

# Síndrome de Diógenes: ¿cuadro psiquiátrico o demencial?

Beatriz Rodríguez Fúnez<sup>1</sup>, José Martín Zurdo Hernández<sup>2</sup>, José María Hernández Pérez<sup>1</sup>,  
Bernardo Cueli Rincón<sup>2</sup>, Ciara García Fernández<sup>2</sup> y Fernando Castellanos Pinedo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Neuropsicólogo.

<sup>2</sup>Neurólogo.

Unidad de Neurología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

## Resumen

El síndrome de Diógenes (SD) es un trastorno de la conducta caracterizado por el abandono personal y social, que se ha descrito mayoritariamente en ancianos. Las personas que lo sufren acumulan grandes cantidades de basura y objetos inservibles y viven en la pobreza aunque dispongan de medios para evitarlo. Además, el síndrome lleva asociadas conductas de evitación, retraimiento social y anosognosia. La investigación sobre este síndrome ha sido escasa, e incluso se ha llegado a cuestionar su validez como diagnóstico. Entre la mitad y dos tercios de las personas que lo padecen sufren una demencia o algún tipo de trastorno psiquiátrico. Se describe un paciente con SD como la manifestación clínica de una demencia frontotemporal (DFT), y se detalla el cuadro clínico y curso evolutivo.

(Alzheimer. Real Invest Demenc. 2011;48:13-17)

**Palabras clave:** demencia, síndrome de Diógenes, trastorno de acumulación, degeneración frontotemporal.

## Abstract

*Diogenes syndrome (DS) is a behavioral disorder characterized by personal and social neglect. It has been described mostly in the elderly. People suffering from this syndrome accumulate large amounts of rubbish and useless objects, and live in poverty although they have the means to avoid it. They have also avoidance behavior, social withdrawal and anosognosia. Investigation on this syndrome has been sparse, and even its value as a clinical diagnosis has been questioned. Between one half and two-thirds of those who have it suffer from dementia or some type of psychiatric disorder. We describe a patient with DS as a clinical manifestation of frontotemporal dementia, and detail his clinical picture and course.*

(Alzheimer. Real Invest Demenc. 2011;48:13-17)

**Keywords:** dementia, Diogenes syndrome, hoarding syndrome, frontotemporal degeneration.

## Introducción

El síndrome de Diógenes (SD) es un trastorno del comportamiento caracterizado por el abandono personal y social, asociado a una conducta patológica de acumulación. El primer estudio de este patrón de conducta fue realizado por Beatson<sup>1</sup> en 1960, en el que describe

un cuadro delirante de pobreza imaginaria. Posteriormente Clark<sup>2</sup>, en 1975, acuñó el término SD para referirse a un tipo de trastorno que mayoritariamente afecta a ancianos que se aíslan en sus casas acumulando todo tipo de basura, con negligencia de su higiene personal, rechazando la ayuda de los demás y oponiéndose a cualquier cambio en su situación. Este síndrome toma su nombre del filósofo griego Diógenes de Sinope (412-323 a. C), quien llevó hasta el extremo los ideales de privación e independencia de las necesidades materiales<sup>3,4</sup>; su apariencia de vagabundo y su actitud de autosuficiencia y hostilidad frente al mundo son los aspectos que recuerdan a las perso-

Recibido para su publicación: 15 de septiembre de 2010.

Aceptado para su publicación: 4 de noviembre de 2010.

Correspondencia: F. Castellanos Pinedo

E-mail: fernando.castellanos@ya.com

nas que padecen este síndrome (fig. 1). Sin embargo, el epónimo no parece muy afortunado, dado que la conducta de acumulación, el rasgo más característico y conocido del SD, es un comportamiento opuesto al ideal del filósofo<sup>3</sup>.



**Figura 1.** *Diógenes de Sinope*, obra de Jean-Léon Gérôme (1860). Se le representa viviendo en la pobreza con un farol como única posesión; el filósofo proponía la autosuficiencia y la independencia de todo bien material.

Clark no llega a definir de manera operativa el término y desde entonces persiste una discusión sobre si se trata un trastorno psiquiátrico o demencial.

El SD constituye un objeto de estudio desafiante para los clínicos debido a que hasta el momento la investigación en este campo es escasa, e incluso se ha cuestionado su validez como diagnóstico clínico.

