cerrado. <input type="checkbox"/> 	<p>56.- Consideras que hay algún recurso social específico para resolver estos casos:</p> <p>Si <input type="checkbox"/> Cual:</p> <p>No <input type="checkbox"/> Cual propondrías:</p>
<p>47.- Durante su intervención profesional usted: *</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procuró el derecho de autodeterminación de la persona. <input type="checkbox"/> - Realizó mediación comunitaria entre los vecinos y el sujeto. <input type="checkbox"/> - Buscó el compromiso familiar para favorecer la integración social del sujeto y la propia intervención. <input type="checkbox"/> - Gestionó los recursos sociales disponibles y derivó a otras instituciones. <input type="checkbox"/> - Otras funciones propias del trabajo social <input type="checkbox"/> Cuales: 	<p>50.- Que rol de intervención ha asumido como trabajador social en este caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mediador comunitario y/o familiar. <input type="checkbox"/> - Gestor de recursos. <input type="checkbox"/> - Educativo-Rehabilitador. <input type="checkbox"/> - Acompañamiento personal y Counselling. <input type="checkbox"/> - Otros. <input type="checkbox"/> Cuales: 	<p>53.- Qué papel considera que jugó usted profesionalmente en la resolución del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creo que mi intervención profesional fue determinante, al haber asumido el rol principal de la intervención y un compromiso personal. <input type="checkbox"/> - Creo que mi intervención profesional fue como participante, al haber asumido el rol principal de la intervención otro profesional. <input type="checkbox"/> - Creo que mi intervención profesional fue negativa. <input type="checkbox"/> - Creo que la situación se resolvió por otras causas ajenas a cualquier intervención profesional (por fallecimiento, por inercia...). <input type="checkbox"/> 	<p>54.- Consideras que es necesaria una escala de valoración social específica para detectar y diagnosticar socialmente estos casos:</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>55.- Consideras que es necesario un protocolo de intervención específico para resolver estos casos:</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>48.- Teniendo en cuenta las metodologías propias de trabajo social, cual considera usted que es la más adecuada para abordar estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casework o Trabajo Social de casos individual. <input type="checkbox"/> - Trabajo Social en red. <input type="checkbox"/> - Mediación familiar y comunitaria. <input type="checkbox"/> - Trabajo Social Sistémico. <input type="checkbox"/> - Otras metodologías propias del trabajo social <input type="checkbox"/> Cuales: 	<p style="text-align: right;">ii GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!</p> <p style="text-align: right;">PARA CUALQUIER DUDA EN LA CUMPLIMENTACIÓN, NO DUDE EN PONERSE EN CONTACTO CON EL INVESTIGADOR</p>		

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INTER-ADMINISTRATIVA Y MULTIPROFESIONAL PARA LA ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON PERSONAS QUE PADECEN EL SÍNDROME DE DIÓGENES

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

I.- Considerando lo dispuesto en el art. 57 de la Ley 1/93, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario en Castilla y León que establece que serán competencias de las Entidades Locales, entre otras: “c) el control sanitario de los edificios y lugares de vivienda, especialmente en centros de alimentación peluquería, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos, y otras áreas de actividad física y deportiva”.

II.- El art. 42.3.c) de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, tendrán la responsabilidad del control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana.

III.- Conforme a lo establecido en el art. 25.2, letras h) y k) de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, el municipio ejercerá, en todo caso, competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas en materia de protección de la salubridad pública, prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.

IV.- Según dispone el art. 4, letras a) y d) de la indicada Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local, corresponde al Alcalde la dirección del gobierno y la administración municipal, así como dirigir, inspeccionar e impulsar los servicios y obras municipales, pudiendo al efecto dictar circulares de instrucciones, para la dirección de la policía sanitaria y de subsistencia, entre otros servicios (art. 41.8 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales, aprobado por RD 2568/86, de 28 de noviembre).

