UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Aproximación al síndrome de Diógenes:
un grupo humano estigmatizado

Ariadna Elizalde
Tutora: Teresa Dornell

2018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I - Presentación temática del síndrome de Diógenes	5
1.1. Breve acercamiento a la temática	5
1.2. Características más relevantes de la persona con síndrome de Diógenes.....	8
1.3. Fases de acumulación	13
CAPÍTULO II - Vida Cotidiana, lazos y redes sociales en las personas con síndrome de Diógenes	17
2.1 Cotidianidad vs. síndrome de Diógenes.....	17
2.2 Lazo social: familia vs. síndrome de Diógenes	23
2.3 Redes sociales: vecinos y barrio vs. síndrome de Diógenes.....	27
CAPÍTULO III - Estrategias de intervención con las personas con síndrome de Diógenes	31
3.1 Intendencia de Montevideo- Defensoría del Vecino	31
3.2 Intervenciones en el área de la salud	37
REFLEXIONES FINALES	45
BIBLIOGRAFÍA	47
Páginas WEB	50
ANEXO 1	52

INTRODUCCIÓN

Esta Monografía Final de Grado es el trabajo que se presenta para la obtención del título de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Plan 1992.

A partir del tema elegido, *Aproximación al síndrome de Diógenes. Un grupo humano estigmatizado*, se pretende una aproximación al concepto y a las características centrales que presentan las personas con el síndrome mencionado, a las repercusiones que se manifiestan en ellas, en sus familias y en sus barrios, así como a las estrategias implementadas por parte del Estado y del área salud con referencia a las acciones de intervención en su vivienda.

El interés que nos ha motivado para realizar este trabajo radica, por un lado, en la escasa información que hay sobre este síndrome en nuestro país y, a propósito de ello, la limitada bibliografía a la cual se pudo acceder y, por el otro, la desinformación existente en la población en general. Es así que este documento surge como un desafío para obtener material que nos brinde herramientas de análisis sobre el tema elegido.

En la búsqueda de material documental de nuestro país y con sustento científico solo se encontró una investigación realizada por el psicólogo Nicolás Bottinelli (2012), denominada *Síndrome de Diógenes. Impacto en el sujeto, la comunidad y los abordajes estatales*, informes anuales de la Defensoría del Vecino comprendidos entre los años 2010 a 2014 y, por último, escuetos recortes de diarios o periódicos con noticias informativas sobre personas afectadas con este síndrome. Por tal razón, se optó por incorporar la mirada internacional, en particular desde España, por ser un país que cuenta con varios archivos e información relevante sobre el tema que nos ocupa.

El denominado síndrome de Diógenes afecta principalmente a personas mayores de 65 años que se hallan solas, que están separadas o divorciadas, que atraviesan el síndrome del nido vacío o la muerte de algún integrante del hogar. La soledad los lleva a incorporar mecanismos de defensa, a disfrazar la realidad en la que viven.

Es el propio síndrome que hace que la persona se aisle de todo vínculo social y que las relaciones con su entorno (barrio, familia, vecinos, amigos) sean muy escasas. Así se convierte en un acumulador que no se puede desprender de nada, a tal punto que sale a la calle a buscar basura para llevar a su vivienda.

Su aspecto físico es descuidado: no se bañan, no comen, no son capaces de distinguir el problema que atraviesan y lo asumen como una rutina naturalizada en su vida cotidiana.

Los vecinos o familiares muy cercanos son los que realizan la denuncia a la Intendencia de Montevideo sobre el problema que padecen. Se trata de una dificultad y un malestar para desarrollar plenamente una vida saludable; el olor nauseabundo, las cucarachas, los roedores son las principales razones de las quejas de los vecinos cuando se realizan los expedientes a partir de sus denuncias.

Las personas con el síndrome de Diógenes rechazan cualquier tipo de ayuda porque no consideran que *algo malo les esté pasando*, no advierten el peligro que eso representa para su integridad física y mental, tanto para ellos como para su entorno social. Por tanto, la contención proveniente de los lazos sociales es un cimiento fundamental para la prevención y para la no reincidencia de la persona con el problema que nos ocupa.

Se vincula con una *ruina económica o pobreza imaginaria* que tanto ellos como las demás personas piensan que tienen, y no es así. Es más, este síndrome, no depende de la clase social de quienes lo sufren, sino que abarca a todos los estratos sociales.

En la metodología de estudio aplicada nos hemos propuesto aportar información desde una dimensión cualitativa, a partir de la utilización de fuentes documentales, especialmente secundarias. Se ha realizado, asimismo, un análisis crítico desde distintos

enfoques y propuestas de los diferentes autores sobre la patología. La información se complementó, desde el trabajo de campo, con los aportes de la entrevista realizada a un informante clave sobre el tema. Esa entrevista semi-estructurada no ha sido grabada y se realizó a un referente de la Consultoría del Vecino (a fines del 2016), que es un actor calificado central para aportar información relevante para este trabajo.

El **objetivo general** que orienta esta monografía, es el siguiente:

- Estudiar en el síndrome de Diógenes las estrategias de intervención del Estado y la salud en el Uruguay.

Los **objetivos específicos** se desglosan del objetivo general y se destacan los siguientes:

- Recabar información sobre el síndrome de Diógenes a través de archivos, publicaciones, informes, investigaciones, tanto nacionales como internacionales.
- Presentar las características relevantes de las personas con el síndrome mencionado.
- Indagar el impacto de dicho síndrome en los familiares y vecinos del barrio.
- Identificar las estrategias de actuación realizadas en España ante una persona con síndrome de Diógenes.

Por consiguiente, el trabajo se dividió en tres capítulos para su desarrollo y comprensión:

En el Capítulo I, *Presentación temática del síndrome de Diógenes*, se presentan las diferentes definiciones de dicho síndrome, las características más relevantes y las fases que atraviesa la persona.

En el Capítulo II, denominado *Cotidianidad, lazos y redes sociales en las personas con síndrome de Diógenes*, se tomó como eje principal la vida cotidiana, las necesidades humanas y las redes sociales, y se investigó el papel que desempeñan el barrio y la familia con relación al síndrome.

En el Capítulo III, *Estrategias de intervención con las personas con síndrome de Diógenes*, se analizaron los procedimientos llevados adelante por la Intendencia de Montevideo, a través de la Defensoría del vecino, así también como desde la salud y, por otra parte, los aportes estratégicos que se realizan en España a la hora de intervenir en la limpieza de la vivienda de estas personas.

Por último, las reflexiones finales serán un pilar importante para el cierre de todo el trabajo realizado.

CAPÍTULO I

Presentación temática del síndrome de Diógenes

1.1. Breve acercamiento a la temática

El término *síndrome de Diógenes* toma su nombre del filósofo Diógenes de Sinope, un hombre que se caracterizaba por estar en soledad, rodeado de perros, en un tonel, sin bienes materiales, ya que ningún objeto era considerado necesario para el desarrollo de su vida cotidiana.

Al investigar sobre el tema, observamos que hay una gran contradicción entre el significado estricto del término y lo que realmente él quiere vislumbrar. Es decir, una persona que presenta la característica de acumular cosas sin ningún motivo, que vive rodeada de basura es opuesta a la de Diógenes de Sinope que vivía despojado de toda riqueza material.

Por tal razón, algunos autores (Perdigão y Lopes, 2010) señalan que existe una teoría para fundamentar este síndrome que puede obedecer a alguno de estos dos motivos: por un lado, porque Diógenes de Sinope pertenecía a la Escuela Cínica (fundada por Antístenes, a la muerte de Sócrates) y la elección del término entonces respondería a una ironía, por otro, se podría referir al abandono que practicaba Diógenes.

Pero otros profesionales (Jiménez, Molina, Díaz, Reyes, 2008) señalan que al ser un nombre *irónico*, y al no estar avalado por la Organización Mundial de la Salud, es mejor llamarlo de otra manera y usar definiciones como *silogomanía*, *trastorno de ideas delirantes*, *urraquismo* o *síndrome de la miseria senil*.

“La expresión ‘síndrome de Diógenes’ se utiliza —no específicamente desde la academia— para describir un tipo de ‘trastorno de acumulación’ que tiene graves consecuencias sanitarias no sólo (*sic*) para quien padece el trastorno sino para la comunidad” (Defensoría del Vecino, 2013:141).

Para comenzar a desarrollar este trabajo es menester señalar algunas de las definiciones más importantes, tanto de autores nacionales como de profesionales internacionales, sobre la temática elegida.

Carrato y Martínez (2010) señalan sobre el síndrome de Diógenes:

“(…) describe un patrón de conducta caracterizado fundamentalmente por un extremo abandono del autocuidado, tanto la higiene como la alimentación y la salud (viviendo en condiciones higiénicas insalubres), acumulación de basuras y objetos inservibles, autonegligencia, marcado aislamiento social y sin conciencia de enfermedad.” (Carrato, Martínez, 2010:490)

Hay que hacer una distinción entre el acumulador compulsivo o coleccionista y quien tiene síndrome de Diógenes, ya que los dos se encuentran dentro del denominado *Trastorno de Acumulación*. El primero colecciona cosas con el fin de darles utilidad en el futuro o porque es un aficionado de algún objeto u objetos, pero sin miedo a deshacerse de ellos con tal de tener otro mejor, más antiguo o más moderno; puede cambiarlo, venderlo o permutarlo por otro de diferente valor con cualquier artículo que sea suyo para enriquecer su colección. En cambio, el segundo reúne cualquier cosa innecesaria, hasta el punto de convertir su casa en una vivienda llena de basura, animales y alimentos putrefactos, transformándolo en un lugar inhabitable, comprometiendo su salud mental y física, perjudicando no solo su calidad de vida sino también el bienestar social de toda una comunidad.

“(…) nos encontramos con personas que acumulan objetos en desuso, que no se desprenden de la basura que generan diariamente, que salen a buscar residuos fuera de sus hogares, y que van poco a poco construyendo una muralla de desechos que los van alejando de sus vínculos sociales y familiares. Se va consolidando de esta forma el fenómeno del autoabandono, de la autoexclusión, tan característico del síndrome de Diógenes”. (Bottinelli, 2012:12)

Otra distinción que se puede realizar a partir de lo expresado por Carrato y Martínez (2010) es que los acumuladores o los coleccionistas no descuidan su higiene personal, se los ve *limpios y prolijos* y, por tanto, (aunque no son personas relativamente sociales) salen a la calle y no llaman la atención por su aspecto físico. No obstante, estas autoras

señalan que “En algunos casos la acumulación compulsiva puede terminar en síndrome de Diógenes cuando la vivienda está atestada de objetos, se comienza a acumular la basura, y la persona comienza a descuidar su higiene personal” (Carrato, Martínez, 2010: 490).

Por otro lado, la Defensoría del Vecino de Montevideo define al síndrome de Diógenes como:

“(…) un desorden del comportamiento, una conducta de aislamiento, con ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades de higiene personal y ambiental, reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas sociales o familiares y negación de la situación patológica. Se expresa como la acumulación compulsiva y descontrolada de todo tipo de objetos, ropa usada, papel, envases vacíos, basura, comida y muchas veces animales dentro y fuera de la casa, ocupando todo el espacio posible del suelo al techo”. (Defensoría del Vecino, 2010:171)

Las viviendas se convierten en lugares insalubres para hospedarse. Se señala, inclusive, que muchas veces la acumulación de basura es tal que resulta imposible abrir la puerta principal, y que algunas de estas personas han hecho *túneles* y *recovecos* para transitar por su casa.

