

**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2016 / 2017

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Caso clínico: Aplicación del proceso de enfermería en el paciente con Síndrome de Diógenes y su entorno desde Atención Primaria.**

**Case study: Application of the nursing process in the patient with Diogenes Syndrome and its social enviroment in Primary Attention.**

**Autor/a:** Lara Alañón Malagón.

**Director:** M<sup>a</sup> Isabel García Marco.

## INDICE.

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| 1. Resumen.                         | 1-2   |
| 2. Introducción.                    | 3-5   |
| 3. Metodología.                     | 6-8   |
| 4. Objetivos.                       | 9     |
| 5. Desarrollo.                      | 9-24  |
| • Presentación del caso.            | 9-10  |
| • Valoración y proceso diagnóstico. | 11-20 |
| • Planificación y ejecución.        | 21-23 |
| • Evaluación.                       | 24    |
| 6. Conclusiones.                    | 25    |
| 7. Bibliografía.                    | 26-28 |
| 8. Anexo.                           | 29-30 |

## **1. RESUMEN.**

- **Introducción.** La falta de higiene, alimentación y problemas sociales son las consecuencias de la aparición de nuevas patologías en la sociedad. Este tipo de enfermedades son más comunes en la tercera edad. Supone un problema de salud que afecta a nivel individual y a nivel comunitario. Suele ir asociado a enfermedades mentales como la demencia. Debido al incremento de la esperanza de vida, en los últimos años, se han visto más casos de Síndrome de Diógenes en nuestra sociedad.
- **Objetivo.** El objetivo principal de este trabajo es realizar un caso clínico cuyo abordaje ha de ser a nivel individual y comunitario. El entorno del paciente se ve gravemente afectado.
- **Metodología.** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. El modelo de Moyra Allen ha sido el elegido, destacando la participación de la familia en el proceso. La valoración se ha realizado a través de los 11 patrones de Gordon, con el fin de evaluar al paciente de manera holística.
- **Conclusiones.** Para finalizar, el Síndrome de Diógenes se trata de un problema de salud pública e individual. El abordaje multidisciplinar es clave para el correcto desarrollo del caso clínico, tratando al individuo como un ser biopsicosocial. Para ello es necesario, un modelo de enfermería que determinará su propio marco conceptual, definiendo individuo, familia y salud.

**Palabras clave:** "Síndrome de Diógenes", "Autonegligencia", "Trastornos mentales" y "Enfermería".

## **1. ABSTRACT.**

- **Introduction.** The lack of hygiene, nutrition and social problems are the of the appearance of new pathologies in society. These kind of illnesses are more common in elderly people. It's a health problem that affects on an individual level and also the community. It's also related to mental health problems like dementia. Due to the increase in life expectancy, in the last few years, there have been more cases of Diogenes Syndrome in our society.
- **Objective.** The main objective of this essay is to carry out a case study which has to cover both individual and community levels. The environment of the patient is gravely affected.
- **Methodology.** Research has been done on different data bases. The Moyra Allen model has been chosen, highlighting the participation of the family in the process. The valuation has been done with 11 Gordon patterns, with the intention of evaluation the patient in a holistic manner.
- **Conclusion.** To finalize, Diogenes Syndrome is a matter of individual and public health. The multidisciplinary approach is key for the correct development of the clinical case, treating the patient as a biopsychosocial individual. For that model of nursery that would determine its own conceptual frame, defining the individual, family and health.

**Key words:** "Diogenes Syndrome", "Self-neglect", "Disorder mental" and "Nursery".

## **2. INTRODUCCIÓN.**

En las últimas décadas, la esperanza de vida en los países desarrollados, se ha visto incrementada de tal forma que se están desarrollando otro tipo de patologías las cuales están asociadas a problemas de autonegligencia, causando interés en nuestro entorno, tales como el Síndrome de Diógenes. Se trata de una patología que además de afectar a nivel individual también afecta a la comunidad, pasando a ser un problema de salud pública. La característica principal de este síndrome es la autonegligencia, definiéndose como la falta del cuidado a uno mismo en la higiene y alimentación, acompañado de aislamiento social y rechazo de ayuda. <sup>(1-3)</sup>

El síndrome de Diógenes proviene de un famoso filósofo griego del siglo IV aC, llamado Sinope de Diógenes. Se caracterizaba por su actitud pasiva ante las convecciones sociales y políticas, lo que conllevo a llevar una vida austera, caracterizada por el abandono de su aspecto físico. Se dice que murió solo, en la calle, y que portaba únicamente de un mantón. Se considera que Sinope de Diógenes es el padre del cinismo filosófico. <sup>(1, 3, 4, 5)</sup>

Años atrás se relacionó el síndrome de Diógenes como un síntoma del TOC (trastorno obsesivo compulsivo), pero en las últimas modificaciones, se ha incluido en el DSM-5, como una entidad independiente denominada "Hoarding Disorder" (trastorno de acumulación). Sin embargo, en el CIE-10, ese trastorno no está incluido. <sup>(6)</sup>

Al cabo de los años, numerosos autores han ido realizando sus propios estudios. En 1960 fue Beatson quien afirmaba que había casos que se definían como "delirios de pobreza", que independientemente del estatus social o económico, aumentaba la incidencia con la edad. En el año 1975, el síndrome de Diógenes fue definido por Clark como la interacción de factores de la personalidad junto con físicos y sociales, conllevando a un deterioro cognitivo. Junto con Makinkar, definieron la "syllongomania" como la tendencia anormal de acumular objetos que se agrava con la vejez. En España, en el año 1976, fueron Calvo y col. Quienes definieron este problema de salud como "Síndrome de hippies en los viejos", caracterizados por una actitud pasiva, agresiva, nihilista ante las injusticias sociales, discriminación, fracaso entre otras. <sup>(7)</sup>