En virtud de cuanto antecede, las instrucciones de intervención de las diferentes Administraciones Públicas, en el ejercicio de las competencias que les son propias y en un especial esfuerzo cooperador, se ajustarán a lo siguiente:

1. DETECCIÓN

Las vías de conocimiento de los casos y, por tanto, de iniciación del procedimiento pueden ser oficio a instancia de parte:

a).- **De oficio:** bien por propia iniciativa del Área de Bienestar Social o Departamento de Servicios Sociales de la Corporación Local, o a petición razonada de otros órganos (Petición expresa del Juzgado, Informes de la Policía Local o Guardia Civil, Derivación del Caso por parte del Sistema Sanitario, Informe de una ONG o Fundación Tutelar).

b).- **A instancia de parte:** por denuncia de cualquier ciudadano interesado (familiar o vecino afectado).

El expediente se impulsará de oficio por el Área de Bienestar Social o Departamento de Servicios Sociales de la Corporación Local. Dicho área llevará a cabo toda la coordinación de las diferentes dependencias administrativa intervinientes en este protocolo.

2. VALORACIÓN

Los profesionales de Atención Básica de Servicios Sociales y de Atención Primaria de Salud abrirán Guía del Caso en los Equipos de Coordinación de Base Sociosanitaria donde se recabará, a través de las técnicas propias de cada profesional (Test, visitas domiciliarias, entrevistas a la familia y vecinos...), la información social y sanitaria del sujeto para elaborar una estrategia de intervención.

El equipo multiprofesional valorará en base a los criterios diagnósticos si el sujeto padece Síndrome de Diógenes y en qué grado de desarrollo del mismo o estadio se encuentra: Diógenes de Alto Riesgo, Diógenes de Riesgo Medio, Con riesgo de padecer Síndrome de Diógenes u otras circunstancias (anciano frágil...).

Se tendrán en cuenta para elaborar la intervención tres ítems importantes:

- o La presencia o no de familia --> si hubiera familia, se buscará su colaboración, ante la inexistencia de la misma la administración está obligada a procurar el cuidado a los mayores.
- o La presencia o no de diagnóstico de enfermedad mental o discapacidad intelectual --> si hubiera enfermedad mental, se invitará al psiquiatra del paciente a las reuniones del Equipo de Coordinación de Base Sociosanitario.
- o La situación de riesgo inminente en la vivienda para el individuo o para la comunidad --> si el estado de la vivienda es extremo, se solicitará un informe técnico o acta de la vivienda al arquitecto municipal si es posible. Comunicar inmediatamente la situación social, sanitaria y de vivienda a la Fiscalía inmediatamente.

3. INTERVENCIÓN

3.1.- En caso de una valoración como Diógenes de Alto Riesgo o Diógenes de Riesgo Medio:

a) Valorar la situación de la Vivienda: Se realizará una inspección sanitaria y de seguridad de la vivienda, con emisión de informe técnico y, en su caso, acta de inspección, en el que se constatará el estado de la vivienda, señalando las medidas correctoras que han de llevarse a cabo. Se establecerá un plazo para la de ejecución voluntaria de medidas correctoras por parte de las personas ocupantes de la vivienda. Vencido el plazo, se realizará un nuevo informe técnico y, en su caso, se levantará acta de inspección, en el que se constatará el estado de la vivienda. En caso de no poder realizar la Inspección sanitaria y de seguridad por negativa del sujeto o no haberse producido el cambio requerido se comunicará al Juzgado. Archivar del expediente, mediante Resolución motivada, en caso de que el informe de la Sección de Salud Pública sea favorable.

b) Valorar la capacidad de obrar de individuo: Buscar la colaboración por parte de la persona, ante una negativa auto-negligente o en caso de que su enfermedad o discapacidad le impidan una correcta toma de decisiones, se instarán a través de la Fiscalía las autorizaciones pertinentes de acceso y limpieza del domicilio, el ingreso involuntario en centro hospitalario para valoración en profundidad o tratamiento, la incapacitación jurídica cuando proceda y/o el ingreso definitivo en un centro.

