

SÍNDROME DE DIÓGENES

¿ES POSIBLE LA
PREVENCIÓN DESDE
ATENCIÓN PRIMARIA?

Ana Isabel Delgado Barranco
CS Barrio del Carmen
Alumna de 3º de Enfermería
Universidad de Murcia

ÍNDICE

1.Introducción.....	pág 2
2.Objetivos	pág 2
3.Contenidos.....	pág 2
1) Definición.....	pág 2
2) Etiología.....	pág 3
3) Epidemiología y perfil.....	pág 3
4) Características.....	pág 4
5) Complicaciones	pág4
6) Diagnóstico.....	pág 5
7) Tratamiento.....	pág 7
4.Puntos importantes a destacar.....	pág 8
1) Soledad.....	pág 9
2) Nutrición.....	pág 12
3) Intervención con la familia.....	pág 15
4) Intervención junto al trabajador social....	pág 16
5.Conclusión.....	pág 17
6.Bibliografía.....	pág 18

1. INTRODUCCIÓN.

Según los datos estadísticos aplicados a la población española, 1.7/1000 de los ingresos de personas mayores de 65 años son por Síndrome de Diógenes, esto suponen 1200 casos nuevos al año de esta patología.

Desde el punto de vista de la prevención, considero que el equipo de atención primaria tiene mucho que hacer, ya que, en personas que puedan desarrollar este síndrome por la soledad se podría prevenir.

La idea de realizar este trabajo surgió tras la entrevista a una paciente con un hermano que padece este Síndrome, que me hizo ver que en la población también hay pacientes con enfermedades "más desconocidas".

Tras la revisión bibliográfica sobre este tema he observado que la mayoría de los artículos y documentos están editados por trabajadores sociales, mientras que los documentos realizados por enfermeras son escasos o nulos, por eso, considero importante que se realice un estudio sobre las actividades que podemos llevar a cabo para ayudar a estas personas.

2. OBJETIVOS.

La finalidad que persigo con este trabajo es:

- 1) Conocer los rasgos más importantes de la enfermedad.
- 2) Proporcionar medidas de prevención de la soledad en el anciano.
- 3) Proporcionar medidas de prevención de la desnutrición y deshidratación en el anciano.
- 4) Proporcionar las herramientas necesarias a la familia del paciente para prevenir y mejorar su estado.
- 5) Trabajar en equipo y colaborar con el trabajador social.

3. CONTENIDO.

SÍNDROME DE DIÓGENES.

- *DEFINICIÓN*

La enfermedad de Diógenes consiste en un aislamiento comunicacional, ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades de higiene, alimentación o salud, reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica, que se presentan habitualmente en ancianos solitarios.

Esta enfermedad se ha denominado de diversas maneras a lo largo de la historia: "Pobreza imaginaria", "Ancianos reclusos", "Hundimiento senil", "Síndrome Hippie en los viejos"... Hasta que en 1975, Clark, Mankinar y Grey lo bautizaron como "Síndrome de Diógenes" en honor al filósofo griego Diógenes de Sínope, que llevó siempre una vida de austeridad y mortificación, despreciando las reglas sociales y renunciando a los placeres mundanos.

- *ETIOLOGÍA.*

Aún no está claramente definida ya que hay pocos estudios sobre esta enfermedad.

Existe una interrelación entre varios factores que podrían desencadenar la aparición del Síndrome.

- 1) Rasgos de personalidad: Tendencia al aislamiento, dificultades de adaptación social, rechazo a las relaciones humanas...
- 2) Factores estresantes propios de la edad tardía: Dificultades económicas, muerte de familiares, rechazo familiar, marginación social, etc.
- 3) Soledad: Inicialmente condicionada por las circunstancias, pero posteriormente buscada o deseada.

La unión en el tiempo de estos tres factores da lugar a la aparición de conductas de retraimientos extremos, reclusión senil y autoabandono absoluto.

- *EPIDEMIOLOGÍA Y PERFIL.*

Según estudios estadísticos, 1.7/1000 de los ingresos de personas mayores de 65 años son por Síndrome de Diógenes, sobre unos 1200 ingresos nuevos al año.

En cuanto a su incidencia, de la Gándara en su libro "Envejecer en soledad", recoge una estimación de una población de riesgo de padecer la enfermedad de 140.000 personas, siendo 23.000 casos diagnosticados.