“Cuando ya no va quedando lugar en las habitaciones la basura avanza sobre el espacio público, hasta el punto de haber encontrado personas durmiendo fuera de su propia vivienda. Cuando el dormitorio ya no es dormitorio y el baño no se utiliza como tal, sino que también está cubierto de desechos, nos damos cuenta de que han pasado años de acumulación, años de soledad y de un paulatino deterioro físico y mental.” (Bottinelli, 2012:12)

1.2. Características más relevantes de la persona con síndrome de Diógenes

La mayoría de las fuentes consultadas, tanto nacionales como internacionales, (Bottinelli, 2012) (Boillos, 2012) (Defensoría del Vecino, 2010) (Defensoría del Vecino, 2011) (Defensoría del Vecino, 2012) (Defensoría del Vecino, 2013) (Jiménez, Molina, Díaz, Reyes, 2008), señalan que las personas con este síndrome son mayores de 65 años, que han perdido a un integrante de la familia (personas separadas, divorciadas, con el síndrome del nido vacío, atravesando el duelo por la muerte de algún integrante del hogar), y que la soledad los ha llevado a adquirir mecanismos de defensa que disfrazan la realidad en la que viven.

Se los caracteriza como personas que viven solas, que en su mayoría se sienten abandonadas, y que esa carencia afectiva los conduce a llenar los vacíos con la acumulación de objetos. Se encuentran rodeados de cosas que les transmiten seguridad y confianza.

“El ser humano se siente mejor si posee ciertas cosas, si las incorpora a su propia persona, asumiendo que «poseer» es sinónimo de sentirse seguro. No es extraño que nos hagamos dependientes y adictos a cosas (libros, regalos, ropas, coches, etc.). De ese modo se entiende que la especie humana sea la más coleccionista de todas las existentes, que coleccionemos de todo, incluyendo basura u objetos sin valor (silogomanía), y que tal costumbre sea un hábito de vida”. (Jiménez, Molina, Díaz, Reyes, 2008:38)

Presentan descuidos en su aspecto físico: no se bañan, no comen y, en muchos casos, la drogadicción y el alcoholismo son formas de escapatoria del día a día. No pueden distinguir el problema que realmente los aqueja y lo viven como una rutina naturalizada en su vida cotidiana. En este caso, la desnutrición y la deshidratación también operan en contra cuando se las quiere ayudar para estabilizarlas, no hay controles de salud siquiera esporádicos; el autoabandono y la autonegligencia son los principales factores de este síndrome (Carrato, Martínez, 2010).

Otra de las características fundamentales es que los lugares de la vivienda dejan de ser utilizados para su fin específico y se convierten en un vertedero de basura y acumulación de cualquier tipo de objetos. Las habitaciones que son utilizadas para

acumular basura antes fueron baños, dormitorios, comedores, entre otros espacios alterados del hogar. (Bottinelli, 2012)

En algunas ocasiones la basura es de tal magnitud que la persona ya no duerme en su cama, porque ella ya está ocupada al igual que el resto de los cuartos, entonces lo hace en el piso, sentado arriba de las bolsas de basura o, incluso, fuera de la vivienda. Esas son opciones que manejan estas personas a la hora de *descansar*.

Lo mismo ocurre a la hora de utilizar el baño. Esta parte de la habitación, consumida por acumulación, impide la higiene; bañarse ya no es una opción y las necesidades básicas pasan a realizarse en un tarro o sobre las mismas bolsas de basura. La acumulación compulsiva de residuos, tanto orgánicos como inorgánicos, constituye un verdadero foco insalubre, un lugar invadido por olores nauseabundos provenientes de esa basura, así como también de los excrementos, tanto de los animales que poseen como de las personas que viven allí. Esto conduce a enfermedades infecciosas debidas a la aparición de roedores, de insectos y por los mismos animales que allí viven; se convierte en un verdadero riesgo de vida, tanto para estas personas como para los vecinos linderos, ya que toda esa cantidad de residuos generan gases tóxicos y muchas veces pueden llegar a provocar incendios. (Bottinelli, 2012)

“O principal deles é a relutância dos pacientes em aceitar qualquer tipo de ajuda. Os casos geralmente chegam ao conhecimento dos serviços de saúde após denúncias de vizinhos, preocupados com as consequências do acúmulo de lixo nas proximidades de suas residências” (Perdigão y Lopes, 2010:159).

A partir de esto, es que los vecinos denuncian ese foco infeccioso porque genera conflictos y malestar entre ellos. Una de las características de la enfermedad es que la persona no es consciente de la realidad en la que vive. Ella oculta lo que realmente le sucede, *hace poco que lo hago, o lo hago para venderlo luego en la feria, no me lo voy a quedar*, negando cualquier tipo de ayuda, por lo cual se hace difícil la intervención de profesionales ante las demandas. (Bottinelli, 2012)

Por otro lado, aparecen también denuncias de los vecinos por lo que se denomina como *contaminación acústica*, proveniente de los animales que están en la vivienda. El

síndrome de Noé, caracterizado por la acumulación de animales, es otra de las características presentes en el síndrome de Diógenes y es parte de él. Cuando se realizan operativos, la cantidad de animales supera las expectativas de los operarios, no solo por el número o por la variedad de animales que se pueden encontrar en una vivienda (perros, gatos, gallinas, gallos, chanchos, conejos, pollos), sino también por la falta de cuidados, tanto de ellos como de la persona. (Bottinelli, 2012)

Se encuentran desnutridos y deshidratados, encerrados en jaulas donde pasan casi toda su vida, viviendo de forma hacinada, con ruidos molestos, sin atención veterinaria, lastimados, enfermos, maltratados, con olores desagradables y, muchas veces, conviviendo con el cadáver de otros animales. Al respecto, según la Defensoría del Vecino, en su Informe Anual de 2011, el síndrome de Noé, que consiste en la acumulación reiterada de animales, motivó a que se reglamente en la Ley N.º 18 471, *Tenencia responsable de animales*, vigente desde el año 2009, la Ley de protección animal.

El Artículo D.2161 del Digesto Departamental, establece:

“Queda prohibida la tenencia de animales en las fincas cuando por su número, características o condiciones de permanencia provoquen o puedan provocar en el medio ambiente un foco o situación de insalubridad. Comprobada que fuera una de estas circunstancias, el Servicio de Salubridad Pública intimará el retiro de los animales en un plazo perentorio [...]”¹

Si luego de la intimación la persona no retira los animales se procederá a realizar las sanciones pertinentes por causa de la tenencia irresponsable. A pesar de lo señalado anteriormente, la persona que sufre este síndrome se describe a sí misma como alguien que ama a los animales, que los cuida y los mantiene de forma responsable, y niega, sobre todo, que el animal esté descuidado o haya sufrido algún daño por su causa. (Bottinelli, 2012)

Como vimos, no es consciente de la realidad en la que vive y tampoco lo es de todo acto que realiza generando daños no solo a terceros sino también a sí mismo. Por tanto,

¹ Normativa Departamental, (S/D). recuperado de: <http://normativa.montevideo.gub.uy/articulos/68901>

esos *objetos que acumula* son animales protegidos por la ley, seres vivos que son encerrados,

“(…) viven hacinados y sin la mínima atención veterinaria, muchas veces en verdadero estado de desnutrición y de maltrato, es una conducta que termina dañando a la comunidad que rodea el lugar, a los propios animales, y a la persona que provoca la acumulación”. (Defensoría del vecino, 2011:184)

Otra de las características que presenta la persona con síndrome de Diógenes es que se vincula con una *pobreza imaginaria*, una condición que ellos piensan que tienen y que en la mayoría de los casos no es así. Comienzan a ahorrar dinero y no saben la cantidad que poseen porque no tienen conciencia, aunque el monto de esa *pobreza extrema* es sumamente elevado. (Bottinelli, 2012)

Por tanto, este síndrome no depende de la clase social de las personas, sino que abarca a todos los estratos sociales, pero, en cualquier caso, indefectiblemente lleva a juntar cualquier cosa sin advertir el peligro que representa tanto para la integridad física como mental. El nivel socio-educativo es variable, ya que se presenta también en todos sus niveles, sin distinción alguna. Aunque en algunas oportunidades el síndrome de Diógenes está vinculado a situaciones de extrema pobreza, no necesariamente todos los casos estudiados en Uruguay, a partir de la información de la Defensoría del Vecino, están vinculados a tal condición socio-económica. “Estas problemáticas se presentan en diferentes estratos sociales y culturales, con diferentes niveles educativos (docentes universitarios, inclusive). En este sentido, no se trata de problemáticas asociadas a una condición económica vinculada a la pobreza extrema” (Bottinelli, 2012:34).

En síntesis, según la Defensoría del Vecino, la persona con síndrome de Diógenes se caracteriza por la acumulación compulsiva

“(…) de grandes cantidades de basura en los domicilios y vivir «voluntariamente» en condiciones de pobreza extrema a pesar de poseer muchas veces medios económicos para llevar mejores condiciones de vida. La persona queda ligada emocionalmente a cada una de sus posesiones y no logra darse cuenta de las consecuencias nocivas para la salud propia y la de los demás”. (Defensoría del Vecino, 2012:196)

Las personas con este síndrome se aíslan, no tienen vida social y las relaciones con su entorno son muy escasas, ya sea con su familia o sus vecinos. Son personas ermitañas que prefieren estar en soledad y lejos de cualquier tipo de contacto humano. Por tanto, la relación con los familiares es un pilar importante en el acompañamiento y apoyo de la persona que presenta dicha enfermedad².

A lo expresado se suma que las personas no se bañan, ni se higienizan, no comen adecuadamente, ni beben la cantidad necesaria de líquido (agua) para no deshidratarse, no se realizan controles en los centros de salud, por lo que es frecuente que tengan infecciones o enfermedades derivadas del síndrome que, en muchos casos, ponen en riesgo su vida por la falta de controles y la permanencia en lugares sumamente contaminantes. (Bottinelli, 2012)

² Entrevista realizada a informante clave en la Defensoría del Vecino; 2016: Anexo 1.

1.3. Fases de acumulación

La investigación realizada por la Defensoría del vecino en el año 2012, a través del psicólogo N. Bottinelli, presenta tres fases relacionadas con la enfermedad y la persona.

La primera fase es la *acumulación pasiva*: se trata de un síntoma de abandono, ocasionado, eventualmente, por la ruptura con una pareja o por la muerte de un familiar. Si bien todas las personas, en algún momento de la vida, tenemos conductas proclives a la acumulación, eso no reviste importancia siempre y cuando sea circunstancial y no permanente. Por ejemplo, dejar los platos y los vasos sucios para lavar, acumular ropa en una silla sin doblarla, plancharla y guardarla.

La segunda fase es la *instalación*: aunque aún se presenta en forma pasiva, pero ya está instalada la enfermedad. La ropa acumulada ya lleva meses sin ningún lavado, no se sabe cuál es la ropa que se encuentra sucia y cuál es la que está limpia, porque todo ocupa el mismo lugar. En cuanto a los platos o los vasos, estos ya están con restos de comida, de bebida o de sobras, y, en ocasiones, esos *tarritos* son guardados como una *colección* con restos de comida que les recuerda algún momento especial de su vida.