La incidencia en mujeres es mayor que en hombres, con una edad media de 75 años, dándose más casos de personas solteras o viudas. La incidencia anual en personas mayores de 60 años es de 0,05%. Son pacientes que rechazan cualquier tipo de ayuda externa, no tienen conciencia de su enfermedad y con tendencia al aislamiento social. No tienen por qué tener dificultades económicas, pero a pesar de esto prefieren vivir en condiciones de pobreza extrema. La soledad puede venir definida por problemas económicos, familiares y sociales. Lo más característico de estos pacientes es el acúmulo compulsivo de objetos y basura, por miedo a la desprotección también definido como "pobreza imaginaria". La mortalidad en este tipo de pacientes incrementa en un 46%, por causas físicas producidas por la falta de higiene, infecciones o déficit nutricional. Debido a la soledad característica de los pacientes con síndrome de Diógenes, suelen notificarse la muerte de forma tardía, por lo que en numerosos casos es muy difícil determinar la causa de muerte. <sup>(2-5, 8-13) (Anexo 1)</sup>

Esta patología puede desarrollarse de dos formas diferentes. Una de ellas es la forma activa o "Síndrome de acumulación", en la que el sujeto lo que acumula son objetos inservibles con esperanza de usarlos en un futuro. Cuando el volumen de los objetos es mayor, comienza a acumular basura. En cambio, la forma pasiva, cursa de forma que el sujeto deja invadirse por la basura. La diferencia en los pacientes con síndrome de Diógenes o con acumulación compulsiva, es que estos últimos no se caracterizan por el descuido personal. A pesar de ser conceptos diferentes, no quiere decir que un sujeto con acumulación compulsiva, no derive en un síndrome de Diógenes. No hay que confundir el Síndrome de Diógenes asociado a algún trastorno mental con las diferentes formas de acumulación. Esto se produce cuando el volumen de objetos incrementa y comienza a desarrollarse un déficit de higiene, propio del síndrome de Diógenes. Es común la relación de este síndrome con demencias y trastornos mentales como esquizofrenia, alcoholismo o trastorno de la personalidad. <sup>(3, 6-10, 12) (Anexo 2)</sup>

Uno de los aspectos más característicos de la enfermedad es cómo afecta a dos ámbitos de salud, es decir, a nivel individual y a nivel público. Entre los problemas de salud en el individuo que pueden surgir de este síndrome, son muy comunes las deficiencias nutricionales en los que

normalmente hay un déficit de hierro, ácido fólico, vitamina B12, vitamina C y proteínas séricas. También pueden aparecer alteraciones en la piel como dermatitis. La falta de adherencia al tratamiento y a los planes terapéuticos es muy común en estos pacientes, o bien no siguen los tratamientos o no acuden a las citaciones, por lo que son difíciles de captar y de tratar con ellos desde Atención Primaria. <sup>(4,14) (Anexo 3)</sup>

Los hogares de estos pacientes se convierten en auténticos vertederos tras la colección de basura y objetos que se encargan de recoger por las calles. No es un problema que afecte únicamente al individuo, sino que el entorno del paciente, también se ve afectado. Son hogares con tendencia a la putrefacción, donde el individuo se alimenta de productos caducados, o en mal estado. El acúmulo de basura, produce la liberación de gases tóxicos, que pueden provocar problemas respiratorios. También la falta de salubridad puede dar problemas de aparición de ratas, pulgas o cucarachas en el edificio. Por esta razón, los vecinos tienden a denunciar estos sucesos con el fin de que se realice una limpieza del hogar para paliar esta serie de problemas sanitarios. Por lo tanto, el síndrome de Diógenes, también se trata de un problema de salud pública. <sup>(1, 3)</sup>

El abordaje de estos pacientes ha de ser multidisciplinar por el equipo sociosanitario. Las acciones van a ir encaminadas a evitar el problema de salud pública, que afecta a nivel comunitario y un control exhaustivo de ese paciente desde atención primaria, para evitar situaciones de insalubridad extrema en el hogar del individuo. <sup>(1, 13)</sup>

Desde enfermería, el cuidado de esta patología obliga a buscar un modelo de pensamiento enfermero que permita un cuidado holístico del individuo. Revisados los diferentes modelos de enfermería el que permite un abordaje más completo desde su concepción de persona, cuidado y entorno fue el de Moyra Allen. <sup>(15)</sup>

La presentación de un caso clínico de esta patología permite abordar los problemas individuales y comunitarios de una forma más completa y holística, consiguiendo así una atención más individualizada.