Basándonos en la bibliografía, se observa que "ser mujer" es un factor de riesgo, ya que en las etapas finales de la vida el número de mujeres aumenta y las situaciones de vulnerabilidad como viudez y soledad son mayores.

En cuanto a la edad, hombres y mujeres tienen la misma edad media (Hombres 75 años, Mujeres 74 años.) .

Respecto al estado civil, sobresalen de forma significativa personas viudas (75%) y solteras (21%), con lo que podemos afirmar que la soledad sí es un factor muy importante con relación a esta enfermedad.

Según Clark y Manikar, definieron la acumulación de objetos como un "miedo a perder", "quedarse sin protección", "sin posesiones" o "sin seguridad"... La soledad les lleva a refugiarse en objetos a los que les aportan un valor descomunal de los cuales no se pueden desprender.

Otro aspecto importante a destacar es el poco valor que estas personas les dan al dinero o a los objetos con valor económico, incluso al desprecio o infrautilización que les dan a ayudas o subvenciones. Esta característica es definida por Bealson en 1960 como "Pobreza imaginaria".

Otra de las características, y una de las más importantes, es actitud de rechazo y desinterés por las ayudas familiares y sociales.

El abandono del autocuidado lleva al anciano a encontrarse en una situación de desnutrición, deshidratación, falta de higiene personal, etc. que ponen en peligro su integridad y su vida.

Se puede aceptar que hay dos tipos de Síndrome de Diógenes:

Personas sin patología psiquiátrica específica: Sobre los que se centra este trabajo

Pacientes psiquiátricos crónicos: depresivos, delirantes o demenciados que presentan además conductas típicas.

- *CARACTERÍSTICAS.*

- 1) Conducta de aislamiento voluntario, con ruptura de las relaciones sociales y una inobservancia de las normas convencionales.
- 2) Conducta de autonegligencia con abandono de la higiene, nutrición y la salud.
- 3) Tendencia a acumular grandes cantidades de basura y vivir de forma voluntaria en condiciones de pobreza extrema a pesar de poseer medios para evitar esta situación, en ocasiones se encuentran preocupados por una ruina económica no real (pobreza imaginaria)
- 4) Rasgos de personalidad especiales en pacientes sin patología psiquiátrica de base.
- 5) Rechazo activo de cambiar de vida o de conducta.
- 6) Trastorno específico que se presentan en algunas personas mayores, solitarias y en cualquier tipo de status social.
- 7) Los individuos que los padecen poseen nula conciencia del problema.

- *COMPLICACIONES.*

Las principales complicaciones que se pueden desencadenar de esta enfermedad son:

- 1) Cuando son dos las personas de edad avanzada que conviven, uno de ellos puede arrastrar al otro a esa situación, uno puede "inducir" al otro a que sufra la enfermedad. En muchas ocasiones, una vez que las personas han sido tratadas, tienen que ser separadas para que no vuelvan a caer.
- 2) Desnutrición, deshidratación y muerte en soledad por estas causas y por la condición de baja higiene de la vivienda donde habita.

- *DIAGNÓSTICO.*

Normalmente los casos se descubren por alarmas de vecinos cuando comienzan a percibir fuertes olores provenientes de sus hogares o cuando dejan de verlos salir o entrar de sus casas, a ellos o a su familia y amigos.

Una vez que el caso es detectado, se pone en manos de servicios sociales o sanitarios que se encargan del diagnóstico y de la puesta en marcha de recursos para la resolución del problema.

El diagnóstico se puede hacer por medio de dos valoraciones:

1) *Escala de valoración sencilla*

- A- Aislamiento comunicacional y relacional
- B- Reclusión domiciliaria
- C- Negligencia de cuidados sanitarios y de la higiene personal y/o ambiental.
- D- Patrón de conducta de "pobreza imaginaria".
- E- Rechazo de Ayudas familiares y sociales.

La presencia de 1 ó 2 criterios sugiere la existencia de riesgo del Síndrome, mientras que la presencia de 4 ó 5 lo alcanzan los casos más graves con elevado riesgo de enfermedad y muerte en soledad.