Y la tercera y última fase es la de la *acumulación activa*: aquí el punto de acumulación es tal que no hay distinción entre una cosa sucia o una limpia, sino que todo está sucio, sin cuidado, tanto la vivienda como la propia persona que allí habita. Acumula tantas cosas que ya no sabe lo que tiene. Es un proceso que lleva años, por lo cual no sabe en qué momento empezó a juntar basura orgánica e inorgánica; están rodeados de muchos animales donde las necesidades básicas se realizan en cualquier lado porque están encerrados y el baño ya está ocupado por excesivas cantidades de basura. Por otro lado, en esta fase la persona no solo acumula residuos desperdiciados por él, sino que sale a la calle a buscar más basura para introducirla en su domicilio, e incluso acumula desechos de otras personas.

En los tres casos la persona se aísla de todo vínculo social y, según lo expresado por nuestra informante calificada, podríamos considerar que en la primera fase es casi imposible darse cuenta de un futuro problema. En esta etapa es siempre la persona por sí

sola la que sale adelante, la que afronta la realidad en la que vive porque es un *momento* de la vida, y no de *toda* la vida; es una fase que se da en la adolescencia porque se pierde un examen, los deja una pareja, se muere un abuelo, entonces no se quieren bañar, descuidan el dormitorio e inclusive los alimentos se encuentran debajo de la cama. Es un luto que suele desaparecer en cuestión de meses³.

Es en esta fase que los lazos sociales sospechan que *algo no está bien*, pero con la ayuda de amigos, vecinos, y con familiares como la madre, el padre, los hermanos, tíos o abuelos el propio adolescente sale adelante. Es una edad donde los vínculos sociales son más fuertes que en cualquier otra etapa de la vida y, en este aspecto, eso es totalmente opuesto a lo que ocurre con las personas mayores que viven solas y que no tienen ningún tipo de relación con el exterior.

En la segunda fase la persona comienza a perder ciertos parámetros de la realidad en la que vive. Los vecinos, la mayoría de las veces, son los que advierten los cambios de conducta que se producen, porque aparecen olores desagradables, tanto por la putrefacción de la comida en descomposición como de los animales que viven con ellos⁴

La tercera fase es propiamente la del síndrome de Diógenes, ocurre cuando el *daño ya está instalado*. La ayuda profesional es sumamente importante desde el momento de la intervención en el domicilio hasta el acompañamiento y seguimiento de la persona durante todo el proceso para lograr un cambio en esa conducta de acumulación dañina. Se trabaja no solo en la asistencia, como factor central para la posible recuperación, sino también en la promoción de mecanismos de prevención que apunten al mejoramiento de la calidad de vida, tanto de la persona afectada como de las familias y de los propios vecinos del barrio⁵

Para concluir nos parece importante agregar que “los estudios más recientes sugieren que existe una estrecha relación entre el síndrome de Diógenes y disfunciones en el lóbulo frontal” (Carrato, Martínez, 2010:491), y que, por lo tanto, un alto porcentaje de estas personas sufre algún tipo de demencia o trastorno mental. Este

³ Entrevista realizada a informante clave en la Defensoría del Vecino; 2016: Anexo 1

⁴ *Ibíd*em

⁵ *Ibíd*em

síndrome estaría vinculado al aislamiento de la persona, a la retracción dentro de sus hogares y al escaso vínculo con sus pares.

“Sobre el fenómeno del aislamiento en personas con síndrome de Diógenes, un psicólogo especializado en envejecimiento y otros actores consultados, sostiene que es uno de los efectos posibles de una problemática de fondo y muy extendida en el país: el aislamiento social en poblaciones con diferente nivel de vulnerabilidad, personas de la tercera edad, con alteraciones psiquiátricas o con discapacidad.” (Bottinelli, 2012:36)

Por eso, a medida que se desarrolla el trabajo surgen algunos cuestionamientos como los que siguen:

1. ¿En qué medida este síndrome es solo un problema que abarca el campo de la salud mental en sentido restringido (psiquiatría)?
2. ¿Por qué es una problemática a ser abordada solo en ese campo y no en otros?
3. La institucionalización en recintos de salud mental de la persona ¿es la solución para este tipo de patología diagnosticada por el campo de la salud mental?
4. ¿No hay otras disciplinas involucradas en este tipo de problemática?

Por lo expuesto, se puede interpretar que la comprensión y abordaje de este síndrome no solo involucra a la persona en esa situación y el lugar donde vive, sino también a todo el entorno y a la comunidad. Entonces:

5. ¿Cuál sería el impacto que tiene esta situación en la vida cotidiana de la persona?
6. ¿Es la propia persona la que se va desafiando del entorno social y por eso llega a esas condiciones?
7. Es decir, ¿cuál ha sido el motivo que la llevó a esa situación?
8. ¿Realmente la forma de comprender la temática es a partir de considerarla una patología o existen mecanismos en el propio sistema que van creando procesos paulatinos de estigmatización y, por ende, de exclusión?
9. ¿Cuáles son las respuestas por parte del Estado uruguayo a través de la salud o de la Intendencia de Montevideo en este tema tan complejo?

CAPÍTULO II

Vida Cotidiana, lazos y redes sociales en las personas con síndrome de Diógenes

En el siguiente capítulo se desarrolla el concepto de *vida cotidiana* para relacionarlo con la persona con síndrome de Diógenes. Luego, veremos los lazos y redes sociales (como lo es la familia y el papel que juega el barrio, los vecinos); categorías que se encuentran presentes en todo el proceso, desde el momento que se origina el síndrome, hasta finalizada la limpieza del hogar y la posible institucionalización de la persona.

2.1 Cotidianidad vs. síndrome de Diógenes

Heller (1985), sobre la vida cotidiana, afirma lo siguiente:

“(...) es la vida del hombre entero, o sea: el hombre participa en la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad. (...). El hombre de la cotidianeidad es activo y goza, obra y recibe, es afectivo y racional (...)”. (Heller, 1985:39-40)

Es la vida del hombre desde que nace hasta que muere. Es a través de la cotidianidad que la persona internaliza pautas de comportamiento para vivir en sociedad. La mayoría de las personas tenemos nuestra vida estructurada y relativamente organizada, nuestra dinámica cotidiana se realiza de forma mecánica; casi todas las acciones diarias las hacemos *sin pensar*. No realizamos un análisis crítico de la realidad que se nos presenta, nos levantamos, desayunamos, dejamos a nuestros hijos en centros educativos, concurrimos al trabajo, volvemos a nuestro hogar, realizamos los quehaceres, nos bañamos, estamos con nuestra familia, cenamos y nos acostamos para repetir este proceso cíclico toda la semana. El fin de semana lo dedicamos para descansar o para realizar la limpieza de nuestro hogar, inclusive para salir con los hijos, reunirnos con amigos y conversar con algún vecino.

Pero cuando se realizan los quehaceres diarios no nos dedicamos exclusivamente a lavar la losa en el baño, no dejamos comida debajo de la cama por semanas, tampoco colocamos la ropa en la alacena de la cocina o el surtido del mes en la repisa del cuarto de baño.

“La vida cotidiana no está “fuera” de la historia, sino en el “centro” del acontecer histórico: es la verdadera “esencia” de la sustancia social” (Heller, 1985:42). Es decir, a pesar de que cada persona pertenece a un grupo específico, en lugar y tiempo dados, cada una de ellas contribuye a su ser particular y cada una de las otras personas (que también crean su propio ser particular) forman una historia general (*individuo particular y específico*).

La vida cotidiana es el espacio de mediación entre el hombre particular y la sociedad. En la vida diaria, por ejemplo, todas las personas se visten (historia general), pero cada persona lo hace de acuerdo a sus gustos, sus ingresos y de acuerdo a cómo pueden vestirse (historia particular).

En la cotidianidad todos los hombres particulares desarrollan, por un lado, una historia particular y, por otro, una historia general, produciéndose así mecanismos de reproducción individuales que, al mismo tiempo, favorecen a la reproducción social de todas las personas.

Para Neef (1986), en este caso, el abrigo o la forma de vestirse no debe de ser considerado como necesidad, “sino como satisfactores de la necesidad fundamental de subsistencia” (Neef, 1986:5). En este sentido, las necesidades son las mismas en todas las culturas y en cada historia, ya sea que se trate de una historia particular o de historias generales. “Lo que cambia, a través de tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de necesidades” (Neef, 1986:6). “La vida cotidiana es la vida del individuo. El individuo es siempre y al mismo tiempo ser particular y ser específico [...]” (Heller, 1985:42).

Como se ha mencionado, las personas con síndrome de Diógenes no son conscientes de la realidad en la que viven, por tanto se niegan a ser atendidos, a recibir

ayuda, tanto afectiva como profesional, a continuar un tratamiento médico o a ser internados en algún centro psiquiátrico (Vilardebó, Villa Carmen o Etchepare).

“El hombre nace ya inserto en su cotidianeidad. La maduración del hombre significa en toda sociedad que el individuo “se hace con todas las habilidades imprescindibles para la vida cotidiana de la sociedad (capa social) dada”. El adulto es capaz de vivir por sí mismo su cotidianeidad”. (Heller, 1985:41)

Es por ello que el sujeto, tanto ser *individual* como parte de un *colectivo*, produce y reproduce pautas de valores y de comportamientos, de los cuales se apropia para poder sobrevivir en su medio. Aprende normas, valores y costumbres que, según Heller (1985), se adquieren con la *maduración*. Transitamos a través de dichas pautas y comportamientos que hacen que se adquieran una serie de reglas para poder convivir con el resto de la sociedad.

Las personas con síndrome de Diógenes dejan de lado esas pautas y valores adoptando solo las que les permiten sobrevivir como individuos particulares de modo constante, para poder lograr la supervivencia ante un contexto determinado, que es el opuesto al que lleva adelante el resto del barrio. “(...) El hombre aprende en el grupo los elementos de la cotidianidad (...)” (Heller, 1985:42).

El hombre en su cotidianidad se encuentra dentro de diferentes grupos en los que se relaciona con otros. Todas las personas viven y están inmersas en diferentes tipos de redes sociales: la familia, los amigos, el barrio, los vecinos, el trabajo y el estudio, el tiempo libre. La familia es el pilar fundamental para que esas pautas de comportamiento adquieran su máximo esplendor a la hora de convivir con el resto de las personas.

Las personas no actúan de forma aislada, sino que lo hacen a través de los procesos de socialización, como los que se llevan a cabo en la vida cotidiana, para poder vivir en sociedad. Según Dornell (2005),

“Para poder ir cambiando en lo personal, se debe estar implicado en algunos procesos grupales y sociales en los que experimentan prácticas que además de los efectos externos tengan también resultados para los hábitos propios de cada uno. No actuamos ni nos

socializamos aisladamente, sino en redes de comunicación y comportamiento cotidiano (familiares, amistades, trabajo, vecinos)”. (Dornell, 2005: 9)

Las redes sociales son “construcciones que se consolidan en la vida cotidiana, en que nos vamos auto-educando desde pequeños [...]” (Dornell, 2005:9). Desde que somos niños aprendemos y aprehendemos día a día el lugar en que va cada cosa, a conservar lo que nos es necesario y a descartar lo que no sirve o no es útil para nuestra vida.