## Caso clínico

Se trata de un varón de 83 años, soltero y sin hijos, con escaso apoyo familiar en su localidad de residencia y una hermana con demencia ingresada en un centro residencial. El paciente acudió solo a la consulta de nuestra unidad por quejas subjetivas de pérdida de memoria. No presentaba antecedentes médicos ni psiquiátricos de interés, y la exploración neurológica inicial fue normal. La exploración neuropsicológica

mostró que sus funciones cognitivas se encontraban dentro de la normalidad, salvo por un leve déficit de las funciones ejecutivas. En la valoración inicial de su conducta no se apreciaron alteraciones relevantes y no existían datos de depresión u otros trastornos psiquiátricos. En cuanto a la situación funcional, según el propio paciente, era de total independencia. Se solicitó un estudio analítico y una resonancia magnética (RM) craneal, sin hallazgos de interés. El diagnóstico clínico en ese momento fue de leve síndrome prefrontal y se recomendó una revisión en el plazo aproximado de 1 año.

Posteriormente, los Servicios Sociales de Base (SSB), tras acudir a su casa y etiquetar al anciano como en situación de «alto riesgo», se pusieron en contacto con la consulta para solicitar una revisión urgente del caso, justificando dicha petición con un informe del que citamos algunos párrafos por su enorme valor descriptivo (fig. 2):

«...vivienda en extrema situación de suciedad y acumulación de basura. Pésimas condiciones de habitabilidad. Infrahumanas condiciones higienicosanitarias. [...] Alimentos en mal estado, algunos casi en estado de putrefacción, los cuales son ingeridos por el anciano. Estufa de leña ubicada junto a montones de papel y cartón. No dispone de cuarto de baño; sólo existe WC y lavabo, que generalmente



**Figura 2.** Detalle del domicilio del paciente; los objetos, papeles y alimentos se acumulan en completo desorden.

suele estar atascado. Domicilio de reducidas dimensiones, sin ventilación ni iluminación natural [...]. La ropa está colgada de la pared, porque no hay armario ni espacio; [...]. En lo que se refiere al área higiénico-sanitaria, intenta mantener un aspecto físico adecuado pero se evidencia falta de aseo...».

El paciente acudió a la revisión acompañado de un informador fiable, que era la única persona en la que confiaba en ese momento, el párroco de su pueblo, quien aportó una valiosa información para completar la anamnesis previa del paciente: refería que anteriormente era una persona afable, sin ningún tipo de problemática social, pero que en los últimos años había comenzado con una ideación delirante en referencia a la propiedad de unos terrenos y se encontraba inmerso en varios procesos judiciales. Por otro lado, desde hacía aproximadamente 5-6 años mantenía una relación conflictiva con el resto de su familia y no se hablaba con ningún miembro de la misma, excepto con una sobrina que le lavaba la ropa y se la llevaba a casa, aunque no le permitía pasar de la puerta. Presentaba una marcada tendencia al retraimiento social y a acumular basura y objetos inservibles en su casa, así como una gran cantidad de papeles, con la creencia errónea de que eran documentos de gran valor. El paciente no consideraba que existiera un problema de suciedad o hacinamiento en su casa.

Se realizó una nueva exploración neuropsicológica, 9 meses posterior a la inicial, que puso de manifiesto un declive de la situación cognitiva respecto a la evaluación previa; se objetivaron mayores signos de disfunción frontal, con un déficit más marcado en sus funciones ejecutivas, entre las cuales destacaba la dificultad en la planificación y control de impulsos y las numerosas perseveraciones e intrusiones durante la realización de las pruebas. En la valoración conductual se constató la existencia de ideación delirante. En cuanto a la situación funcional del paciente, precisaba ayuda para la mayor parte de las actividades instrumentales de su vida diaria, aunque no lo reconocía. Se solicitó una nueva RM craneal, que mostró signos de atrofia cerebral, más marcados en la región frontotemporal bilateral. Con estos datos se llegó al diagnóstico de pro-

bable variante frontal de demencia frontotemporal (DFT) y se prescribió un tratamiento con risperidona.

Tras ser informados del diagnóstico, los SSB iniciaron los trámites para la institucionalización del paciente; pero en el intervalo de este proceso, éste presentó un intento frustrado de agresión con arma blanca a otra persona, en medio de un delirio de robo, lo que propició su ingreso en un centro psiquiátrico. Posteriormente, tras su estabilización, ha sido trasladado a un centro residencial especializado en demencias.

## Discusión

El SD es un cuadro de etiología controvertida que habitualmente se considera una entidad psiquiátrica. Aquí hemos presentado un caso de variante frontal de DFT con un SD como alteración conductual predominante.

La demencia constituye un síndrome orgánico y adquirido de deterioro cognitivo que afecta a más de un dominio neuropsicológico e interfiere en las actividades de la vida diaria. La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia en nuestro medio, aunque existen otras entidades con características clinicopatológicas propias, como las degeneraciones frontotemporales o el complejo de Pick<sup>5,6</sup>.