2) *Cuestionario de valoración social del Síndrome de Diógenes.*

1- Características Personales

- *Sexo
 - Hombre.....0
 - Mujer.....1

- *Edad
 - Menor de 70 años.....0
 - Mayor de 70 años.....1

- *Estado civil actual
 - Casado.....0
 - Divorciado.....0
 - Soltero.....1
 - Viudo.....1

- *Unidad de convivencia
 - Vive solo.....3
 - Vive con alguna compañía.....0
- *Presenta en apariencia alguno de los rasgos de personalidad, siguientes;
(personalidad introvertida, obstinada, desconfiada)
-

Sí.....2
-No.....0

2-Higiene personal y/o ambiental

*Se observa deterioro físico general y/o mal estado nutricional

Sí.....2
-No.....0

*Presenta higiene personal deficiente y/o vestimenta inadecuada
(Higiene deficiente: suciedad ,mal olor corporal, podredumbre...)
(Vestido inadecuado: ropa sucia, rota, inadecuada para la temporada...)

Sí.....2
-No.....0

*Las condiciones de la vivienda, son;

-Adecuadas, con buena habitabilidad.....0

-Vivienda vieja, sin servicios elementales y deficiente habitabilidad..... 1

-Vivienda en estado de decrepitud, sucia y con basura acumulada.....3

3-Relaciones convivenciales

*Tiene a alguna persona o familiar que lo visita habitualmente

Sí.....0
-No.....1

*Cuándo ve a sus familiares y/o amigos

-Todos ó casi todos los días.....0

-Casi todas las semanas.....0

-Poco (una vez a la semana).....0

-Casi todos los meses (ocho veces al año)..... 1

-Una vez al año.....2

-Nunca.....2

*Como son sus relaciones con sus vecinos

-Buenas ó muy buenas.....0

-Regulares.....0

-Malas y/o no posee a penas relación.....2

*Los vecinos y/o familiares ó conocidos, nos informan:

-Que el sujeto permanece la mayor parte del día en el domicilio.....2

-Que sale habitualmente y se relaciona con los vecinos del barrio.....0

4-Situación económica

*El sujeto posee recursos económicos suficientes para mantener mejores condiciones de vida?

- Sí.....3
- No.....0

*Posee dinero ó recursos económicos acumulados y no los utiliza para cubrir necesidades básicas?

- Sí.....3
- No.....0

5-Redes de apoyo social-familiar

*El sujeto utiliza habitualmente los servicios socio-sanitarios?

- Sí.....0
- No.....2

*A la pregunta; ¿recibe algún tipo de ayuda de familiar y/o persona contratada

- para atenderle ó para los trabajos de la casa?, el sujeto responde;
- Si y cubre todas mis necesidades.....0
 - No aunque, me haría falta.....1
 - No, no lo necesito.....3

*A la pregunta; ¿estaría dispuesto a abandonar su casa temporal ó definitivamente para mejorar sus condiciones de vida?, el sujeto responde;

- Si, de forma contundente.....0
- Sí, pero con reparos.....1
- No, jamás abandonaré mi hogar.....3

Indicando una puntuación de entre 15 a 25 puntos que la persona presenta "indicadores de riesgo" del Síndrome de Diógenes, mientras que una puntuación superior a 25 puntos sugiere la presencia de "elevado riesgo de enfermedad y muerte en abandono".

• TRATAMIENTO

El tratamiento debe empezar por la detección de los casos de riesgo ,y el posterior ingreso en un Hospital General o Unidad de Geriatría, y abordaje de los trastornos médicos.

Se deben adoptar las medidas de protección social pertinentes, evitando el regreso del enfermo a sus condiciones previas de vida. Si no es posible asegurar la convivencia o ubicar al paciente en una institución social, es preciso hacer un seguimiento crónico, visitas domiciliarias y trabajo coordinado de los servicios sanitarios y sociales.

La atención social, se responsabiliza de atender las necesidades de viviendas e higiene del paciente.

En algunos casos es preciso tratar la patología psiquiátrica asociada (depresión, delirios crónicos...)

4. PUNTOS IMPORTANTES A DESTACAR.

Tras la bibliografía leída, he observado que la población que presenta habitualmente el Síndrome de Diógenes son ancianos. La mitad de las personas que sufren esta enfermedad tienen alguna patología de base psiquiátrica, mientras que la otra mitad la desarrollan por otros motivos.