Pero, en cierta medida, las personas acumulan, guardan cosas u objetos, como, por ejemplo, una entrada al cine, un boleto, papeles de envoltorio de chocolate, cuadernos escolares, fotos antiguas, una carta. Recuerdos que no dejan pasar la edad ni el tiempo y que nos remontan a aquel lugar exacto; tesoros que guarda cualquier persona para *recordar* un momento, un lugar, o a otra persona.

En la actualidad, con la tecnología es muy difícil borrar un mensaje emotivo, algún video gracioso o solo al abrir el *inbox* diariamente nos encontramos con correos *basura* que se encuentran en las casillas y muchas veces no son eliminados de la cuenta. Se acumulan cosas que *en algún momento las vamos a utilizar*.

Pero ¿qué sucede si esa acumulación comienza a no tener control y se convierte en un síndrome de Diógenes? Según la Defensoría del Vecino:

“(…) se dio conocimiento público que el “trastorno de acumulación” se incluyó en la Clasificación elaborada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales-DSM-5, en su última revisión, publicada en mayo de 2013”. (En Bottinelli, 2012:14)

El síndrome de Diógenes se describe como un trastorno de acumulación que consiste en acopiar cualquier cosa que sea innecesaria; sus objetos personales y de valor se fusionan con toneladas de basura orgánica e inorgánica, alimentos en mal estado, grandes cantidades de animales sin atención necesaria. Todo eso pone en juego la salud emocional y física de la persona y perjudica no solo su calidad de vida sino también el bienestar de toda una comunidad.

La informante clave nos explicitó que este tipo de trastorno está ligado a una sociedad de consumo, al mundo globalizado al que pertenecemos: *tener para hacer, tener para calmar, juntar para recordar*. Una persona acumula cosas para recordar, para retener momentos importantes de su vida; “No todos los acumuladores tienen una patología psiquiátrica, algunos por soledad y porque se quedan solos, no pueden desprenderse de sus recuerdos”⁶

Se busca la satisfacción a través de la necesidad que genera el consumo; este impone un estilo de vida que, además, provoca un alto nivel de competitividad. Estos trastornos están estrechamente vinculados con los medios de comunicación que transmiten estilos de vida de niveles socioeconómicos elevados para una población que pertenece a los estratos más bajos de la sociedad⁷.

Por ello, Heller (1985) expresa que hay que “suspender la Vida Cotidiana”:

“El medio de la abolición-superación parcial o total de la particularidad, de su arranque de la cotidianidad, y su ascenso a lo específico, es la homogenización (...). Significa, por una parte, que concentramos toda nuestra atención sobre una sola cuestión y “suspendemos” cualquier otra actividad durante la satisfacción de la anterior tarea; y, por otra parte que aplicamos nuestra entera individualidad humana a la resolución de esa tarea.” (Heller, 1985:52)

Se debe salir de ese estado inmediatista y, por eso, es necesario realizar una lectura crítica de la realidad (que es la que se presenta como única posible), desnaturalizando todos los hábitos, las acciones cotidianas que legitiman y reproducen dicho modelo, y así poder reflexionar e ir más allá de lo inmediato. Se trata de apartarse de lo aparente, cuestionar la propia cotidianidad para alcanzar una *autoconciencia* y *suspenderse* de lo que nos rodea para poder volver a la vida cotidiana otra vez, pero de manera distinta, modificada.

La persona con síndrome de Diógenes tendrá que dejar de lado todas las actividades de su vida cotidiana para enfocarse solo en una: superar la realidad concreta a partir de

⁶ Ibídem

⁷ Ibídem

determinados mecanismos de *reinserción social*, que mediante el trabajo profesional interdisciplinario hará posible promover esos mecanismos de superación.

No es una actuación profesional sencilla, sino de extrema complejidad, ya que la *suspensión* requiere de un arduo trabajo y, en este caso, del trabajo en equipo con profesionales calificados en la temática para la *suspensión* de la persona con síndrome de Diógenes.

Heller (1985) señala que todas las personas, sin distinción alguna, estamos destinadas a *suspendernos*, a dejar todo aquello que estamos haciendo para convertirnos en *hombre entero*. Por ende, es el propio equipo el encargado de trabajar con las personas en relación con su vida cotidiana, ya que no se trata de *asistir* o de *brindar auxilio*, sino de acompañar, de apoyar, dejando de lado los aspectos de *salud-enfermedad* y enfatizando en la vida singular de la persona con este síndrome.

2.2 Lazo social: familia vs. síndrome de Diógenes

La familia constituye el pilar fundamental de la unidad social, es la institución por excelencia y el espacio en que se desarrolla la vida privada.

“La familia y los vínculos de parentesco —establecidos en función de la elección de pareja (afinidad) y las relaciones de filiación (consanguinidad) — sirven también como base del compromiso para las conexiones materiales de la reproducción cotidiana. La gente, al aceptar el valor y el significado social de la familia, participa de relaciones de producción, reproducción y consumo: se casa, tiene hijos, trabaja, hereda normas culturales y riquezas materiales para luego transformarlas y transmitir las.” (Jelin, 1998: 78)

En ella existen diferentes obligaciones y cada una de las personas que la integran tiene un rol social que debe cumplir a la perfección: mamá, papá, hijos, hermanos, abuelos. La familia es la contención de la persona, la que atribuye responsabilidades, exigencias y tareas domésticas para cada uno de sus integrantes.

A mediados de los años 60 comienza la metamorfosis de la noción *familia*. Ocurren transformaciones tanto a nivel familiar como a nivel social, es así que, entre otras cosas, en América Latina aumenta la tasa de participación del empleo femenino y disminuye la participación del empleo masculino. La *familia tipo* o *familia nuclear* es entendida como un modelo normativo, es vista como *normal* (por la Iglesia, la salud, la educación). “(...) la familia nuclear de mamá, papá y los hijos se combina con una fuerte ideología familista, en la cual la consanguinidad y el parentesco han sido criterios básicos para las responsabilidades y obligaciones hacia otros (...)” (Jelin, 1998:90). En la actualidad la familia unipersonal y la monoparental se destacan entre los otros tipos de arreglos familiares; “(...) ha desplazado a la familia extensa y ampliada, y a la lista de los tradicionales niños, ancianos, discapacitados físicos y mentales, mujeres con muchos hijos (...)” (Dornell, 2005:5).

Jelin (1998) explica cómo se dan los cambios en estas *nuevas familias*: aumentan los divorcios, las personas se casan menos y tienden a quedarse solas, hay menos

cantidad de hijos por núcleo familiar. La viudez es una situación natural en toda persona adulta, pero, según la autora, ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Por otro lado, cuando la pareja se separa o se divorcia, “los hombres tienden a unirse a mujeres más jóvenes que ellos” (Jelin, 1998:85).

Uruguay se encuentra con una población envejecida; los adultos mayores antes vivían con sus familias, actualmente, sin embargo, en su mayoría viven solos ya que no tienen muchas responsabilidades y se convierten en un *estorbo* para los suyos (datos aportados por el informe de Cepal, 1996). “El aumento del número de hogares unipersonales en zonas urbanas responde en parte a este proceso de envejecimiento poblacional (...)” (Jelin, 1998:86); asimismo, también existen hogares que no son nucleares, por ejemplo, hermanos ancianos que viven juntos, personas afectadas por el síndrome del nido vacío u otros que viven en residenciales.

Antes eran principalmente las hijas o cualquiera de las mujeres de la familia las que se hacían cargo de los viejos cuando ellos perdían la capacidad de valerse por sí solos (y no en términos de subsistencia económica, sino en términos de autonomía para la realización de los quehaceres domésticos). En el presente, es muy común desligarse de ciertas responsabilidades; existen residenciales para la tercera edad o centros psiquiátricos que *liberan* a las mujeres de ese tipo de tareas no remuneradas y de un trabajo invisible que realizaban. (Jelin, 1998)

Por otro lado, Parsons (1970) señala que existe un doble discurso a la hora de llevar a vivir a un adulto mayor al hogar de un familiar, porque esa es una *solución o mecanismo no natural* al problema que se intenta resolver, es decir, no dejar solo al adulto mayor. Se trata de solucionar de manera inmediata algunas cuestiones precisas: la basura, la salud, la vida cotidiana, la compañía, generar hábitos saludables para mejorar la calidad de vida de la persona mayor. Pero, por otro lado, complica en forma notoria la relación con otros integrantes del hogar o inclusive con la misma persona que la llevó, porque se producen conflictos, tensiones, reproches, enfrentamientos, no solo porque la han sacado de su cotidianidad, sino porque tiene que adaptarse a otros medios, modos y estilos de vida distintos a los que llevaba antes de la salida de su hogar. “(..) la propia convivencia cotidiana entre quienes desenvuelven su vida en “armonía” con los parámetros sociales establecidos y quienes manifiestan alteraciones hacia ellos, parece

profundizar una especie de contradicción, que se expresa en el rechazo” (Silva, 2007: 94).

Es posible señalar que lo expresado anteriormente alude a la relación que esta persona mantiene con el resto de la sociedad y, particularmente, con su propia familia. Como se señaló, muchas veces es casi imposible ponerse en contacto con algún tipo de familiar porque no han estado en comunicación durante un tiempo o simplemente porque no tienen familia y han quedado completamente solos. En otros casos es la misma persona la que rechaza cualquier tipo de ayuda familiar, ya que para ellos esa conducta es *normal* (no son conscientes de la realidad). “Rechazan ayuda familiar y social (principal dificultad). Rechazan cambiar de conducta, repitiendo la acumulación después de cada limpieza” (Defensoría del Vecino, 2012:196).

Según Bottinelli (2012) se pueden encontrar varios tipos de familia cuando hablamos del síndrome de Diógenes:

- Las que están dispuestas a cooperar con la persona, buscando ayuda e información en Centros Comunes, en la Policía, en los Centros de Salud. Familias que no saben cómo reaccionar, llenas de interrogantes, con dudas, miedos, preocupaciones.
- Las que rompen el lazo con quien presenta el síndrome, porque se niega a recibir ayuda y entonces optan por dejarlo solo, en estado de abandono. Es así que esa persona continuará con su trastorno de acumulación y podrán pasar años para que se intervenga profesionalmente ya que no se sabe nada de su situación hasta que es denunciada ante el área de Salubridad de la Intendencia de Montevideo.
- Las familias que entran en juego cuando la persona ya está en proceso de rehabilitación, acompañándolo en todos los controles médicos y reuniones que la persona realiza.
- Las familias que a la hora de la limpieza del lugar solo intervienen y participan de la operación para reclamar las cosas materiales del propietario, como, por ejemplo, bienes de valor.

- Las familias que acumulan de *forma pasiva*; esto significa que viven con el acumulador y aunque tienen conciencia de la situación no saben cómo salir de ese círculo insalubre. Es progresiva la forma en que se apodera la costumbre de juntar basura en el hogar.
- Las familias que son *víctimas*, ya sean niños, ancianos, discapacitados, personas que tienen un estrecho vínculo de dependencia con quien presenta este síndrome.