### **3. METODOLOGÍA.**

Primeramente se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el síndrome de Diógenes.

| Base de datos  | Palabras clave                         | Resultados  |               |
|----------------|--|-------------|---------------|
|                |  | Encontrados | Seleccionados |
| <b>PUBMED</b>  | "Diogenes" AND "Disorder mental"       | 76          | 2             |
|                | "Self-neglect" AND "Diogenes"          | 25          | 1             |
| <b>DIALNET</b> | "Síndrome Diógenes"                    | 26          | 6             |
| <b>CUIDEN</b>  | "Síndrome Diógenes"                    | 4           | 4             |
| <b>SCOPUS</b>  | "Diogenes syndrome" AND "Self-neglect" | 38          | 4             |
| <b>SCIELO</b>  | "Síndrome Diógenes"                    | 6           | 1             |

El trabajo se trata de un caso clínico en el que la valoración de enfermería se realiza a través de los 11 patrones funcionales de Gordon, a partir de los cuales se enunciaran diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía NANDA, y sus respectivos objetivos e intervenciones de enfermería. (NOC y NIC)

Se ha elaborado una tabla comparativa de los diferentes modelos cuya finalidad es la justificación del modelo elegido. Uno de los posibles modelos podría haber sido el modelo de Peplau, ya que se considera la teoría estrella en Salud Mental, considerándose la madre de la enfermería psiquiátrica. Aunque otro modelo podría haber sido el de Watson, el cual trata al individuo junto con la comunidad, sin incluir a la familia, por lo que podría haber sido buena elección si el contexto del caso clínico hubiese sido diferente.

Y finalmente, el modelo elegido de M. Allen, quien incluye a la familia en el proceso, con la peculiaridad de que ésta debe estar activa, permitiendo un abordaje perfecto a este caso clínico.

| <b>Modelo de Enfermería</b> | <b>SI</b>  | <b>NO</b>  |
|-----------------------------|--|--|
| <b>F. Nightingale</b>       | Ser integral   | Elementos naturales. El entorno son los elementos físicos más que los sociales, emocionales.   |
| <b>M. Rogers</b>            | Individuo como un todo.<br>Ayudar a individuo a remodelar relación consigo mismo y con ambiente, mejorar salud.  | Interacción continua con ambiente. Salud como mantenimiento armónico del individuo con su ambiente.  |
| <b>C. Roy</b>               | Ser biopsicosocial.  | Adaptación. Interrelación perfecta individuo-entorno. Salud como proceso de ser, meta persona adaptativa.  |
| <b>D. Johnson</b>           | Individuo como conjunto de diferentes partes interdependientes que forman un todo.   | Enfermería solo si desequilibrio o inestabilidad por acción del entorno.<br>No promoción de salud ni mantenimiento. Valoración limitada.   |
| <b>H. Peplau</b>            | Relación enfermera-paciente (INTERPERSONAL). Ejercer diferentes roles. Individuo como ser que vive en equilibrio inestable y lucha por la estabilidad. | No incluye a la familia en el entorno, éste es las fuerzas externas que le rodean e influyen.  |
| <b>V. Henderson</b>         | Persona y familia UNIDAD. Ser integral. Cuidado dirigido a suplir déficits. Multidisciplinario.  | Independencia para satisfacción de 14 necesidades. Requiere conocimiento, fuerza y voluntad. Es consciente y lucha por conseguir autonomía. Se centra en necesidades fisiológicas. |
| <b>L. Hall</b>              | Incluye en los cuidados a la familia.  | Individuo como persona, cuerpo y patología. Salud se refiere a persona sana.   |
| <b>I. King</b>              | Enfermería satisface una necesidad social.<br>Intercambio de percepciones enfermera-paciente.  | Comunicación.  |
| <b>B. Neuwman</b>           | Individuo como sistema abierto que interactúa con factores interno y externos. Enfermería ayuda mediante la negociación.                               | El grado de bienestar vendrá determinado por la conciencia de la enfermedad.   |
| <b>M E. Levine</b>          | Salud es resultado de situaciones patológicas y grupos sociales. Ser holístico.  | Actividades de enfermería dirigidas únicamente al individuo.   |

|                     |   |   |
|---------------------|---|---|
| <b>M. Leininger</b> | Cuidados de enfermería dirigidos a mejorar el proceso vital. Enfermería transcultural. Ser holístico. Salud universal. Aplicación relación E-P-E. | Persona se refiere a quien es capaz de cuidarse por sí mismo y conseguir el bienestar.  |
| <b>J. Orlando</b>   | Relación interpersonal. Individuo como un todo indivisible.   | Enfermería independiente de otras disciplinas. Enfermería busca las necesidades inmediatas. Centro de atención sólo paciente. |
| <b>J. Travelbee</b> | Persona-persona. Empatía. Incluye a la familia.   | Se centra solo en lo social. Interacción va a crear resultados positivos tanto en él, como en el entorno.                     |
| <b>J R. Sisca</b>   | Incluye a la familia. Paciente aquel que sea consciente o no de la enfermedad.  | Comunicación.   |
| <b>J. Watson</b>    | Importancia de cuidados según comunidad. Individuo+comunidad. Individuo 3 esferas: mente, cuerpo y espíritu.                                      |   |
| <b>M. Allen</b>     | Individuo y familia. Negociación. Aprendizaje. Objetivo: reducir las tensiones al lograr el objetivo. Útil para cualquier situación.              | La familia ha de ser activa.  |
| <b>R R. Parse</b>   | Unidad. Favorecer calidad de vida individuo-familia.  | Es el individuo quien guía la dirección del proceso.  |

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **Objetivo general:**

- Desarrollar un caso clínico que obliga a un abordaje de enfermería en la persona y en la comunidad.

##### **Objetivo específico:**

- Explorar la necesidad de pensar el caso clínico desde un modelo de enfermería.