Como personal de enfermería de atención primaria, considero que se puede trabajar en la detección precoz de personas sin ninguna patología mental que puedan desarrollar este Síndrome y poner en marcha actividades preventivas para frenar su curso.

Esta enfermedad requiere de un abordaje de los sentidos, por eso es tan importante el diagnóstico médico, como la intervención de los trabajadores sociales y enfermeras en la prevención.

Principalmente, el trabajo se centra en la detección de riesgo de soledad, y lo que ello conlleva, ya que, cuando un anciano se siente solo descuida su autocuidado, lo que le puede llevar a condiciones de desnutrición, deshidratación, etc. ... Esta prevención se hará sobre todo por medio de la comunicación. Debemos de tener en cuenta:

- 1) Establecer una comunicación operativa que deberá evitar distorsiones como las producidas por problemas en la recepción.
- 2) La comunicación debe ser individualizada y humana, que se transmita a la persona la vivencia de ser uno más que es aceptado y valorado, que vive con otros y que pertenece a un grupo humano en el que juega un papel activo.

3) Una comunicación íntima y personal que busque un encuentro profundo con el adulto mayor, compartir sus deseos y angustias, conocer sus aspiraciones y rechazos, que se nos revele como alguien significativo, importante, que nos interesa como ser humano, único e irrepetible.

Cualquier acción que induzca la comunicación, representa una ayuda invaluable para la persona anciana que padece de aislamiento y soledad.

SOLEDAD

La soledad, según M.Vadoz es “convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”

Como consecuencia de la soledad, el anciano presenta mayor vulnerabilidad psicológica frente a situaciones adaptativas. El estrés es más activo y nocivo y se encuentran sin herramientas para afrontarlo y neutralizarlo. En este momento se observa la aparición de: retraimiento social, hostilidad, irritabilidad, insatisfacción social, actitud de desesperación, baja autoestima... Que son síntomas muy potenciados en el Síndrome de Diógenes.

En muchas ocasiones el anciano asocia la enfermedad con un modo de llamar la atención y ve en una patología la solución para ese sentimiento. Por eso es importante actuar antes de que aparezca, ya que, debido al deterioro físico y mental, pueden entrar en una enfermedad y no salir de ella.

ESTRATEGIAS Y RECURSOS PARA AFRONTAR LA SOLEDAD

Es muy importante la implicación tanto de la familia o del cuidador de la persona como del propio enfermo para poder superar la soledad.

Los recursos de los que podemos disponer son:

1. Recursos personales o individuales:

Las estrategias para afrontar la soledad son diferentes para cada persona; están en función de los recursos y de la sensibilidad e intereses de cada uno. No obstante, el desarrollo de actividades domésticas, la televisión, la radio, el retorno o aumento de las prácticas religiosas, las comunicaciones telefónicas, los centros destinados a mayores (clubes o centros de día), la participación en actividades culturales, turísticas o de ocio y, más raramente, las segundas parejas, constituyen recursos que salen al paso de la necesidad de vivir estimulado y de no sucumbir en la soledad.

2. Recursos familiares

La familia juega un papel fundamental, se le puede considerar el principal soporte social del anciano, valorando las relaciones con los seres queridos como un recurso clave en la lucha contra la soledad.

Otra opción es la del apadrinamiento de mayores. Esto podría ayudar a complementar las carencias afectivas de los mayores ingresados en residencias a través de familias voluntarias que los visiten o llamen por teléfono. El apadrinamiento permite que, a través de un compromiso, sobre todo moral, una familia o una única persona cubran las necesidades afectivas de quienes más lo necesitan. Se trata de un programa mediante el que personas voluntarias hacen compañía a mayores que viven en residencias y cuya red familiar es nula o escasa.

También se podría utilizar la convivencia de jóvenes estudiantes con personas mayores, ya que así, les proporcionarían compañía.

3. Recursos sociales

Tener un núcleo de amistades con el que poder intercambiar información, realizar actividades de ocio y tiempo libre puede ser muy importante a la hora de combatir el sentimiento de soledad.

No son menos importantes las actividades de voluntariado, donde la solidaridad y el deseo de ayudar a otros se vuelve también hacia uno mismo, satisfaciendo la necesidad de sentirse útil en

relación con otras personas y significativo para quien puede estar en situación de mayor vulnerabilidad.