Es frecuente que algunos familiares realicen la limpieza de un lugar específico del entorno habitacional, pero solo puntualmente, porque es tan abundante la basura que en un solo día no es posible despejar ni la cuarta parte de una habitación. Es así que contratan volquetas, o personas para limpiar la vivienda, que llaman al Centro Comunal para que retire muebles, bolsas y cualquier otra basura que fue acumulada durante años sin ningún tipo de utilidad. (Bottinelli, 2012)

Cuando la persona comienza a deshacerse de algunas cosas por sí misma, por mínimo que sea ese desprendimiento, esa posibilidad de tirar la basura voluntariamente sin pensar que lo están robando, se considera que es un gran paso en el proceso de la intervención profesional y del acompañamiento. Por tal razón, a la hora de culminar la jornada de limpieza, los familiares pueden retirarse tranquilamente. En estos casos, cuando el individuo libremente acepta desprenderse de la basura, ya no habrá alerta de los vecinos porque han vuelto al contenedor a rescatar aquello de lo que se deshicieron e, incluso, a recuperar más desechos de los que ya tenían en su hogar (Defensoría del Vecino Cuarto Informe Anual, 2010).

2.3 Redes sociales: vecinos y barrio vs. síndrome de Diógenes

Para Giorgi (1997):

“[...] la problemática de la vivienda es central cuando hablamos de calidad de vida y de salud integral. Esto es bien claro en el saber de los usuarios [...]. Así como la familia forma parte de una red social más amplia, la vivienda está inserta en un territorio llamado barrio y que determina relaciones de vecindad con otras personas y familias.” (Giorgi, 1997:5)

El barrio es un aspecto particular de lo general —que en este caso sería lo urbano o la ciudad— y es en él donde la cotidianidad juega un papel fundamental, es el escenario de los procesos comunicacionales y vinculares que todo hombre tiene con un territorio específico, el que genera relaciones de identidad y sentimientos de pertenencia.

“Los barrios montevideanos históricamente han constituido verdaderas “escuelas” donde se creó y se transmitió de generación a generación una cultura ciudadana, en ellos interactuaban familias de diferente extracción (*sic*) social, con distintas procedencias y tradiciones culturales, generando verdaderas redes de intercambio, solidaridad y ayuda recíproca. La escuela, la calle, el campito o la esquina, fueron espacios donde a partir del encuentro de diversas corrientes migratorias se forjó buena parte de la idiosincrasia nacional.” (Giorgi, 1997:6)

Según Dornell (2005): “El tipo de vivienda y de equipamiento de la zona es un buen indicador para situar en el mapa cada territorio más o menos segregado” (Dornell, 2005: 6). Las familias antiguamente se agrupaban según su nivel social, económico o cultural, pero en el caso del síndrome de Diógenes existe la denominada *pobreza imaginaria* que no depende del barrio donde vive la persona, que no discrimina estratos sociales, económicos o culturales, ya que la persona puede habitar tanto en un barrio periférico como en un barrio privado o en una zona de altos ingresos económicos.

Esto genera malestar y muchas veces violencia entre los vecinos con la persona que presenta el síndrome. Es así que son ellos, los vecinos, quienes generalmente denuncian ante los diferentes organismos públicos, como la Intendencia de Montevideo, la

Defensoría del Vecino, o la Seccional más cercana, el problema que padecen los habitantes de esa zona y que afecta la salubridad del entorno. Esta situación provoca un verdadero caos que impide el desarrollo de una vida saludable en el barrio. El olor nauseabundo, las cucarachas, los roedores, son los principales problemas que destacan los vecinos a la hora de presentar la denuncia. Por tanto, ya no se trata solo de un síntoma propio de la persona, sino también un problema que afecta a la comunidad donde vive. (Bottinelli, 2012)

Para abordar el problema se debe contar con equipos interdisciplinarios capaces de comprender esa cotidianidad cargada de las denuncias, los pedidos, los expedientes, que no hacen sino reflejar las necesidades que se expresan en inquietudes, deseos y malestares. A las molestias de los vecinos se suma, además, el propio malestar que sufre la persona con síndrome de Diógenes durante el operativo en su vivienda que le puede resultar invasivo. Es así que la relación con los familiares y la empatía con algunos vecinos son pilares para el seguimiento y el apoyo a la persona que presenta esta enfermedad, porque generan espacios de confianza, ellos son capaces de *ponerse en el lugar del otro* y facilitan las relaciones interpersonales.

Estos dos pilares, la familia y el entorno social, son esenciales durante todo el proceso del apoyo profesional, e incluso durante el posterior acompañamiento, porque la intervención suele presentarse con complicaciones. En ese sentido, el vínculo entre la persona, sus vecinos y familiares facilita la mediación de los profesionales y permite que quien posee el síndrome mantenga una conducta positiva luego de la limpieza de su hogar y habilite a la promoción de hábitos saludables y favorezca una mejor calidad de vida para ella y su entorno. Se trata de acompañar a la persona, de apoyar sus decisiones y de generar espacios de contención para optimizar la convivencia de todos los implicados.

En síntesis:

“La vivienda y el hogar constituyen un satisfactor sinérgico, y como tal, se encuentra en el vértice de diferentes necesidades humanas (...). Las necesidades humanas, cuando son concientizadas y comprendidas por las personas constituyen el motor para organizarse, elaborar alternativas, procurar y exigir soluciones. (...) cuando son pseudo satisfechas, este potencial se bloquea, se genera conformismo, resignación, al tiempo que las condiciones de vida continúan siendo iguales o peores que antes.” (Giorgi, 1997: 9)

La vivienda tiene que satisfacer a quien se encuentre en ella y cumplir con las necesidades estipuladas dentro del hogar, como el confort y la higiene que son pilares básicos para la calidad de vida y el desarrollo integral de los integrantes en ese hogar. No obstante, cuando nos referimos al síndrome de Diógenes ocurre todo lo contrario; no existe una limpieza adecuada, el olor, la humedad, los animales, la basura, todo eso es parte de la cotidianidad de estas personas. Ellas actúan sin pensar y dañan severamente su salud física y mental y la de aquellos con los que conviven. Las intervenciones que se hacen en la limpieza de la vivienda de una persona con síndrome de Diógenes son *pseudo satisfechas*, pues se realizan sin un seguimiento post-profesional.

En nuestro país, la limpieza de estos hogares la realiza el área de Salubridad de la Intendencia de Montevideo y, simultáneamente, a la persona se la deriva a un Centro de Salud para que le realicen un control médico de rutina. Al momento del egreso todas ellas se retiran del Centro de Salud con fecha y hora para una próxima consulta, pero, si no hay un buen acompañamiento por parte de algún familiar o vecino, si no concurre a esas consultas recae y comienza a acumular basura nuevamente. Entonces, vuelve a perder contacto con el mundo exterior, elimina el hábito de vida saludable que adquirió en ese corto plazo posterior a la limpieza de su vivienda y con el aporte de profesionales calificados (Bottinelli, 2012).

Ahora bien, luego de desarrollar este capítulo, surgen nuevas interrogantes para el análisis de este trabajo:

1. ¿Cuál es el procedimiento que se realiza cuando se interviene en una vivienda con síndrome de Diógenes?
2. ¿A qué hospital es derivada la persona y qué ocurre allí con ella?

3. ¿Cuál es el seguimiento *esperado*?
4. ¿Cómo se procede en otros países a la hora de realizar una intervención de este tipo en una vivienda?
5. ¿Se actúa de igual manera que en otros países?

CAPÍTULO III

Estrategias de intervención con las personas con síndrome de Diógenes

En este capítulo se aborda las estrategias que, desde el Estado, se llevan adelante con las personas con síndrome de Diógenes y se realiza una comparación con el *modus operandi* que en este aspecto se efectúa en España. Para ello, se definirán tales estrategias a partir de las acciones que implementa la Intendencia de Montevideo en la limpieza de la vivienda de las personas con síndrome de Diógenes y las actuaciones del Hospital Vilardebó, que es el Centro de Salud de referencia al cual se derivan a éstas para un diagnóstico, tanto físico como mental. Finalmente, se compararán estas modalidades de intervención articulada con las que se realizan en España.

3.1 Intendencia de Montevideo- Defensoría del Vecino

Para este capítulo ha sido importante el acceso a los datos recabados en la investigación realizada por el psicólogo N. Bottinelli (2012), a los informes anuales de la Defensoría del Vecino, a los aportes de la entrevista efectuada al informante clave de esa institución, y a material obtenido de fuentes documentales provenientes de España sobre el tema estudiado.

Cabe agregar que tanto la Defensoría del Vecino como el Departamento de Salubridad Pública de la Intendencia de Montevideo por encontrarse en esta ciudad no hicieron posible contar con información para el resto del país.

El servicio de Salubridad Pública de la Intendencia de Montevideo tiene como objetivo mantener la salud de todos los habitantes que residen en la capital del país, tanto de lugares públicos como de lugares privados. Asimismo, el Digesto Departamental de la Intendencia de Montevideo establece en el Artículo D.2157 que:

“El servicio de Salubridad Pública procederá al contralor de las condiciones higiénicas de las viviendas determinando si aquellas son susceptibles de afectar la salud

de sus ocupantes o de la higiene ambiental de los linderos o de la zona. Ordenará, cuando sea necesario, las inspecciones técnicas pertinentes, procedimiento por iniciativa propia o mediante denuncia de parte.”⁸

El informe anual del 2012 de la Defensoría del Vecino señala que la Intendencia cuando comienza a realizar el operativo retira la basura, los animales de las casas y “(...) procede a la desinfección, desinsectación y desratización de las mismas. Muchas veces las viviendas no recuperan las condiciones adecuadas de habitabilidad como para que la persona afectada después de tener el alta hospitalaria vuelva a un lugar confortable” (Defensoría del Vecino, 2012: 201).

Se recuerda que la denuncia casi siempre la realiza un vecino, quien, la mayoría de las veces, se dirige a la Intendencia de Montevideo y si ella no responde el reclamo lo eleva a la Comisaría o al Centro Comunal Zonal, para lograr la acción más rápida y eficaz en la erradicación del foco insalubre en el barrio.

El Servicio de Salubridad de la Intendencia de Montevideo es el único encargado de agendar, a través de expedientes, todos los reclamos provenientes tanto de un vecino, de la Seccional Policial o de la Defensoría del Vecino.

La informante clave, por su parte, no mencionó los recursos que se necesitan para limpiar una vivienda y acotó que lo primero que se llevan es todo lo que parece basura: botellas, papeles, bolsas, libros rotos. Señaló que en determinados lugares “(...) llevó 10 días limpiar una vivienda”⁹

⁸ Normativa Departamental, (S/D). recuperado de: <http://normativa.montevideo.gub.uy/articulos/68901>

⁹ Entrevista realizada a informante clave en la Defensoría del Vecino; 2016: Anexo 1

Para Bottinelli (2012) los criterios primordiales a la hora de realizar una intervención son los siguientes:

- En primer lugar, si existe riesgo de vida tanto de la persona que acumula como de quien viva allí y dependa directamente de ella (niños, ancianos, personas en situación de discapacidad).
- En segundo lugar, juegan un papel muy importante los vecinos y las denuncias que realizan, si son muy repetidas, si ha sido más de una persona la que realizó el reclamo o si el acumulador ha sido reincidente en su conducta (el Servicio de Salubridad tiene que constatar que realmente existe un foco infeccioso para los habitantes de la zona y que no se trate de una pelea entre vecinos, por ejemplo).
- Y, por último, los recursos con los que cuentan las instituciones estatales, tanto los sanitarios, como los referidos a los lugares para la internación de las personas que son derivadas para una atención de urgencia; recursos de zoonosis, como la ubicación para los animales que la persona tiene en la vivienda; recursos humanos y materiales con los que cuenta la Intendencia para realizar la limpieza en la vivienda.