La DFT es un grupo de enfermedades caracterizadas neuropatológicamente por la atrofia lobar frontal y/o temporal e inclusiones proteicas intraneuronales<sup>7</sup>. Clínicamente se manifiesta por alteraciones de la conducta y de la personalidad, además de afectación gradual del lenguaje en forma desproporcionada a la alteración de la memoria<sup>8</sup>. Se estima que entre el 5 y el 15% de todos los casos de demencia degenerativa primaria corresponden a una DFT<sup>9,10</sup>. La edad de inicio oscila entre los 35 y 75 años, con predominio en la sexta y séptima década de la vida<sup>11</sup>.

La clasificación actual de la DFT describe tres variantes<sup>12</sup>: la variante frontal, la demencia semántica y la afasia progresiva primaria. La variante frontal de DFT, conocida también como variante conductual, es la más común. Aunque el diagnóstico definitivo de una demencia degenerativa primaria es histológico, el diagnóstico clínico de la DFT puede realizarse de acuerdo con los criterios diagnósticos propuestos por Neary et al.<sup>13</sup>.

El SD se define como un comportamiento adquirido caracterizado por negligencia de la higiene corporal y doméstica, aislamiento social, reclusión en el domicilio, conducta acumuladora, pobreza imaginaria, rechazo de ayudas y negativa a modificar su situación<sup>14,15</sup>. En cuanto a su etiología, entre la mitad y dos tercios de los casos son diagnosticados de demencia o trastorno psiquiátrico, mientras que aproximadamente un tercio de los pacientes no parecen presentar una patología subyacente y se ha postulado que, en estos casos, el trastorno pueda deberse a la interacción de una situación desencadenante con rasgos de personalidad predisponentes<sup>16,17</sup>. El SD es más frecuente entre la población anciana; la incidencia anual estimada es de aproximadamente 0,5 casos por cada 1.000 personas mayores de 59 años<sup>2,14</sup>, distribuidos por igual entre ambos sexos<sup>2,18</sup>. De la Gándara y Álvarez señalan que en nuestro país el SD puede observarse en el 1,7 por 1.000 de los ingresos hospitalarios de mayores de 65 años<sup>14</sup>. Como factores desencadenantes se han descrito la soledad, determinados rasgos de personalidad que tienden a acentuarse en edades avanzadas (obstinación, desconfianza, suspicacia, etc.) y situaciones estresantes (viudedad, pérdida de lazos afectivos). Sin embargo, no parece tener relación con el nivel intelectual, cultural o económico previo<sup>14,15</sup>.

Se ha descrito que el SD podría formar parte del complejo sintomático de alteraciones de conducta que se presentan en la DFT<sup>19</sup>. De hecho, varias de las características clínicas del SD forman parte de la sintomatología típica de la variante frontal de DFT: el retraimiento social, el deterioro en el aseo personal y doméstico o la anosognosia, por ejemplo.

En nuestro caso se observan las características típicas de un SD como sintomatología inicial de una variante frontal de DFT. Lo más llamativo del cuadro es el cambio comportamental, la ideación delirante y la conducta acumuladora que preceden al deterioro cognitivo. El acto motor compulsivo de apilar basura y objetos sin una finalidad concreta constituye una forma de perseveración que está estrechamente relacionada con la disfunción frontal. La perseveración es una persistencia inapropiada de la misma acción.

La conducta de acumulación se presenta en un continuo desde la normalidad (coleccionismo) hasta un extremo patológico y se han descrito diversos subtipos. Es importante realizar una adecuada valoración psiquiátrica y un diagnóstico diferencial de los cuadros psiquiátricos que pueden presentar este tipo de conductas, entre los cuales se han descrito el trastorno de personalidad, la esquizofrenia, los trastornos afectivos y el trastorno obsesivo-compulsivo<sup>20</sup>. En referencia a este último, hasta un 30% de los pacientes pueden presentar una conducta acumuladora<sup>21</sup>. Es importante recordar que ésta no supone un sinónimo de SD y que los pacientes con este tipo de conducta anómala no tienen por qué presentar el resto de síntomas del SD (autonegligencia, reclusión domiciliaria, etc.).

Existen escasas descripciones de la exploración neuropsicológica del SD en la bibliografía<sup>22</sup>. Esto puede deberse a las dificultades para obtener la cooperación de los pacientes, así como a la tendencia de los clínicos a atribuir el trastorno a una enfermedad psiquiátrica. Además, con frecuencia el primer contacto con el sistema sanitario es a través de los servicios de urgencia, como consecuencia de una patología somática grave, o bien los detectan los servicios sociales, sin llegar a contactar con las consultas de neurología. La exploración neuropsicológica realizada en el caso aquí descrito es compatible con una disfunción frontal. Otros autores han encontrado hallazgos similares en estos pacientes<sup>19,23</sup>.