Y si procede:

c) Autorización para el acceso y limpieza de la vivienda: Cuando el sujeto no permita el

acceso de los técnicos de Salud Pública o al Arquitecto Municipal para valorar la situación de la vivienda se solicitará al Juzgado esta autorización para entrada en el domicilio, que tendrán que ser acompañados bien por la Guardia civil o por la Policía Nacional o Local. Lo mismo sucederá en caso de solicitar la autorización para limpieza de la vivienda. Un técnico del Ayuntamiento de la localidad con la orden ejecución de limpieza subsidiaria accederá a la vivienda con los operarios del mismo, o la empresa privada que contrate al efecto, acompañados por las Fuerzas de Seguridad y/o los Bomberos, para desinfección y retirada de residuos. Esta acción se realizará con señalamiento expreso de los costes derivados de dichas tareas, que serán requeridas posteriormente al sujeto. Se remitirá al Juzgado competente toda la documentación recabada sobre las actuaciones seguidas después de la autorización judicial, dando cuenta de su resultado.

d) Autorización para ingreso involuntario en centro hospitalario para valoración en profundidad o tratamiento: Se requerirá, bien cuando el sujeto se encuentre en una situación de diagnóstico confuso o inexistente, y ante su negativa para acudir a los servicios sanitarios especializados o a la audiencia con el médico forense del juzgado para diagnóstico; o bien para un tratamiento intensivo de re-nutrición y tratamiento de su estado somático ante su auto-negligencia para cuidados y tratamientos ambulatorios normalizados. Ante estos ingresos se remitirá información del procedimiento seguido a los Trabajadores Sociales de Salud en Atención especializada para coordinar el ingreso y el alta. Se remitirá al Juzgado competente toda la documentación recabada sobre las actuaciones seguidas en el ingreso después de la autorización judicial, dando cuenta de su resultado.

e) Valoración de la incapacidad jurídica: Si los forenses del Juzgado valoran una incapacidad total o parcial para la toma de decisiones en el sujeto procederán a su incapacidad jurídica y nombramiento del tutor o curador. Podrán ser nombrados familiares, en caso de teneros, o bien las Fundaciones Tutelares al efecto constituidas. A partir de este momento, será el tutor el que tendrá que promover cualquier acto administrativo en beneficio del tutelado, solicitando auxilio judicial si así lo necesita.

f) Autorización para el ingreso provisional o definitivo en un centro: Cuando el recurso residencial se valore como el necesario y único para el bienestar definitivo del sujeto, o bien para su recuperación y mientras dure la limpieza y adecuación de la vivienda, la fiscalía puede promover la autorización de ingreso forzoso. Se coordinará con la Gerencia Territorial de Servicios Sociales un expediente de solicitud de plaza residencial urgente, tras localizar los recursos residenciales especializados para el alojamiento alternativo de los usuarios con carácter provisional o definitivo. En caso de ingreso forzoso, acudirán las Fuerzas y cuerpos de seguridad, levantando acta de lo sucedido en cumplimiento de la Orden Judicial y remitiéndola al Juzgado competente.

3.2.- En caso de una valoración de persona con riesgo de padecer Síndrome de Diógenes u otras circunstancias (anciano frágil...):

a) Apoyo familiar y vecinal: Buscar una cooperación de la familia y los vecinos tratando de generar una sinergia positiva alrededor de la intervención profesional y los pequeños cambios del sujeto en lo referente a su autocuidado y a su integración personal en el entorno.

b) Limpieza domiciliaria y adecuación de la vivienda para mejora del bienestar: buscar

la mejora del entorno del sujeto con limpieza del domicilio, adaptaciones funcionales que mejoren su calidad de vida y mejoras de la propia vivienda.