La informante clave no explicitó cuál es la cantidad de denuncias recibidas, pero sí señaló que existen alrededor de sesenta casos de intervención a la fecha de realizada la entrevista. Al respecto señaló: “pero el problema no son los sesenta casos intervenidos, sino todos aquellos que están en formación, en proceso”¹⁰

El Informe Anual del 2010, realizado por la Defensoría del Vecino, recibía en ese momento hasta dos denuncias por semana con dos tipos de quejas, unas vinculadas al mal olor, a los roedores e insectos que ingresaban a sus hogares y otras por la demora de la Intendencia en comenzar con el operativo de limpieza de la vivienda.

Se destaca que estas denuncias se multiplican cada año y que muchas de ellas son:

- Reincidencias: denuncias realizadas por varios vecinos sobre una vivienda específica, donde profesionales y operarios ya han intervenido en la limpieza y la persona vuelve a acumular basura y animales.

¹⁰ Ibídem

- Que no llegan a su intervención o a operar en la vivienda y solamente se repiten las intimaciones, las inspecciones y las multas correspondientes.
- Denuncias *perdidas*, reclamos que quedan en el olvido, expedientes sin dar todavía alguna respuesta a los vecinos del barrio o a algún familiar que radicó la denuncia.

Si esta información se compara con los aportes que realiza España a las personas que están afectadas por el síndrome de Diógenes encontramos sensibles diferencias en las actuaciones. En España se firma un *consentimiento* para que se pueda realizar la limpieza del hogar y en caso que se nieguen, como se procede a un proceso burocrático, la intervención demora un poco más.

Cuando se realiza ese operativo, una de las profesionales afirma:

“(...) nosotras trabajamos hacia la aceptación de esa limpieza para que sea lo menos traumática posible y lo viva de una manera positiva, trabajamos en la línea de manejar las emociones negativas, siempre teniendo en cuenta que lo que para ellos son tesoros para nosotros es basura y que tienen la sensación de que se les ha tirado cosas valiosas.”¹¹

Si bien en nuestro país hay pasos que se siguen al momento de la intervención de la vivienda, tanto por parte de la Defensoría del Vecino como de Salubridad Pública de la Intendencia de Montevideo, hay que aclarar que la Defensoría señala que:

“No es responsabilidad de la Intendencia limpiar las fincas privadas. Solo se interviene cuando se constata un foco insalubre que fue denunciado por vecinos. Si los responsables de este foco no limpian, empieza un proceso administrativo-legal para limpiarlo y erradicar el foco insalubre mediante un operativo.” (Defensoría del Vecino, 2013:144)

¹¹ Europapress, 2014 Recuperado de: <http://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-madrid-pionera-atencion-sindrome-diogenes-trastorno-acumulacion-mayores-20141223112907.html>

El Artículo D.2159 del Digesto Departamental de la Intendencia Municipal establece que luego de ser

“(…) detectado el origen del foco o situación de insalubridad se intimará al responsable (propietario, inquilino o cualquier extraño) a la corrección de las anomalías comprobadas, indicándole un plazo para efectuarla bajo apercibimiento de que en caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones pertinentes.”¹²

1. Primero se pasa por un *proceso burocrático administrativo*, donde se expide la denuncia y se realiza un expediente. Luego se procede a la intimidación y posterior intervención en la vivienda según los recursos con que cuente este organismo público.
2. Se intima a limpiar la vivienda en un plazo no mayor a 30 días a través de un cedulón enviado por el servicio de Salubridad.
3. En una segunda intimación, si no se recibe respuesta de la primera, se extiende el plazo nuevamente a 30 días.
4. Se le envía a la persona un nuevo cedulón pero este ya con una multa a pagar y nuevamente se le amplía el plazo a la limpieza (otros 30 días).
5. Si no existe respuesta en esos 90 días, Jurídica de la Intendencia junto con el Poder Judicial ordenan allanar la vivienda para su respectiva limpieza. (La secuencia de este procedimiento es establecida por la Defensoría del Vecino, 2010)

Para la informante clave, estos procedimientos son realizados de manera intimidatoria y agresiva, aunque destaca como positivo que es frecuente el miedo a perder la vivienda y basta con la primera intimación para que la persona realice la limpieza con ayuda de algún familiar o vecino que realmente quiera comprometerse con la causa. Cabe señalar que, aunque sea lo menos frecuente, algunas familias al verse desbordadas por la situación optan por contratar a empresas privadas que se hagan cargo de la limpieza de la vivienda. En Uruguay no disponemos de la maquinaria ni de los equipos necesarios para la realización de ese trabajo que requiere no solo de recursos materiales, sino también de equipos interdisciplinarios para abordar tal problemática.¹³

¹² Normativa Departamental, (S/D). Recuperado de: <http://normativa.montevideo.gub.uy/articulos/68901>

¹³ Entrevista realizada a informante clave en la Defensoría del Vecino; 2016: Anexo 1

Al igual que en otros países, en España las empresas privadas cuentan con las maquinarias y el equipo especializado para atender a la persona que padece el síndrome de Diógenes, “realizan fumigaciones correspondientes, colocan nuevamente las instalaciones sanitarias, hacen los trámites necesarios para volver a instalar la luz y el agua, etc.” (Defensoría del Vecino, 2013: 144).

Como la limpieza de la vivienda es muy costosa, la empresa se dirige al domicilio para constatar en qué situación se encuentra, se realizan entrevistas a todo el entorno de la persona para luego trabajar con ellas y así otorgarle un presupuesto para que la familia opte por su contratación; si ella asume positivamente el gasto recién entonces la empresa comienza su trabajo con operarios capacitados y con los profesionales necesarios para acompañar a las personas que se encuentran directamente vinculadas a quien padece el síndrome de Diógenes.¹⁴

¹⁴ Europapress; 2014 Recuperado de: <http://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-madrid-pionera-atencion-sindrome-diogenes-trastorno-acumulacion-mayores-20141223112907.html>

3.2 Intervenciones en el área de la salud

Para Giorgi (1997):

“La salud, que no es mera ausencia de enfermedad, sino de calidad de vida y posibilidades de que la persona desarrolle sus potencialidades y se realicen como tales, está directamente relacionada al tema de necesidades humanas y al grado en que estas son satisfechas o no. En relación a estas necesidades, la vivienda en particular y el hábitat en general, ocupan un lugar relevante, no se trata solamente de lugares físicos, sino que, al ser habitados por personas adquieren significaciones sociales y psicológicas.” (Giorgi, 1997:5)

El rol de la salud, con referencia al síndrome de Diógenes, está citado en el Artículo D.2160 del Digesto Departamental, el cual señala que:

“Las viviendas que sean declaradas insalubres, parcial o totalmente, por el Intendente, no podrán ser habilitadas hasta tanto haya desaparecido su insalubridad. Una vez declarada definitivamente la insalubridad de una vivienda, se le intimará a su propietario, fijándose un plazo prudencial, la ejecución de los trabajos necesarios para hacer desaparecer sus causas y dejar el edificio en perfectas condiciones higiénicas para ser habilitado.”¹⁵

La limpieza de la vivienda se podría considerar el punto máximo de tensión, de conflicto, de discusión e inclusive de peleas entre quien padece síndrome de Diógenes y el resto de las personas que participan en el operativo: los vecinos, la familia e inclusive con todo el equipo que va a trabajar en el lugar. El discurso de los *buenos hábitos* o de la higiene, tanto personal como la de su hogar, juegan un papel sumamente importante en la vida cotidiana de la persona con dicho síndrome.

La informante clave expresa que en el pasado si la persona se mostraba agresiva se la llevaba a la comisaría para asegurar que el operativo se realizara de forma correcta sin su presencia a la hora de la limpieza. Actualmente, concurre un policía siempre que hay una orden de allanamiento y con él un escribano público asesorando y describiendo;

¹⁵ Normativa Departamental, (S/D). Recuperado de: <http://normativa.montevideo.gub.uy/articulos/68901>

por ejemplo: *se sacan tantas bolsas de basura, una mesa con cuatro sillas y una con una pata rota*¹⁶. Se sacan fotos de cómo se encontraba la vivienda antes de la intervención y cómo quedó al finalizar. El responsable de la firma del informe es Salubridad de la Intendencia, quien utiliza como respaldo de su trabajo esas pruebas avaladas por un profesional calificado, (tanto visuales como escritas), porque muchas de las personas afectadas, luego de realizada la limpieza de la vivienda, se dirigen a la Intendencia de Montevideo o a la Seccional Policial para radicar denuncias por robo o saqueo. Es entonces que la persona es derivada a un Centro de Salud, “(...) se trata de persuadir, es decir lo llevan al hospital para convencer, si tiene familia, la familia sirve de gran apoyo para estos casos (...)”¹⁷. Por lo tanto, el recurso que se utiliza es su traslado al Hospital Vilardebó.

En la actualidad, los profesionales de dicho centro hospitalario ya no se trasladan al territorio como antes lo hacían, sino que ahora la persona es dirigida a dicho nosocomio. El Vilardebó cuenta con una emergencia que se llama ACRI (Atención en CRISIS) y, de acuerdo con el Protocolo de Actuación, las personas que presentan síndrome de Diógenes son internadas no solo para recibir atención médica, sino también psiquiátrica para que se les realice un diagnóstico de la enfermedad lo antes posible.¹⁸

Por tanto, este hospital es el pionero en captar las situaciones de quienes padecen el síndrome de Diógenes. Al momento del ingreso la persona debe bañarse, se asea, se le realiza un chequeo médico para poder dar cuenta del estado real de salud física, como, por ejemplo, si presenta desnutrición, deshidratación, infecciones en el cuerpo, tanto internas (infecciones urinarias, pulmonares, entre otras) como externas (éscaras, sarna, infecciones en la piel). En forma paralela, se le realiza una evaluación psiquiátrica para ver su estado de salud mental y si presenta algún tipo de patología que lo haya llevado a desarrollar tal desenlace.

El Hospital Vilardebó oficia así de servicio de salud mental que protege a los ciudadanos de una sociedad que necesita protegerse de *los locos*, es la manera de excluir a *los enfermos* del resto de la sociedad sana; “(...) la sociedad penetra en el hospital a

¹⁶ Entrevista realizada a informante clave en la Defensoría del Vecino; 2016: Anexo 1

¹⁷ *Ibídem*

¹⁸ *Ibídem*

través de los médicos, los psicólogos, los enfermos, los laboratoristas, las familias, los asistentes sociales y todo el personal administrativo que directa o indirectamente entabla relaciones con el internado” (Balestra, 1986:40).