#### **5. DESARROLLO.**

##### PRESENTACIÓN DEL CASO.

Juan tiene 68 años, y vive con su mujer, Marisa de 65 años, desde hace más de 45 años. Tienen dos hijos, Víctor y Laura, de 43 y 41 años respectivamente, quienes viven en sus propios domicilios con sus familias. Juan antes de estar jubilado se dedicaba a la banca, pero hace 5 años decidió retirarse y tomarse la vida de forma más tranquila. Marisa acudió a la consulta de enfermería con motivo de la cura de una herida mal cerrada en la pierna, donde ella se desahogaba con el personal de enfermería de lo cambiado que notaba a Juan. Siempre han tenido la costumbre de ir a clases de bailes de salón, pero Juan cada vez se notaba más perezoso y se escaqueaba. Era uno de los principales círculos sociales de la pareja, el cual desde hace 2 años, ha desaparecido, al igual que las antiguas amistades del trabajo.

Juan siempre ha sido un hombre muy coqueto, le gustaba ir siempre bien vestido, pero todo empezó a cambiar. Pasó a ser una persona mucho más solitaria, menos cercana con el resto, más independiente y con descuido personal, irreconocible para Marisa, "*Este no es el Juan del que me enamoré, no sé qué le pasa, y no quiere apenas tener conversación conmigo...*". Marisa se muestra muy angustiada, y describe su casa como "*una auténtica cuadra, todo lleno de cosas que no sé de dónde lo ha sacado*

*este hombre... ". Refiere que Juan madruga todos los días, y se va de casa alrededor de las 4 de la mañana, regresando a ella a las 8.*

*"Cada día trae algo nuevo, y los vecinos están mosqueados con su actitud, hay veces que se recorre el piso dejando migas de pan o basura en cada puerta del bloque", afirma Marisa, "de hecho, han tenido que venir dos veces los servicios de limpieza por plagas de cucarachas y ratas". Ella ha intentado abrirle los ojos a Juan de que algo estaba pasando y que podía necesitar ayuda médica, pero él entra en cólera, y le acusa a ella de estar enferma.*

Los antecedentes personales:

- DM tipo 2.
- Hernia inguinal.
- HTA.
- Hipercolesterolemia.

La medicación habitual:

- Metformina 500 De.
- Omeprazol 20 De.
- Simvastatina 20 Ce.
- Enalapril 10 De.

## VALORACIÓN Y PROCESO DIAGNÓSTICO.

Esta fase se realiza a través de los 11 patrones de Gordon.

### 1. Percepción: Manejo de la salud.

Juan no tiene conciencia de ella. Conoce el tratamiento que toma, aunque muchos días no se lo toma. Suele faltar a las consultas médicas. No tiene alergias, tiene todas las vacunas, y anualmente se vacuna de la gripe. Bebedor ocasional, 2-3 vasos de vino/semanal. Aspecto descuidado y el hogar limpio, salvo un cuarto donde acumula objetos.

- **00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c falta de confianza en el régimen m/p ausencia de tratamiento de forma casual.**

|  |  |
|--|--|
| <b>NOC.</b><br>Conducta de cumplimiento.<br><br><u>Objetivo:</u> Juan acudirá a las consultas y seguirá el tratamiento terapéutico.  | Indicadores:<br><ul style="list-style-type: none"><li>- 160103 Comunica seguir con la pauta prescrita. (3)</li><li>- 160105 Conserva la cita con un profesional. (3)</li><li>- 160104 Acepta el diagnóstico del profesional sanitario. (4)</li></ul> |
| <b>NIC.</b><br><ul style="list-style-type: none"><li>- Acuerdo con el paciente.</li><li>- Apoyo emocional.</li><li>- Establecimiento de objetivos comunes.</li><li>- Identificación de riesgos.</li><li>- Modificación de la conducta.</li></ul> |  |

## 2. Nutricional-Metabólico.

Peso: 80 kg. Talla: 172 cm. IMC: 27,04. Sobrepeso.

Juan hace 3 comidas diarias, aunque en ocasiones pica entre horas. No sigue ninguna dieta, aunque su apetito se ha visto alterado, por lo que suele estar inapetente. No lleva prótesis dentales, ni tiene dificultades en la masticación ni deglución. Consumo muy pocos líquidos (<1l diario) Temperatura corporal: 36,5º. Piel poco hidratada con lesiones en el dorso del pie, de aspecto necrosado. Presenta onicogriphosis en los dedos del pie.

- **(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c falta de higiene m/p destrucción tisular.**

|  |   |
|--|---|
| <b>NOC.</b><br><br>Curación de herida por segunda intención.<br><br><u>Objetivo:</u> La lesión en el dorso del pie, evolucionará de forma favorable. | Indicadores:<br><br>- 110312 Necrosis (2)<br>- 110321 Disminución de tamaño de herida (3) |
| <b>NIC.</b><br><br>- Cuidados de la piel: tratamiento tópico.<br>- Manejo de líquidos/electrolitos.<br>- Vigilancia de la piel.                      |   |

- **(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta inferior a un litro de agua diario m/p piel deshidratada.**

|   |  |
|---|--|
| <b>NOC.</b><br><br>Hidratación.<br><br><u>Objetivo:</u> Juan ingerirá más de 1,5l de agua diaria. | Indicadores:<br><br>- 060215 Ingesta de líquidos. (2)<br>- 060223 Pérdida de peso. (3)<br>- 060201 Piel tersa. (2) |
| <b>NIC.</b><br><br>- Manejo de líquidos.<br>- Alimentación.<br>- Reposición de líquidos.          |  |

### 3. Eliminación.

Eliminación intestinal: 1 deposición cada 2 días. De característica duras, sin alteración de color.

Eliminación vesical: frecuentemente, con algún escape ocasional. Características normales.