c) Servicios preventivos domiciliarios sociosanitarios: Crear un equipo específico dentro de los Servicios de Ayuda a Domicilio que prestan las corporaciones locales en el marco de las prestaciones sociales básicas, donde Educadores Sociales o Familiares con una formación específica puedan trabajar en los domicilio, a través de entrevistas para el cambio y seguimientos.

d) Crear una red de alarma: entre los vecinos y la familia que permita conocer a los profesionales sociosanitarios los sucesos significativos (ingresos hospitalarios, búsqueda de basura en contenedores, periodos en los que el sujeto no salga de casa...) que puedan ser síntomas de empeoramiento de salud y aislamiento social.

4. SEGUIMIENTOS Y CIERRE DEL CASO

Cuando el sujeto con Síndrome de Diógenes de Riesgo Alto y Medio regresa a su domicilio tras un ingreso temporal en centro hospitalario o residencial, para diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o la limpieza del domicilio, pasará a aplicársele la intervención para personas con riesgo de padecer Síndrome de Diógenes: Apoyo familiar y vecinal, limpieza domiciliaria y adecuación de la vivienda para mejora del bienestar, servicios preventivos domiciliarios sociosanitarios y crear una red de alarma.

A esto además se unirá un seguimiento cuatrimestral por parte de los miembros de Equipo de coordinación sociosanitaria: Los Trabajadores Sociales de Salud y Servicios Sociales, el Médico y la Enfermera de Familia, así como otros profesionales que puedan haber sido invitados al mismo.

Los casos que hayan sufrido estas conductas Diógenes o tengan riesgo de sufrirlas no deberían ser cerrados excepto por dos causas: traslado de domicilio o fallecimiento.

A continuación y para finalizar la propuesta, se presenta el algoritmo del Protocolo de la intervención.



Tabla nº 1

Tipo de Recurso	Localización y Nombre	Área de Actuación	Nº de T.S.
12 Centros de Acción Social	2 Urbanos: Soria Este y Soria Oeste	Local	4
	10 Rurales: Moncayo, Campo de Gómara, Zona Sur, Almazán, Soria Rural, Tierras Altas, Pinares Norte, Pinares Sur, Berlanga y Ribera de Duero	Comarcal	18
15 Centros de Salud de Atención Primaria	3 Urbanos: Soria Norte, Soria Sur y Soria Tardes	Local	2
	12 Rurales: Soria Rural, San Pedro Manrique, Covaleta, Arcos de Jalón, Almazán, Gómara, Ágreda, Berlanga de Duero, El Burgo de Osma, San Esteban de Gormaz, Ólvega y San Leonardo de Yagüe	Comarcal	4
2 Centros de Atención Hospitalaria	Urbano: Hospital Virgen del Mirón	Provincial	2
	Urbano: Hospital Santa Bárbara	Provincial	2
3 Fundaciones Tutelares	Fundación Tutelar de Personas Mayores (FUDAMAY)	Provincial	2
	Fundación Tutelar de Personas con Discapacidad Intelectual (FUTUDIS)	Provincial	1
	Fundación Tutelar de Personas con Enfermedad Mental (FECLEM)	Provincial	1
Equipo Psicosocial Juzgados	Fiscalía y Juzgados de Primera Instancia	Provincial	1

Cuadro: Muestra de Trabajadores Sociales de La Provincia de Soria que suelen intervenir ante casos de Síndrome de Diógenes.