4. Trabajador social

Una muy buena opción es la de poder contar con el apoyo de un *trabajador social*. Su función es de coordinador, pero también de supervisor y facilita una prevención efectiva en el ámbito de la persona mayor. Puede detectar un cambio de estado que precise la intervención de un profesional de la salud pero, sobre todo, tiene una visión global de la persona que considera la situación real en la que se encuentra en un momento dado y las evoluciones de estas situaciones. Además, es la persona responsable de la supervisión del estado de la casa y de la higiene.

5. Relaciones de vecindad

Otro recurso interesante es el fomento de las relaciones de vecindad ya que son personas conocidas que pueden aportar compañía en ciertos momentos.

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LA SOLEDAD

Para poder intervenir sobre este fenómeno, es necesario realizar una valoración de la persona mayor basándonos en un modelo de enfermería.

En función de las 14 Necesidades Básicas de V. Henderson, considero importante abordar:

1) Necesidad de comunicarse:

- Objetivos:
 - Conocer los hábitos del anciano a la hora de comunicarse.
 - Realizar una educación sanitaria para fomentar el mantenimiento de los órganos de los sentidos.
 - Diseñar programas que permitan expresar los sentimientos y las emociones del anciano.

- Intervenciones:
 - Recomendar un lugar donde asistan a otras personas.
 - Participar en actividades lúdicas como juegos, excursiones...
 - Mantener una higiene y arreglo personal para que no sea una causa de aislamiento social.

2) Necesidad de autorrealización.

- Objetivos:
 - Conocer los gustos y aficiones del anciano.
 - Realizar una educación sanitaria frente a las diferentes formas de participación social.
 - Elaborar un programa de actividades que ocupen el tiempo libre del anciano.
- Intervenciones:
 - Proponerle la pertenencia a un grupo o asociación, según sus preferencias o aficiones.
 - Animar a realizar actividades útiles para su satisfacción personal.

3) Necesidad de aprender.

- Objetivos:
 - Conocer las inquietudes del anciano frente a su necesidad de aprender, teniendo en cuenta sus limitaciones.
 - Enseñar al anciano en el conocimiento de los recursos a su alcance. Realizar un programa para desarrollar los hábitos de aprendizaje.
- Intervenciones:
 - Facilitar información precisa de los recursos y medios de que dispone para aprender.
 - Reforzar el aprendizaje del anciano.

- Apoyar las iniciativas del anciano para aprender.

NUTRICIÓN.

Según la bibliografía, 1/3 de las personas mayores de 65 años presentan deficiencias nutricionales, hecho que se ve agravado en los pacientes con la patología que estoy tratando.

Generalmente, en la vejez se producen cambios físicos, psicológicos, sociales y económicos que pueden afectar a su nutrición. Los problemas más frecuentes son:

- 1) Ingesta inadecuada: Causada por el aislamiento social, problemas económicos, alteración del estado mental, dolor...
- 2) Absorción y aprovechamiento inadecuado: Puede ser que su organismo no sea capaz de asimilarlos a causa de la disminución de la motilidad intestinal, enfermedad gastrointestinal, interacciones farmacológicas...

Un buen estado nutricional ayuda a promover la vitalidad, por eso es muy importante no descuidar este tema.

Desde Atención Primaria, el consejo nutricional que se les proporciona a los pacientes mayores de 65 años es para evitar la desnutrición. Se intenta controlar la dieta para eliminar o aumentar la ingesta de algunos alimentos concretos, avanzando poco a poco y limitándolos lo menos posible.

En la tercera edad no se suele demandar consejo nutricional, ya que la alimentación no es un tema que les preocupe especialmente.

FACTORES DE RIESGO PARA LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DIÓGENES.

- 1) Pérdida de apetito
- 2) Factores psicológicos: Depresión y duelo
- 3) Factores sociales: Pobreza, viudedad, soledad, dificultades de acceso a la comida...

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN.

1) Valoración nutricional

- Objetivos

- Conocer cuáles son los déficit nutricionales.
- Conocer cuál es el origen de la desnutrición.