A partir de esto, es que se vuelve necesario problematizar el poder de la ciencia frente al amparo de estas personas, ya que el personal de salud, especialmente a través de la disciplina médica, con su especialidad en psiquiatría, que es la responsable de distinguir quienes son los *sanos*, los *enfermos*, los *normales* y los *anormales*, decide sobre los criterios de estigmatización de las personas en esa situación. Es así que existen normas sobre lo que es sano y lo que es patológico, entendiendo por *normal* a aquello que “equivale a lo “normativo”, lo que instituye normas” (Frankel, 2008:77). Las personas con síndrome de Diógenes no encuadran dentro de los parámetros de la normalidad y se convierten en una amenaza para el barrio en donde viven.

Según Miguez (2008), el disciplinamiento y la internación institucionalizada son parte del proceso mediante el cual estas personas son *normalizadas* para que se adapten al resto de las normas sociales hegemónicas. Este concepto tiene su génesis en la modernidad, en el castigo y la sanción a todos aquellos que se desvíen de lo *normalmente estipulado*.

El tiempo de internación es variado; algunos están unos días porque se presenta un familiar o vecino que se hace cargo de la situación, pero, como ya se mencionó, la mayoría son adultos mayores

“(…) que se encuentran solos, y pasan de por vida a la Colonia Etchepare, porque ahí van las personas que no tienen familiares y tienen una patología psiquiátrica grave. Son internados contra su voluntad. Una vez, un señor estuvo internado grave 5 meses por problemas de toxoplasmosis.”¹⁹.

La informante expresa que si una persona es esquizofrénica y se encuentra medicada bajo supervisión médica regularizada no molesta a nadie; pero si lo hace y realmente se pone agresiva con otra persona o consigo misma, se llama a la policía e inmediatamente se interviene de manera rápida y eficaz. Pero no es el

¹⁹ Ibídem

caso de una persona con síndrome de Diógenes, ya que muchas veces puede estar o no asociado a una patología específica.

Como se mencionó anteriormente, el Trastorno de Acumulación está asociado a una enfermedad mental, a una patología psiquiátrica decretada en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales-DSM-5, aunque muchas veces, quienes acumulan

“[...] viven en una soledad real o auto-impuesta. Tienen familia pero no se dejan ayudar. La familia se va alejando poco a poco. Si los van a visitar es difícil entrar y estar en una casa llena de basura, con insectos, roedores, y muchas veces acumulación de animales. La basura es una barrera física pero también y sobre todo es una barrera afectiva, que va alejando a la persona de su entorno familiar y social.” (Defensoría del Vecino, 2010:174)

Boillos (2012) agrega que el síndrome de Diógenes no tiene porqué estar vinculado a un trastorno mental sino más bien a un “trastorno del comportamiento personal y social” (Boillos, 2012:325).

El Informe Anual del 2012 de la Defensoría del Vecino señala que cuanto más tarde la persona recibe atención médica, mayores son las complicaciones tanto en el campo de la salud como en el campo de lo social. Ya sea que se trate de problemas nutricionales e higiénicos, golpes o heridas mal curadas o nuevas, deshidratación, o por distanciarse de sus redes familiares y sociales, porque rompen todo vínculo afectivo y comienzan a sentirse solos y a llenar ese vacío con animales y basura del mundo exterior. Es así que la intervención profesional (salud/social) debe aportar medidas preventivas para que la persona no vuelva a recaer en dicha situación.

En el Hospital Maciel cada quince días se reúne un grupo de personas que padecen este síndrome para realizar terapia, acompañamiento y evaluaciones médicas a cargo de un psiquiatra. El apoyo familiar es el pilar fundamental para que ellas concurren a dichas reuniones: “la mayoría de las personas que van a esos grupos es porque tienen ayuda y apoyo familiar por atrás”.²⁰ Para incorporarse en esas charlas la persona afectada, luego de retirarse del Hospital Vilardebó con día y hora para la consulta en la

²⁰ Ibídem

policlínica más cercana y de registrarse allí, es invitada a concurrir a tales espacios. Pero, en varias ocasiones, si no hay apoyo familiar o cercano, la persona concurre una o dos veces o directamente no concurre ni al policlínico ni al Maciel, ya que es muy probable que por todas las vueltas que tienen que dar e incluso el gasto y el tiempo de traslado de un lado a otro dejan de concurrir. “[...] y no se los puede obligar a ir”²¹

“Si la persona vuelve a su hogar y no tiene un familiar o sustituto que lo apoye y lo estimule para mantener el tratamiento, acudir a los controles médicos, acondicionar la vivienda etc., es altamente probable que vuelva a repetir la conducta de acumulación.”
(Defensoría del Vecino, 2012:202)

De esta forma, el trabajo realizado por todo el personal capacitado, los avances en la limpieza, el cambio de vida de la persona y lo que representa para el barrio, se pierden cuando nuevamente vuelve a su conducta de acumulación de residuos de basura y animales porque no existió un acompañamiento ni familiar ni profesional.²²

“Ante esta situación que ocurre a nivel mundial, una de las ciudades que más ha presentado servicios de ayuda y atención a este problema, es Madrid, España. Incluso, existe un programa de ayuda especial para esta enfermedad, el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social (SAP). Esta unidad aporta asistencia que no solo incluye la atención a los adultos mayores, sino que también se ocupan de las personas que se encuentren en una situación de síndrome de Diógenes grave.”²³

Las autoras Carrato y Martínez (2010) señalan que en España la mitad de los adultos mayores cursan cuadros de “(...) demencias (habitualmente se asocia a alteraciones frontales en las demencias frontotemporales) o de algún tipo de trastorno mental (más frecuentemente esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno afectivo o alcoholismo (...))” (Carrato, Martínez 2010: 490).

Un estudio realizado por el Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social (SAP) en el año 2014 señala que en España el síndrome de

²¹ Ibídem

²² Ibídem

²³ LimpiezasExpress; 2006 Recuperado en: <https://www.limpiezasdiogenes.es>

Diógenes afecta a 1,7 pacientes por cada 1000 personas que ingresan a hospitales. De ellas, el 21% son acumuladoras, generalmente mujeres (65,4%) de alrededor de 80 años que en su mayoría no tienen hijos (77%) y que viven solos (92%).

“Cuando esto ocurre o se tiene sospecha hay que notificarlo al Departamento Ambiental del Ayuntamiento de Madrid, muchas veces ya hay un conocimiento por parte de los Servicios Sociales. El trabajo que se realiza desde el SAP consiste en ayudar a la persona a reconocer el problema de modo que la limpieza sea lo menos traumática posible y evitar que esta se repita.”²⁴

Se trata de trabajar con la persona para que cambie la conducta de acumular basura. “El tratamiento es complejo y requiere de una intervención multidisciplinaria. (...) En la mayoría de casos suelen ser necesarias la adopción de medidas de tipo social” (Carrato, Martínez, 2010:491).

Después de ser hospitalizadas, tanto en forma voluntaria como involuntaria, y realizada la limpieza del hogar por las personas a cargo del operativo, las personas regresan a su domicilio;

“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 Tele asistencia, la asistencia Médica a Domicilio [...]) y visitas domiciliarias periódicas que actuarán de una manera preventiva y educativa.” (Boillos, 2012:329)

El Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social brinda ayuda a la persona que la necesita, trata de concientizarla para que reconozca el problema que tiene y lo riesgoso que puede ser para su salud si continúa con la misma rutina. “También trabajamos en el entorno de la persona, a veces con familiares o amigos y otras, también con la comunidad de vecinos” donde se señala que eso ayuda a calmar el estrés durante toda la intervención. La mayoría de las personas “reinciden en estas conductas y, pese a que se trabaja en la reeducación desde la conciencia de la enfermedad, vuelven a actuar de la misma manera”²⁵

²⁴ Europapress, 2014 Recuperado de: <http://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-madrid-pionera-atencion-sindrome-diogenes-trastorno-acumulacion-mayores-20141223112907.html>

²⁵ Ibídem

En nuestro país, Salubridad Pública necesitó “incorporar otros actores para abordar una problemática tan compleja: además de restablecer las condiciones sanitarias de la vivienda había que atender la salud de la persona afectada y asegurar su tratamiento médico” (Defensoría del Vecino, 2012:196). Al contar con una licenciada en Trabajo Social para abordar dicha problemática, esto significó un “avance sustantivo y mejoró cualitativamente el trabajo de la Comisión Interinstitucional y el abordaje del Servicio ante las situaciones en las que hay involucradas personas con trastornos de acumulación” (Defensoría del Vecino, 2013:144).

La Comisión Interinstitucional fue creada con el fin de involucrar a más actores en la temática.

“Habitualmente, la Intendencia de Montevideo tenía un procedimiento determinado para atender este tipo de problemáticas (...). Fue entonces cuando se comenzó a hacer visible la necesidad de involucrar a más actores en la solución de este problema. Se entendió necesario integrar a especialistas que no solamente trabajaron en restablecer las condiciones necesarias de la vivienda, sino que también atendiera la salud de la persona afectada, la seguridad de las pertenencias que se encontraban acumuladas, y posterior tratamiento médico y psicológico de quien padece el trastorno”. (Defensoría del Vecino, 2012:179-180)

Esta Comisión nace en el año 2008 e incorpora a Salubridad Pública de la Intendencia de Montevideo (para atender el foco infeccioso), Jurídica de la Intendencia de Montevideo (para conseguir las órdenes de allanamiento y también para documentar con escribanos todo lo que se encontraba en la vivienda antes de la limpieza, a través de fotos y actas documentales, para prevenir y respaldar lo realizado ante las denuncias de los propios dueños por robo, desapariciones de objetos, entre otras), el campo social (que contó con una licenciada en Trabajo Social) y el campo de la salud (para atender a la persona, tanto física como mentalmente). (Defensoría del Vecino, 2012)

El objetivo principal de la Comisión fue el de reunirse para recabar información y experiencia para luego trasmitirla a las instituciones. Esta Comisión solo trabajó por

dos años consecutivos, ya que por falta de recursos y de personal profesional capacitado para atender dicha patología quedó en *stand by*.²⁶

A modo de síntesis, se puede resaltar la importancia del papel del Trabajador Social para este enfoque, tanto para el sujeto que se encuentra diagnosticado con la enfermedad, como para los vecinos, familiares o cualquiera que vincule a la persona que sufre tal patología. El rol del Trabajador Social es el de lograr un impacto directo sobre quienes padecen el síndrome, conjuntamente con un equipo interdisciplinario, como psicólogos, médicos y psiquiatras. El Trabajador Social se posiciona de manera objetiva y trabaja en el barrio, con la familia y con el mismo sujeto, promueve hábitos de vida saludables, mejora la calidad de vida de todas las personas. A su vez, tiene que generar espacios de confianza y comunicación para que el acompañamiento sea eficaz, fortaleciendo el ámbito de la prevención y tratando que el individuo pueda vislumbrar, tanto en su vínculo social como en lo personal, su problemática, para luego reinsertarse en su vivienda, en el barrio y en la sociedad y así mejorar la calidad de vida de todo su entorno.

“Para disminuir el impacto y generar alertas oportunas, es necesario que el sistema de salud y las redes comunitarias puedan actuar preventivamente, contando con información sencilla sobre los indicadores de la enfermedad, los que son observables y se expresan en cambios en la conducta de la persona en el relacionamiento con su entorno inmediato.”
(Bottinelli, 2012:10)

²⁶ Entrevista realizada a informante clave en la Defensoría del Vecino; 2016: Anexo 1

REFLEXIONES FINALES

En todo este proceso de deconstrucción se intentó realizar una aproximación a diferentes aspectos relacionados al síndrome de Diógenes, transversalizado por temas de la vida cotidiana y por las redes sociales. También se han planteado las estrategias que lleva a cabo el Estado uruguayo a la hora de efectuar el correspondiente operativo de limpieza en las viviendas afectadas.