### 4. Actividad/Ejercicio.

Juan tiene aspecto desaliñado, mal olor y descuidado.

Es capaz de vestirse, asearse por sí solo, pero si su mujer no cocina, no come. Sale a pasear de madrugada y alguna tarde.

TA: 164/76 FC: 83x' FR: 16.

#### - (0305) Déficit autocuidado: higiene r/c autonegligencia m/p aspecto desaliñado.

| NOC   | NIC  |
|---|--|
| Autocuidados: higiene.  | <ul style="list-style-type: none"><li>- 030503: Se limpia la zona perineal (2)</li></ul>   |
| <u>Objetivo:</u> Juan mantendrá su higiene personal más adecuada.   | <ul style="list-style-type: none"><li>- 030514: Mantiene una apariencia pulcra (2)</li><li>- 030517: Mantiene la higiene corporal. (1)</li></ul> |
| <b>NIC.</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Controlar la integridad cutánea del paciente.</li><li>- Facilitar que el paciente se bañe el mismo.</li></ul> |  |

- **(00109) Déficit autocuidado: vestido r/c autonegligencia m/p aspecto desaliñado.**

|  |  |
|--|--|
| <b>NOC.</b><br><br>Autocuidados: vestir.<br><br><u>Objetivo:</u> Juan mejorará su apariencia física.                                       | Indicadores:<br><br>- 030201 Escoge la ropa.<br>(2)<br>- 030211 Se quita la ropa.<br>(2) |
| <b>NIC.</b><br><br>- Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.<br>- Mantener la intimidad mientras se viste. |  |

## 5. Sueño-descanso.

Juan tiene el sueño alterado, se acuesta alrededor de las 11 de la noche y se levanta a las 4 de la mañana. Duerme alguna siesta después de comer, pero no de forma habitual. No toma ninguna medicación para conciliar el sueño.

- **(00198) Deterioro del patrón del sueño r/c pensamientos repetitivos m/p inadecuada higiene del sueño.**

|   |   |
|---|---|
| <b>NOC.</b><br><br>Sueño.<br><br><u>Objetivo:</u> Mejorar la higiene del sueño de Juan. | Indicadores:<br><br>- 000401 Horas de sueño. (2)<br>- 000418 Duerme toda la noche.<br>(1)<br>- 0004010 Despertar a horas apropiadas. (2)<br>- 000404 Calidad del sueño. (2) |
| <b>NIC.</b><br><br>- Administración de medicamentos.<br>- Fomentar el sueño.            |   |

6. Cognitivo-Perceptivo.

Consciente y orientado.

No tiene déficits sensoriales.

No refiere ansiedad ni dolor.

No conciencia de la enfermedad.

- **(00072) Negación ineficaz r/c comportamiento acumulativo m/p no conciencia de la enfermedad.**

| NOC.   | Indicadores:  |
|--|---|
| Aceptación: estado salud.<br><u>Objetivo</u> : Juan aceptará que sus conductas no son adecuadas. | <ul style="list-style-type: none"><li>- 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud. (1)</li><li>- 130016 Mantiene las relaciones. (2)</li><li>- 130018 Muestra resistencia. (2)</li><li>- 130014 Realiza las tareas de autocuidado. (2)</li></ul> |
| NIC.   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Apoyo emocional.</li><li>- Movilización familiar.</li><li>- Orientación de la realidad.</li><li>- Potenciación de la autoconciencia.</li></ul>  |

7. Autopercepción/Autoconcepto.

Juan no es consciente de los cambios que ha sufrido, tanto a nivel físico como psíquico. Presenta cierta pasividad frente a su familia, no quiere ser ayudado.

- (00180) Riesgo de contaminación r/c acúmulo de basura en el hogar.

|   |  |
|---|--|
| <b>NOC.</b>   | Indicadores:   |
| Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar.<br><br><u>Objetivo:</u> Evitar la aparición de nuevas plagas en el hogar y en la comunidad. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 191030 Limpieza del hogar. (4)</li> <li>- 191031 Eliminación de plagas. (3)</li> <li>- 191040 Accesibilidad al baño. (3)</li> <li>- 191036 Eliminación de gases tóxicos. (2)</li> </ul> |
| <b>NIC.</b>   |  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo ambiental: comunidad.</li> <li>- Manejo ambiental: seguridad.</li> <li>- Vigilancia: comunidad.</li> </ul>   |

## 8. Rol-Relaciones.

Juan vive con su mujer, tiene dos hijos, y a pesar de todo tienen buena relación.

Dejaron de acudir a bailes de salón, donde la gran parte de su entorno social estaba presente.

Jubilado desde hace 5 años, distanciándose también de sus compañeros de trabajo de toda la vida.