- Intervenciones

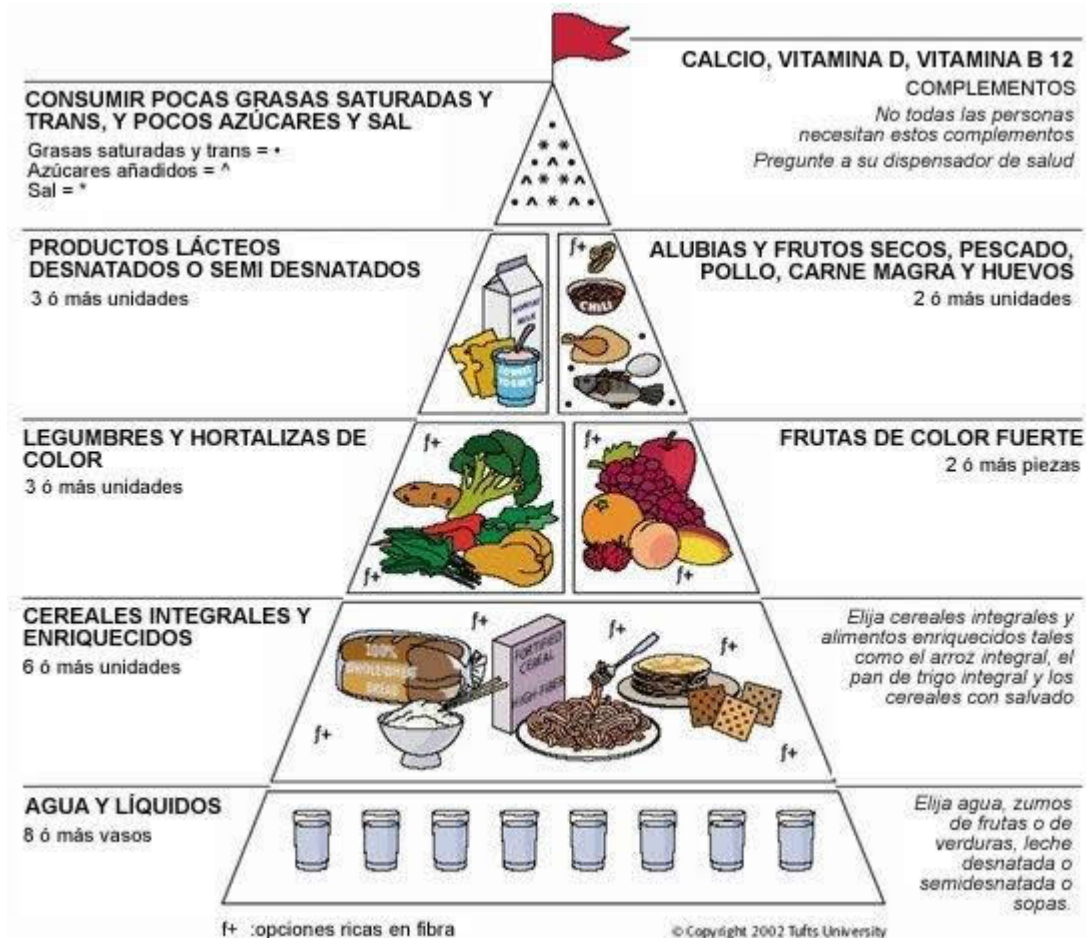
- Usar guía de valoración

Se trata de una escala para la evaluación del estado nutricional de una persona. Tiene una primera parte que es de cribaje, si el resultado es igual o inferior a 10, se pasará a completar la siguiente, que sirve para valorar el estado nutricional del paciente

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	
Mini Nutritional Assessment MNA®	
Nombre:	Apellidos: Sexo: Fecha:
1 Índice de masa corporal (IMC=peso/(talla) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	12 ¿Consume el paciente • productos lácteos al menos 1 vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0,0 = 0 o 1 sies 0,5 = 2 sies 1,0 = 3 sies
2 Perímetro braquial (PB en cm) 0,0 = PB < 21 0,5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1,0 = PB > 22	13 ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí
3 Perímetro de la pantorrilla (PP en cm) 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	14 ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = sin anorexia
4 Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 0 = pérdida de peso >3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	15 ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, leche, vino, cerveza...) 0,0 = menos de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos
5 ¿El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = no 1 = sí	16 Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad
6 ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	17 ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales) 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición 3 = IMC ≥ 23
7 ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	18 En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0,0 = peor 0,5 = no lo sabe 1,0 = igual 2,0 = mejor
8 Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	Evaluación global (máx. 30 puntos)
9 Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos	Evaluación del estado nutricional
10 ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición
11 ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	Menos de 17 puntos: malnutrición
	Mayor o Igual a 24 puntos: estado nutricional satisfactorio

2) Educación sanitaria sobre las recomendaciones dietéticas y la importancia que tiene la alimentación en esta etapa de la vida.