Cuadro de Creación Propia

Tabla nº 2

TIPO I	TIPO II	TIPO III	TIPO IV	TIPO V
Independientes Reservados Dominantes Obstinado Inestables Acaparadores Quisquillosos Autosuficiente	Pendencieros Mortificantes Celosos Agresivos Suspiciousos Sigilosos	Excéntricos Raros	Extrovertidos Amigables Sociables Divertidos Alegres	Pasivos Tímidos Negativos

Macmillan y Shaw, 1966

Año	Denominación según estudios	Autor/es
1960	Pobreza imaginaria	Beatson
1960	Ancianos solitarios reclusos	Granick y Zeman
1963	Negligencia personal de los ancianos	Steven
1966	Hundimiento o Colapso Senil	Macmillan y Shaw
1975	Síndrome de Diógenes	Clark, Mankikar y Gray
1976	Síndrome Hippie en los viejos	Calvo y colaboradores
1986	Síndrome de Autonegligencia	Cybulska y Rucinsky
1987	Ruptura social	Radebaugh, Hopper y Gruenberg
1990	Síndrome de Miseria Senil	Shah

Tabla nº 3

Cuadro de creación propia

Tabla nº 4

TRASTORNOS ACUMULATIVOS		SÍNDROME DE DIÓGENES				
La edad de inicio suele ser la adolescencia; desarrollo a los 20-30 años		Edad: suelen ser personas mayores de 65 años y generalmente mujeres.				
Antecedentes familiares: suelen producirse en el 84-90% de los casos.		Antecedentes familiares: característico de la enfermedad mental, existen descripciones de familiares en las mismas circunstancias.				
Características clínicas: adquiere posesiones de manera activa, comprándolas, recogiendo de la calle, robadas, etc. Las va almacenando, generalmente de manera desordenada en su casa, que progresivamente se llena. Es incapaz de tirar o desalojar los objetos inútiles que siempre tienen alguna potencial utilidad para el acumulador.		Características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> • Nula conciencia de enfermedad, puede o no existir auto negligencia • Negligencia en el auto cuidado y la higiene • Alimentación y salud encarecidas. • Rechazan cualquier tipo de ayuda externa. • Acumulan basuras además de otros objetos y/o animales. • Aislamiento total del entorno. • Difunden acusaciones de intento de robo y/o acoso. 				
¿Por qué acumula? Alegan tener razones para guardar los objetos; especialmente la potencial utilidad para acumulador.		¿Por qué acumula? Normalmente existe deterioro cognitivo "no suelen saber dar una razón" a veces existen explicaciones psicóticas. En el caso de atesorar animales el amor por los mismos lo convierten en un control sobre ellos.				
Material acumulado:	Ropa 81% Periódicos y revistas 50% Bolsas 43% Papeles 37% Muebles, electrodomésticos Comida y materia orgánica que esta presente en menor proporción	Material acumulado: gran cantidad de enseres, objetos, materia orgánica, detritus, elevado número de animales en espacios reducidos, sobre todo perros y gatos.				
Clasificación Nosológica: subtipos de trastorno obsesivo compulsivo		Clasificación nosológica: <table border="1"> <tr><td>Enfermedad mental y/o física</td></tr> <tr><td>Esquizofrenia</td></tr> <tr><td>Trastorno de la personalidad.</td></tr> <tr><td>Depresión psicótica, etc.</td></tr> </table>	Enfermedad mental y/o física	Esquizofrenia	Trastorno de la personalidad.	Depresión psicótica, etc.
Enfermedad mental y/o física						
Esquizofrenia						
Trastorno de la personalidad.						
Depresión psicótica, etc.						
Funcionamiento cognitivo: conservado aunque con patrón cognitivo característico		Funcionamiento cognitivo: existe frecuentemente deterioro cognitivo.				
Funcionamiento social: salvo en casos muy graves, llegando al deterioro de su vida personal u a veces laboral, expresan sentimiento de vergüenza, culpa e incapacidad para invitar a los amigos a casa.		Funcionamiento social: característicamente muy alterado.				
Hay un orden en la acumulación? Sí, aunque personal e idiosincrásico, hay tal cantidad de categorizaciones que desde fuera aparenta un caos		¿Hay un orden en la acumulación? Normalmente no existe ningún orden en la acumulación y el fin es difícilmente justificable.				
¿Qué opina de su conducta? La defiende aunque acepta las consecuencias negativas como un problema.		¿Qué opina de su conducta? Suele negarla o minimizarla y tiende a la racionalización.				
Prevalencia o difícil de determinar: 11- 42% son pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.		Prevalencia: pocos datos, no existen estadísticas fiables(suelen ser series pequeñas de casos), según estudios 17/1000 de los ingresos son de mayores de 65 años.				
Repercusiones sociales de su conducta: suele tener una conducta secreta limitada al ámbito doméstico.		Repercusiones sociales: conducta denunciada por vecinos o familiares en la que normalmente es necesaria la intervención de instituciones públicas municipales.				