**- (00053) Aislamiento social r/c patología m/p ausencia de relación con familia y amigos.**

|   |   |
|---|---|
| <b>NOC.</b><br>Clima social de la familia.<br><br><u>Objetivo:</u> Juan conseguirá mantener relaciones sociales.  | <b>Indicadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 260102 Participa en tradiciones familiares. (2)</li> <li>- 260122 Mantiene relaciones con los amigos. (1)</li> <li>- 260108 Mantiene el hogar limpio. (1)</li> <li>- 260120 Comparte problemas con otros. (2)</li> </ul> |
| <b>NIC.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulación de la integridad familiar.</li> <li>- Apoyo al cuidador principal.</li> <li>- Fomentar la normalización familiar.</li> <li>- Mantenimiento en procesos familiares.</li> <li>- Terapia familiar.</li> <li>- Apoyo a la familia.</li> </ul> |   |

**- (00054) Riesgo de soledad r/c aislamiento social.**

|  |   |
|--|---|
| <b>NOC.</b><br>Implicación social.<br><br><u>Objetivo:</u> Juan interaccionará con otros individuos.   | <b>Indicadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 150301 Interacción con amigos íntimos. (2)</li> <li>- 150302 Interacción con los vecinos. (2)</li> </ul> |
| <b>NIC.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciación de la socialización.</li> <li>- Asesoramiento.</li> <li>- Movilización familiar.</li> <li>- Potenciación de la imagen corporal.</li> </ul> |   |

**- (00052) Deterioro de la interacción social r/c patología m/p  
aislamiento social.**

|   |  |
|---|--|
| <b>NOC.</b><br>Participación en actividades de ocio.<br><br><u>Objetivo:</u> Juan aumentará su capacidad de interacción social.   | <b>Indicadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 160412 Elige actividades de ocio de interés. (2)</li> <li>- 160402 Expresión de satisfacción con las actividades de ocio. (1)</li> <li>- 160403 Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas. (1)</li> </ul> |
| <b>NIC.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciación de la socialización.</li> <li>- Terapia de entretenimiento.</li> <li>- Potenciación de la autoestima.</li> <li>- Terapia de actividad.</li> </ul> |  |

9. Reproducción-Sexualidad.

No menciona tener problemas.

10. Adaptación-Tolerancia al estrés.

Los problemas han surgido a partir de su enfermedad, por lo que se ven más afectada la familia que él.

- **(00073) Afrontamiento familiar comprometido r/c progresión de la enfermedad m/p excesiva carga sobre los cuidadores principales.**

|  |   |
|--|---|
| <b>NOC.</b><br><br>Salud emocional del cuidador principal.<br><br><u>Objetivo:</u> Reforzar los apoyos de la familia.  | Indicadores:<br><br>- 250608 Frustración. (2)<br>- 250613 Cargas percibidas. (2)<br>- 250602 Sensación de control (3) |
| <b>NIC.</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo emocional.</li> <li>- Aumentar sistemas de apoyo.</li> <li>- Apoyo a la familia.</li> <li>- Mantenimiento en procesos familiares.</li> </ul> |   |

- **(00062) Riesgo de cansancio de rol del cuidador r/c situación familiar estresante.**

|   |  |
|---|--|
| <b>NOC.</b><br><br>Factores estresantes del cuidador principal.<br><br><u>Objetivo:</u> Reducir la presión a la que está sometida Marisa.   | Indicadores:<br><br>- 220801 Factores estresantes referidos por el cuidador. (2)<br>- 220815 Sentido de aislamiento. (3)<br>- 220816 Pérdida de tiempo personal. (2)<br>- 220821 Deterioro de las relaciones familiares. (1) |
| <b>NIC.</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo al cuidador principal.</li> <li>- Apoyo emocional.</li> <li>- Apoyo en la toma de decisiones.</li> <li>- Escucha activa.</li> <li>- Asesoramiento.</li> </ul> |  |

- (00098) Deterioro en el mantenimiento del hogar r/c  
enfermedad m/p sobrecarga de los miembros de la familia.**

|  |   |
|--|---|
| <b>NOC.</b>  | Indicadores:  |
| Ambiente seguro del hogar.<br><u>Objetivo:</u> Las condiciones del hogar serán las adecuadas para habitar.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 191030 Limpieza de la vivienda. (3)</li> <li>- 191031 Eliminación de roedores e insectos. (3)</li> </ul> |
| <b>NIC.</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo ambiental: seguridad.</li> <li>- Identificación de riesgos.</li> <li>- Vigilancia: seguridad.</li> </ul> |   |

## 11. Valores/Creencias.

Juan es creyente pero no practicante de la religión católica.

## PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN.

La intervención va a tener lugar en dos espacios y con dos finalidades diferentes.

1<sup>a</sup> fase, la consulta de enfermería cuya finalidad va a ser establecer vínculos.

Se cita a Juan con su mujer Marisa, con la excusa de evaluar la DM tipo 2 que padece. De esta forma, se valora el control de la enfermedad así como la adherencia al tratamiento, el grado de hidratación y nutrición. Los diagnósticos que se trabajan en esta sesión van a ser los de carácter más médico, es decir:

- "Deterioro de integridad cutánea r/c falta de higiene m/p destrucción tisular".
- "Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c falta de confianza en él proceso m/p ausencia de tratamiento de forma casual".
- "Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta inferior a un litro de agua diario m/p piel deshidratada".
- "Deterioro de patrón del sueño r/c pensamientos repetitivos m/p inadecuada higiene del sueño."

Marisa acude a la consulta otro día con el fin de tratar los siguientes diagnósticos:

- "Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c situación familiar estresante".
- "Afrontamiento familiar comprometido r/c progresión de la enfermedad m/p excesiva carga sobre los cuidadores principales."

Se le ofrecen alternativas con el fin de reducir la carga de cuidadora principal, como por ejemplo, dos días a la semana, se encargarán sus hijos del cuidado de Juan, pudiendo así Marisa, disfrutar de los bailes de salón. La finalidad de la cita en la consulta de enfermería es crear un vínculo enfermera-paciente/familia, lo cual es necesario para afrontar problemas de salud posteriores.

2<sup>a</sup> fase, en el domicilio cuyo objetivo es abrir espacio de intervención a otros profesionales.