- Consumir por lo menos 6-8 vasos de agua al día. Esta recomendación es muy importante, ya que la sensación de sed en los ancianos está disminuida.
 - Aumentar el consumo de cereales (maíz, trigo, cebada, arroz...)
 - Incluir en las comidas diarias verduras, hortalizas y frutas.
 - Respecto los alimentos derivados de origen animal se recomienda tomar 3-4 raciones al día de productos lácteos y sus derivados y 2 de carnes, pescado y huevos (Preferiblemente sin grasas.)
 - Respecto al aceite, la sal, el azúcar se debe de consumir solo lo necesario.
 - También es importante explicarles que añadir a su dieta algunos nutrientes como el calcio, la vitamina D, algunas vitaminas B... es beneficioso, aunque será mejor si los consumen en alimentos que los contengan.



3) Ofrecer una dieta orientativa para ayudar a que tenga una alimentación saludable.

Al elaborar una dieta para una persona mayor, es muy importante tener en cuenta:

1. Las dietas serán sencillas y de fácil preparación.
2. Los alimentos tendrán una presentación vistosa y agradable.
3. Fraccionar la dieta en 4 ó 5 comidas diarias.
4. La última comida será de carácter frugal o ligero.
5. Los líquidos y los zumos constituirán una sola toma o se suministrarán entre comidas. Se permite la ingesta de una pequeña cantidad de vino tinto (un vaso pequeño), si forma parte de las costumbres del anciano y no existe contraindicación médica.
6. Se debe moderar el consumo de café y de bebidas excitantes.
7. No se debe abusar de licores y bebidas edulcoradas.
8. El momento de la ingesta ante todo debe ser un acto de convivencia y relación social. Es importante que los alimentos sean vehículo de salud y que su degustación se realice dentro de un marco de armonía.
9. Mantener en lo posible los hábitos y gustos personales

Una "Dieta tipo" para el anciano podría ser:

- Desayuno: Leche semidesnatada o desnatada. Pan integral o cereales integrales
- Media mañana: Fruta y/o infusión.
- Almuerzo: Pasta, arroz o legumbres. Carne poco grasa o pescado (blanco/azul) con guarnición vegetal. Fruta de postre.
- Merienda: Yogurt poco azucarado, galletas o tostadas.
- Cena: Sopa, verduras o pescado. Fruta o zumo sin azúcar.
- Antes de acostarse: Leche caliente o infusión.

INTERVENCIÓN DESTINADA A LA FAMILIA.

Es muy importante, valorar si la familia está capacitada para poder ayudar al anciano a evitar la situación de soledad. Ellos, son los principales recursos que debemos de aprovechar para evitar que el anciano se sienta solo y hay que educarlos en lo que es la "vejez" para que puedan comprender a su familiar.

El proceso de educación a la familia consiste en:

1) Dar unas nociones sobre el significado de la vejez.

La vejez va acompañada de una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el status social, el cónyuge, algunas capacidades físicas... que pueden llevar a la sensación de no tener el afecto necesario, deseado...lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc. Todo esto, puede llevarles a sentirse solos (que no implica estar solos) y aislarse en su medio.

Es muy importante trabajar con la familia el afecto hacia la persona mayor, que aunque esté vieja, sigue teniendo necesidades de compañía, entretenimiento...

2) Enseñar que deben de implicar al anciano en la dinámica familiar.

Es importante que la persona mayor sea capaz de elaborar un nuevo rol, y qué mejor lugar que dentro de su familia.

Potenciar la figura del "abuelo" es muy importante, ya que, entre otras cosas, los nietos son la mayor fuente de cariño para ellos. Su cuidado puede resultar una tarea motivadora para la persona mayor.

También se le pueden atribuir tareas que sean capaces de llevar a cabo ellos solos y de implicarlos en las acciones cotidianas, como puede ser hacer la comida, ir a hacer la compra...