Cuadro: Diferencias entre el Síndrome de Diógenes y los Trastornos Acumulativos

Fuente: "Curso de Especialista de Salud Pública Municipal", A. Prieto Fernández, Madrid: Salud IMGRAF. 2008.

Tabla nº 5

	Perfil de los Expertos	Perfil de los Cuestionarios
Sexo	Femenino	Femenino: 57%
Edad	74-75 años	Mayores de 70 años: 63%
Unidad de Convivencia	Vive Solo	Vive Solo: 66%
Estado Civil	Soltero: 21% Viudo: 75%	Soltero: 50% Viudo: 27%
Residencia	Urbana	Urbana 52% y Rural 48%
Estado de la vivienda	Deficientes: 80% Buenas: 20%	Deficientes: 84% Buenas: 3%
Recursos económicos	Frecuente el desprecio o infrautilización	Infrautilización: 67%
Estado sanitario	Estado somático y deficiencias o carencias nutricionales	Deterioro Físico General: 67% Mal estado nutricional: 47%
Enfermedad Mental	Ausencia EM asociada: 73.3% Presencia EM asociada: 26,6%	Ausencia EM asociada: 67% Presencia EM asociada: 33%

Cuadro de creación propia

Tabla nº 6

Características Sociales según los expertos	Cumplimiento de las características clínicas y sociales en el estudio
Aislamiento y Encierro	<ul style="list-style-type: none"> ☞ No sale del domicilio: 17% ☞ No reciben visitas: 57% y si las recibe es en contadas ocasiones: 38% ☞ Sale y no se relaciona: 73% ☞ En caso de tener relaciones con sus vecinos son conflictivas: 46.6%, a causa de la acumulación: 57% ☞ Personalidad introvertida, desconfiada, obstinada y asocial: 70%
Autonegligencia y Estado Somático	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Higiene deficiente: 67% ☞ Vestimenta inadecuada: 67% ☞ Vivienda en Riesgo: 57% ☞ Aseo de la vivienda deficiente 41% o muy deficiente: 44% ☞ Deterioro físico general: 67% ☞ Mal estado nutricional: 47%
Edad Senil	☞ Mayores de 70 años: 63%
Sylogomanía	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dificil acceso a las habitaciones: 63% ☞ Acumula materiales de poco valor: 56% ☞ Acumula basura: 20%
Pobreza Imaginaria	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Infrautilización de sus recursos para mejorar sus condiciones de vida: 67% ☞ Gasta sus recursos económicos en otras cosas o los acumula: 46.6%
Rechazo de Ayuda	<ul style="list-style-type: none"> ☞ En raras ocasiones usa los Servicios Sanitarios: 47%, o no los usa: 23% ☞ En raras ocasiones usa los Servicios Sociales: 37%, o no los usa: 50% ☞ Afirma no necesitar ayuda: 80% ☞ No abandonaría su domicilio: 70%

Cuadro de creación propia

Tabla nº 7

Fase o Estadío	Menores de 70 años	Mayores de 70 años
Diógenes de Alto Riesgo	4	9
Diógenes de Riesgo Medio	3	7
Diógenes de Bajo Riesgo	2	3
No serían Diógenes	2	0
Total de Casos	11	19

Cuadro de creación propia