En esta fase se va a evalúa el estado y en las condiciones en las que Juan y Marisa viven pudiendo evaluar el entorno que les rodea, es decir, hogar, familia y comunidad. De esta forma trabajaremos los diagnósticos de:

- "Déficit de autocuidado: higiene/vestido r/c autonegligencia m/p aspecto desaliñado."
- "Riesgo de contaminación r/c acúmulo de basura en el hogar".
- "Aislamiento social r/c patología m/p ausencia de relación con familia y amigos."
- "Riesgo de soledad r/c aislamiento social."
- "Deterioro interacción social r/c patología m/p aislamiento social."
- "Deterioro del mantenimiento del hogar r/c enfermedad m/p sobrecarga de los miembros de la familia."
- "Negación ineficaz r/c comportamiento acumulativo m/p no conciencia de la enfermedad".

La falta de higiene puede venir dado por el déficit de autoestima y de conocimiento, por lo que procedemos a educarlo en este aspecto, para crear conocimiento o bien para reforzarlo. Las condiciones del hogar son las adecuadas, baño y cocina completos, sin carencias, simplemente la presencia del cuarto donde Juan acumula toda la basura y objetos que recoge. Marisa mantiene la limpieza del hogar muy adecuadamente, a pesar del olor desagradable que Juan acumula en su habitación.

También se va evaluando los problemas tratados al principio, los relacionados con la autonegligencia, el abandono personal y la sobrecarga de trabajo. Para tratar el aislamiento social, se le ofrece la posibilidad de realizar alguna actividad de forma individual o con su mujer, con el fin de favorecer las relaciones sociales.

En este caso, es imprescindible la participación de profesionales como un médico, el cual irá mano a mano con enfermería para solucionar los problemas de salud de Juan, y un trabajador social, que disponen en este centro de salud. El trabajador social se va a encargar del desalojo de basura y limpieza para evitar que la comunidad se inunde nuevamente de plagas y mal olor. Para evitar el rechazo de Juan y la destrucción del vínculo, debemos de realizar una serie de negociaciones, ofreciéndole una actividad que le guste con la retirada de basura. Ésta no se realiza de forma brusca, si no paulatinamente conforme Juan vaya desvinculándose de la basura. De esta forma, conseguiremos solucionar problemas tanto a nivel individual como a nivel de salud pública.

## EVALUACIÓN.

Uno de los aspectos más importantes en este caso, es el vínculo entre Juan y la enfermera, creándose una relación de confianza siendo más sencillo el abordaje. El equipo de atención primaria, compuesto por un médico, enfermera y trabajador social, se ha ocupado de informar a Juan acerca del síndrome que padece, y de los problemas que conlleva. La familia ha participado, mostrándole fotos, con el fin de que Juan se reconozca en ellas.

Tras la intervención de enfermería, la lesión en el pie de Juan ha mejorado, ha empezado a crecer tejido de granulación, además Juan acude a la consulta de enfermería, cumpliendo con la mayoría de las citas. La situación en casa ha mejorado, los hijos de Juan y Marisa, se han involucrado más con su padre, disminuyendo así la carga que Marisa sufría, mejorando también la comunicación entre Juan y Marisa.

El plan de desalojo de la basura del hogar, no fue bien recibido por Juan pero finalmente ha accedido con la condición de visitar su pueblo los fines de semana. De esta forma, se ha solucionado el problema sanitario que afectaba a la comunidad.

En cuanto a la higiene, Juan al principio es ayudado por Marisa o por su hijo, pero más adelante, lleva él a cabo esta tarea. Se le ofreció a Juan la posibilidad de acudir a una terapia de grupo que se realiza en el centro cívico de mano de la trabajadora social, donde acuden personas con diversos problemas, buscando la resolución de ellos y la interacción social. Con el paso del tiempo, Juan se ha ido animando y le propone a Marisa ir a los bailes de salón, como antes acudían. Marisa todavía debe estar un poco encima de Juan en el tema de acicalado e higiene.

## **6. CONCLUSIONES.**

A través de la revisión bibliográfica se ha demostrado la importancia que tiene el Síndrome de Diógenes, que consiste en un problema de salud que afecta tanto a nivel individual como a nivel comunitario, tratándose de un problema de salud pública. Los problemas más significativos de esa patología son aquellos relacionados con el autocuidado y de aspecto social.

La mayoría de los artículos relacionados con el caso se encontraban en revistas científicas de uso restringido para personal de esta especialidad lo que ha causado una serie de dificultades. Pocos eran los artículos que relacionaban la enfermería con la patología, siendo más común para profesionales de ámbito social.

La necesidad de abordar al individuo como un ser biopsicosocial precisa de un marco conceptual que va a venir definido por el modelo de enfermería elegido. En este caso, el de Moyra Allen, quien incluye en el proceso a la familia, y además ésta ha de ser activa, por lo que es imprescindible trabajar tanto con el individuo como con la familia.

Se han llevado a cabo una serie de actividades destinadas al individuo y a su entorno, desde sus cuidadores principales como su comunidad de vecinos. La falta de conciencia de la enfermedad en este tipo de pacientes dificulta el abordaje, por lo que es esencial crear un vínculo con el fin de que el individuo confíe en los profesionales sanitarios y en el proceso.

Con este caso clínico, se demuestra la importancia de la enfermería en estos pacientes con esta patología, ya que se desarrollan problemas médicos, sociales y personales. Además la captación de estos pacientes desde atención primaria suele ser complicada debido a la falta de adherencia a planes terapéuticos.