La familia se enriquece con las experiencias vividas por el anciano y sus anécdotas y debe involucrarlo en algunas actividades recreativas y estimularlo a participar.

3) Fomentar la importancia que tiene que el anciano amplíe sus redes sociales.

Ayudar al anciano a conservar o reiniciar amistades con quienes pueda compartir aficiones, gustos, vivencias... El apoyo de la familia es muy importante para hacer ver a la persona mayor que "no está todo hecho" y que aún queda mucho por vivir.

ACCIÓN CONJUNTA CON EL TRABAJADOR SOCIAL

En esta enfermedad, tan asociada a estado de la vivienda, redes sociales, condiciones de higiene, etc. considero muy importante reflejar los puntos que son necesarios de los que el trabajador social debe responsabilizarse o compartir con el personal de enfermería para así poder realizar un seguimiento holístico de la persona y su entorno.

Estos puntos son:

- 1º) La sensibilización social ante el problema de la soledad en nuestros mayores.
- 2) La detección y prevención de los casos de riesgo.
- 3) La coordinación entre niveles socio-sanitarios y otras instituciones implicadas.
- 4) La intervención con las posibles redes de apoyo familiar y social.
- 5) La movilización de recursos para mejorar las condiciones de habitabilidad del hogar.
- 6) La Promoción de la integración y participación de la persona, en la manera de lo posible, en su medio social.
- 7) Promover la formación de grupos de autoayuda y/o voluntariado social.
- 8) La tramitación y gestión de Servicios en Centros específicos (Unidades de estancia diurna, Unidades de respiro, Centros residenciales, Unidades hospitalarias, Centros de salud....)
- 9) La gestión de medidas de protección socio-sanitarias (ayudas y pensiones, Servicio de Ayuda a Domicilio, Atención Domiciliaria, Teleasistencia, Cuidados informales, voluntariado de compañía, Servicios domiciliarios de comida ó lavandería...)

5. CONCLUSIÓN

Tras la bibliografía consultada, creo que es importante resaltar:

- 1) Existe un grupo de pacientes que tienen esta enfermedad sobre los que el equipo de atención primaria puede llevar a cabo unas acciones para prevenir su aparición.
- 2) El EAP debe de conocer los factores de riesgo que pueden desencadenar este síndrome para poner en marcha las medidas oportunas.
- 3) Es indispensable que, una vez detectado el caso, el trabajador social ponga en marcha todos los recursos que

pueden ayudar a la persona. Es importante conocer si la persona vive sola o no, ya que, el acompañante tiene un riesgo alto de sufrir también la enfermedad.

- 4) Una vez que se ha superado el episodio, es muy importante realizar un seguimiento exhaustivo sobre la vida de estas personas, ya que la probabilidad de recaída es muy importante.

Desde el punto de vista de la enfermería, he observado que hay muy poco escrito sobre este tema. La enfermera es el primer profesional que puede detectar estos factores de riesgo y comenzar con unas intervenciones destinadas a prevenir la soledad, que es uno de los principales motivos por el que las personas comienzan a acumular y no tirar las cosas.

Es función de la enfermera, educar y enseñar al paciente a "vivir" en esta etapa de la vida. Muchos de ellos, al no tener juventud, pierden la alegría y la motivación por relacionarse con gente, hacer actividades de ocio, etc....lo que les lleva a refugiarse en objetos materiales, llegando a convertirse en una enfermedad.

Este trabajo es una simple idea de cómo se podría abordar a un paciente con estas características, teniendo como objetivos principales, evitar la soledad y la desnutrición.

6. BIBLIOGRAFÍA

http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-1/guia/terc_edad/dieta_ideal.htm

http://www.humanizar.es/formacion/img_documentos/soledad_mayor.es.doc

<http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno6300cambios2.htm>

<http://www.imsersomayores.csic.es/imagenes/salud/nutricion/cuestionario-mna.jpg>

<http://www.cnit-psicologia.com/articulos/78-sindrome-de-diogenes->

http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2006/2006/03/sindrome_de_diogenes.html

http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/Extra_Ais/Envejecimiento/Comunicaciones/PantojaPaz.pdf

<http://www.youtube.com/watch?v=vPBsE7A-Xsg>