Se trata de una situación que requiere de un proceso de instauración y que, una vez instalada, afecta no solo a la persona, sino que también inquieta a la familia y a los vecinos del barrio. Para llegar a juntar una cantidad considerable de basura en la vivienda se necesita de años de trabajo de acumulación, donde su entorno social percibe efectivamente esa realidad cuando el problema ya se encuentra establecido.

A pesar de que es un trastorno de acumulación (decretada por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales-DSM-5) y se encuentra asociado a una enfermedad mental, muchas veces son personas que se encuentran solas: “La basura es una barrera física pero también y sobre todo es una barrera afectiva, que va alejando a la persona de su entorno familiar y social” (Defensoría del Vecino, 2010:174).

El síndrome se encuentra asociado a una sociedad de consumo: *tener para hacer, tener para calmar, juntar para recordar*, se acumulan cosas para recordar, para retener momentos importantes en su vida. “No todos los acumuladores tienen una patología psiquiátrica, algunos por soledad y porque se quedan solos no pueden desprenderse de sus recuerdos”.²⁷

Es muy concisa toda la información recabada sobre la temática elegida ya que es una problemática que recién se está conociendo en nuestro país, a pesar de que hay registros que datan de años anteriores. Es así que en el 2008 se documenta el primer caso atendido por la Comisión Interinstitucional, creada con el fin de ahondar en todas las cuestiones referentes al síndrome de Diógenes. La Comisión estuvo activa por algunos años, pero al momento se encuentra suspendida por no contar con una política

²⁷ *Ibíd*em

pública que la respalde y por la falta de recursos necesarios para abordar dicha problemática.

La posibilidad de contar con un sistema acorde a las demandas recibidas, como lo fue la Comisión Interinstitucional que brindaba a la persona necesitada y a su entorno respuestas eficaces, consistió en un eje circunstancial para atender a las personas afectadas por el síndrome de Diógenes.

Hoy en día solo se siguen manteniendo los operativos por parte de Salubridad: se realiza la limpieza de la vivienda, sin contar con un apoyo profesional anterior, durante y después del operativo. Las intervenciones individuales como colectivas que se hacen no poseen prácticamente experiencia profesional y no existe una política social que atienda tal problemática.

Estas intervenciones son realizadas por parte del Estado, a través del área de Salubridad de la Intendencia de Montevideo y con derivaciones al Hospital Vilardebó. Si bien Salubridad contaba con una licenciada en Trabajo Social, ella se jubiló, por tanto, cuando se plantea la limpieza y post limpieza, no existe un acompañamiento para la persona ni para los familiares ni para la comunidad.²⁸

Por parte de la Defensoría de vecinas y vecinos de Montevideo se realizó un informe dirigido a la Ministra de Salud, pero hasta la fecha ella no ha brindado respuesta a la demanda planteada, porque para que la Defensoría funcione y logre resultados óptimos se necesita de profesionales capacitados para atender tales necesidades (Trabajadores Sociales, Psicólogos, Psiquiatras, Médicos, Técnicos, Obreros, entre otros).

“No es un caso elevado en comparación con la población que tenemos, ni en comparación con otras enfermedades mentales, pero cuando hay un Diógenes cerca, perjudica enormemente a la comunidad”²⁹

²⁸ *Ibíd*em

²⁹ *Ibíd*em

BIBLIOGRAFÍA

- Balestra, G. (1986). "Salud mental. Trabajo profesional en equipo en el hospital psiquiátrico." En: *Revista Trimestral de Servicio Social*. Año 1 (1).Montevideo: Ediciones EPPAL.
- Boillos, C. (2012). "Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen síndrome de Diógenes en la provincia de Soria" En: *Documentos de Trabajo Social. Colegio profesional de Trabajo Social de Málaga. DTS. Revista de Trabajo Social y Acción Social*. Número 51. pp. 317-354. Málaga.
- Bottinelli, N. (2012). "Síndrome de Diógenes. Impacto en el Sujeto, la Comunidad y los Abordajes Estatales." *Serie investigaciones: Derechos Humanos en las Políticas Públicas*. (3). Defensoría del Vecino. Montevideo.
- Carrato, E. yMartínez, R. (2010): "Síndrome de Diógenes. A propósito de un caso." *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. pp. 489-495. Madrid.
- Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). (1996). *Sobre revoluciones ocultas: La familia en el Uruguay*. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Oficina de Montevideo.
- Dornell, T. (2005): *Tema: Territorio y Redes Sociales*. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Área Teórica y Metodológica de la Intervención Profesional (Universidad de la República). Montevideo.
- Frankel, D. (2008): "Medicalización de la vida. Salud pública y eugenesia social." Universidad Nacional de Lanús. Argentina.

- Giorgi, V. (1997). *“Hábitat y calidad de vida. Un enfoque psicológico”*. En: *Revista Aportes. Vivienda Popular*. (2), mayo-octubre. Montevideo: Vientos del Sur.
- Heller, A. (1985). *“Historia y vida cotidiana. Aportación a la sociología socialista.” Colección enlace*. México: Editorial Grijalbo S.A.
- Jelin, E. (1998) *“Pan y afectos. La transformación de la familia.”* Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Kosik, K. (1967). *“Dialéctica de lo concreto.”* México: Grijalbo.
- Miguez, M. (2008). *“¿Conductas sociales altercéntricas o egocéntricas? Una mirada al concepto de disciplinamiento.”* En: *Revista de trabajo social*. Año XXII, (43), pp. 12-17. Montevideo: Edición EPPAL.
- Neef, M. (1986). *“Desarrollo y Necesidades Humanas”*. En: *El Desarrollo a Escala Humana*. Uruguay: Fundación de Cultura Universitaria. Servicio de Documentación en Trabajo Social. CEPANUR-NORDAN, Comunidad del Sur.
- Parsons, T. (1970). *“La estructura social de la familia.”* pp. 103-120. En: Fromm, E., Horkheimer, M., Parsons, T. y otros. *La familia*. Barcelona: Ediciones Península.
- Silva, C. (2007). *“Salud Mental en el contexto contemporáneo. Un enfoque analítico que retoma lo social como totalidad histórica que trasciende los patrones de medicalización”*. Tesis de Grado. (Universidad de la República). Montevideo.
- Silva, C., Perdomo, A., Echeverría, L., Da Costa, P. (2011). *“La reclusión del proyecto de vida: iluminando el campo de los posibles ante la opacidad del encierro”*. En: *+Psicólog@s: rehabilitación de pacientes. Externación en Vilardebó/Intercentros/Tres miradas sobre «El discurso del Rey», entrevista*

Directora CNRP. Revista Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU)
N.º 227. Montevideo.

Páginas WEB

Europapress. (2014). “*Madrid es pionera en la atención del síndrome de Diógenes y el trastorno de acumulación en mayores*”. Recuperado de: <<http://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-madrid-pionera-atencion-sindrome-diogenes-trastorno-acumulacion-mayores-20141223112907.html>>

Jiménez Játiva, E., Molina Fernández, N., Díaz Pérez, F., Reyes Taboada, A. (2008). “*El mal llamado “Síndrome de Diógenes*”. *Enfermería Docente*. (88), pp. 36-39. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvsites/default/files/revistas/ED-88-10.pdf>

Ortega. M. (2006). “*Síndrome de Diógenes: intervención desde el ayuntamiento en Málaga*”. DTS-Especial Congreso. Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios. Comunicaciones. Recuperado de:<https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=8dfe8226-8a3a-4957-aeac-63cbce3b4d37&groupId=72948244>

Perdigão, B. y Lopes, F.(2010).”*Síndrome de Diógenes. Relato de caso.*” J.Bras. Psiquiatr. (59) 2, pp. 156-159. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n2/a12v59n2.pdf>>

Tapia, C. (2013). “*Amor por la basura.*” Recuperado de: <periodismoportatil.com/2013/03/27/amor-por-la-basura-por-carlos-tapia-2/>

Digesto Departamental (S/D). Volumen VI. *Higiene y Asistencia Social., Título XI. De las fincas insalubres.* Recuperado en: <<http://normativa.montevideo.gub.uy/articulos/68901>>

Defensoría del vecino. (2010). “*Cuarto informe anual de la defensoría del vecino de Montevideo.*” Recuperado de:

<http://www.defensordelvecino.gub.uy/IMAGENES/INFORME_DVM_2010.pdf>

Defensoría del vecino. (2011). “*Quinto informe anual de la defensoría del vecino de Montevideo*”. Recuperado de: <<http://www.defensordelvecino.gub.uy/IMAGENES/V%20Informe%20Anual.pdf>>

Defensoría del vecino (2012). “*Sexto informe anual de la defensoría del vecino de Montevideo*”. Recuperado de: <<http://www.defensordelvecino.gub.uy/IMAGENES/VI%20Informe%20Anual.pdf>>

Defensoría del vecino. (2013). “*Séptimo informe anual de la defensoría del vecino de Montevideo*”. Recuperado de: <<http://www.defensordelvecino.com.uy/wpcontent/uploads/2013/11/S%C3%A9ptimo-Informe-Anual-de-la-Defensor%C3%ADa-del-Vecino-de-Montevideo.pdf>>

LimpiezasExpress (2006) “*Limpiezas especiales. Síndrome de Diógenes.*” Recuperado de: <<https://www.limpiezasdiogenes.es>>

ANEXO 1

Entrevista realizada a informante clave en la Defensoría del Vecino el día 29 de noviembre de 2016. Ella es maestra y actualmente integra el equipo técnico de la Defensoría de vecinas y vecinos de Montevideo-Uruguay.

Pautas de las preguntas realizadas en la Consultoría del Vecino:

1. ¿Cuál fue el primer caso de síndrome de Diógenes recibido por ustedes?
2. ¿Cuáles son las características que presenta esta persona?
3. ¿La persona que padece síndrome de Diógenes está al tanto de la realidad que vive?
4. Desde el 2008 hasta el 2012 había 45 denuncias ¿Cuántas denuncias reciben actualmente? ¿Se logra intervenir en todas?
5. ¿Cómo es el modo de respuesta a dicha demanda?
6. Como leí en su investigación, casi siempre el demandante es un vecino que denuncia por la convivencia, por el olor y *lo estético*, pero, ¿la familia también realiza quejas?
7. ¿Quién diagnostica la enfermedad?
8. ¿Cuál es el procedimiento que realizan a partir del momento que reciben la denuncia?
9. Antes de concurrir al domicilio, ¿presentan una orden del Juez para allanar el lugar?
10. ¿Quiénes son los que concurren al lugar?
11. ¿Cuál es el relacionamiento con los familiares?
12. ¿Con qué profesionales cuentan?
13. ¿Cuál es el rol fundamental del Trabajador Social en dicha temática?
14. ¿Hay seguimiento de los profesionales para la persona que presenta dicha patología?
15. ¿Cómo es la participación con los vecinos y de los familiares en este proceso?
16. ¿Qué pasa en los casos en los que la persona reincide?