## **7. BIBLIOGRAFÍA.**

1. Boillos García CR. Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes en la provincia de Soria. DTS. [Internet]. 2012 [citado 22 Feb 2017] (51):317-353. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4643177>
2. Soler Ros JJ, Lucha Fernández V, Palomar Llatas F, Fornes Rejalte B, Muñoz Mañez V, Sierra Talamantes C, et al. Síndrome de Diógenes: sus cuidados estandarizados (primera parte). ANEDIDIC [Internet]. 2010 [citado 22 Feb 2017] (10): 8-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4298412>
3. Soler Ros JJ, Lucha Fernández V, Palomar Llatas F, Fornes Rejalte B, Muñoz Mañez V, Sierra Talamantes C, et al. Síndrome de Diógenes: sus cuidados estandarizados (segunda parte). ANEDIDIC [Internet]. 2010 [citado 22 Feb 2017] (11): 8-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4293545>
4. Rodríguez Funez B, Zurdo Hernández JM, Hernández Pérez JM, Cueli Rincón B, García Fernández C, Castellano Prado F, et al. Síndrome de Diógenes: ¿cuadro psíquico o demencial? Alzheimer [Internet] 2011 [citado 22 Feb 2017] (48): 5-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3584123>
5. Pantoja Paz JA. Intervención del trabajador social en personas afectadas por el síndrome de Diógenes. [Trabajo de fin de estudios en Internet] [Sevilla]: Universidad Pablo Olavide; 2006 [citado 22 Feb 2017] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002423>

6. Rodríguez Lozano E, Ortiz Fuillerat C, Blasco Novaldos G, Sáez Antón M, García Gutiérrez F, Bermejo Pérez C, et al. Características socio-demográficas de las personas con conducta acumuladora/trastorno por acumulación (S. de Diógenes) en la ciudad de Madrid. Serie de casos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet] 2014 [citado 26 Feb 2017] (34). Disponible en:  
[http://scielo.iciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352014000400002&lang=pt#bajo](http://scielo.iciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000400002&lang=pt#bajo)
7. Sinquemani Moran MA. Estudio demográfico e identificación de los factores de riesgo en las conductas acumuladoras en la ciudad de Sevilla. Hygia [Internet] 2014 [citado 26 Feb 2017] (87): 21-28. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/Hygia87.pdf>
8. Carrato Vaz E, Martínez Amoros R. Síndrome de Diógenes: A propósito un caso. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet] 2010 [citado 2 Mar 2017] (30):489-495. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3267575>
9. Irvine J DC, Nwachukwu K. Reconizing Diogenes syndrome: a case report. BMC [Internet] 2014 [citado 3 Mar 2017] (7): 276. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016666/>
10. Ciprani G, Lucetti C, Vedovello M, Nuti A. Diogenes syndrome in patients suffering from dementia. Dialoques Clin Neurosci [Internet] 2012 [citado 4 Mar 2017] 14 (4): 455-460. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553571/>
11. Moreta Arias, M, Pericás Angel, V. La Síndrome de Diógenes: una gran desconeguda [El Síndrome de Diógenes: un gran desconocido]. AgInf [Internet] 2010 [citado 25 Feb 2017] 14 (2): 90-91. Disponible en:[http://www.index-f.com/roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=663767\\_1](http://www.index-f.com/roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=663767_1)

12. Jiménez Játiva E., Molina Fernández N., Díaz Pérez F., Reyes Taboada A. El mal llamado "Síndrome de Diógenes". Enferm Docente [Internet] 2008 [citado 7 Mar 2017] 88: 36-39. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/edocente/88pdf/883639.pdf>
13. Lorente López, M. El Síndrome de Diógenes y las conductas acumuladoras desde la perspectiva del trabajo social: una revisión bibliográfica. Trab Soc y Salud [Internet] 2013 [citado 3 Mar 2017] 75: 121-138. Disponible en: [http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=685666\\_1](http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=685666_1)
14. Nayak K, Gopinath H, Kini H, Kumar P. Unmasking Diogenes Syndrome. Indian J Dermatol [Internet] 2015 [citado 25 Feb 2017] 69 (3): 287-289. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458943/>
15. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Elsevier Masson. Francia. 1996.
16. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Moorhead S, Swanson E, Dochterman JM. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnóstico enfermeros, resultados e intervenciones. 2<sup>a</sup> ed. University of Iowa: Elsevier Mosby; 2007.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5<sup>a</sup> ed. Elsevier: 2013.
18. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 6<sup>a</sup> ed. Elsevier: 2013.

## **8. ANEXOS.**

Anexo 1. Criterios del síndrome de Diógenes.

- Condiciones miserables en domicilio
- Autonegligencia.
- Vivir solo o con retramiento social.
- Conducta de atesoramiento.
- Ausencia de interés por el entorno.

Anexo 2. Clasificación síndromes acumulativos.

- Conducta acumuladora de coleccionista.
- Conducta acumuladora pasiva o falsa conducta acumuladora.
- Conducta acumuladora de Síndrome de Diógenes.
- Conducta acumuladora de animales (síndrome de Noé o Diógenes con animales).
- Conducta acumuladora compulsiva.
- Conducta acumuladora como consecuencia de la compra incontrolada.
- Conducta acumuladora estereotipada, ritualista (coleccionismo forzoso)
- Conducta acumuladora del colecciónismo fetichista.
- Conducta acumuladora asociada a cleptomanía.

Anexo 3. Afectación física en el Síndrome de Diógenes.