El SD ha trascendido a la opinión pública debido al impacto mediático que tienen algunos casos. Al igual que ocurre con otras alteraciones conductuales en personas de edad avanzada, el estudio detallado de estos pacientes sugiere la asociación de este síndrome con una disfunción orgánica cerebral, y la DFT es el cuadro clínico que mejor explicaría la mayor parte de los casos. Por el contrario, en pacientes jóvenes es más probable la existencia de una patología psiquiátrica subyacente. Es importante disponer de una adecuada valoración neurológica, neuropsicológica y psiquiátrica de todos los casos detectados para poder establecer con mayor precisión su epidemiología, etiología y características clínicas.

**Agradecimiento**

A Puerto Díaz Jorge, trabajadora social de los Servicios Sociales de Base, por su colaboración en el manejo de este paciente y por la cesión del texto y las imágenes de su informe social.

**Bibliografía**

1. Beatson AW. Imaginary poverty. *Br Med J*. 1960;2:468.
2. Clark AN, Mankikar GD. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*. 1975;1:366-8.
3. Marcos M, Gomez-Pellin MC. A tale of a misnamed eponym: Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:990-1.
4. Cooney C, Harvid W. Diogenes syndrome. *Age and Ageing*. 1995;24:451-3.
5. López-Pousa S. Demencia frontal. *Año gerontológico*. 2002;16:355-74.
6. Mckhann GM, Albert MS, Grossman M, Miller B, Dickson D, Trojanowski JQ. Clinical and pathologic diagnosis of frontotemporal dementia: report of the work group on frontotemporal dementia and Pick's disease. *Arch Neurol* 2001;58:1803-9.
7. Pickering-Brown SM. Review: Recent progress in frontotemporal lobar degeneration. *Neuropathol Appl Neurobiol*. 2010;36:4-16.
8. Gregory CA, Hodges JR. Frontotemporal dementia: use of consensus criteria and prevalence of psychiatric features. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1996;9:145-53.
9. Sánchez-Valle Díaz R. Otras demencias neurodegenerativas. *Jano*. 2004;67:45-7.
10. Barrer WW, Luis ChA, Kashuba A, Luis M, Harwood DG, Loewenstein D, et al. Relative frecuencias of Alzheimer disease, Lewy body, vascular and frontotemporal dementia and hippocampal sclerosis in the state of brain bank. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;16:203-12.
11. Muñoz D. Sintomatología de las demencias frontotemporales. En: *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Alberca R y López-Pousa S (eds.). Madrid: Editorial Panamericana; 2006. pp. 337-50.
12. Kipps CM, Knibb JA, Patterson K, Hodges JR. Neuropsychology of frontotemporal dementia. *Handb Clin Neurol*. 2008;88:527-48.
13. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*. 1998;51:1546-54.
14. De la Gándara JJ, Álvarez MT. Los ancianos solitarios: el llamado síndrome de Diógenes. *An Psiquiatria*. 1992;8:21-6.
15. Reyes-Ortiz CA. Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther*. 2001;27:117-21.
16. Wrigley M, Cooney C. Diogenes syndrome – an Irish series. *Ir J Psychol Med*. 1992;9:37-42.
17. Functional disorders I. Description, incidence and recognition. En: Post FR, Levy R, Post F (eds.). *The Psychiatry of late life*. Oxford: Blackwell; 1982. pp. 1-182.
18. Shah A. Squalor syndrome: a viewpoint. *Aust J Ageing*. 1995;14:160-2.
19. Beuchet O, Imler D, Cadet L, Blanc P, Ramboa P, Girtanner C, et al. Le syndrome de Diogène du sujet âgé: forme clinique d'un dysfonctionnement frontal? À propos de quatre observations. *Rev Med Interne*. 2002;23:122-31.
20. Lahera G, Saiz-González D, Martín-Ballesteros E, Pérez-Rodríguez M, Baca-García E. Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:403-7.
21. Samuels J, Bienvenu OJ, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther*. 2002;40:517-28.
22. Greve KW, Curtis KL, Bianchini KJ, Collins BT. Personality disorder masquerading as dementia: a case of apparent Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19:701-5.
23. Orrell M, Sahakian B, Bergmann K. Self neglect and frontal lobe function. *Br J Psychiatry*. 1989;155:101-5.