

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TRASTORNO POR ACUMULACIÓN: ANALISIS DE LA
EVIDENCIA COMO ENTIDAD PSIQUIÁTRICA, A
PROPÓSITO DE UN CASO.

Trabajo de investigación sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Especialidades Médicas para optar por
el título de Médico Especialista en Psiquiatría

Candidato: Roger Obando Carpio

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2016

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en
Especialidades Médicas en Psiquiatría para optar por el grado y título de Especialidades en
Psiquiatría

Dr. Oscar Barquero Fernández

Director de Tesis

Dra. Carolina Montoya Brenes

Directora de Posgrado en Psiquiatría

Dra. Ivannia Salas Bogantes

Asesor de Tesis

Dra. Carlos Subirós Castresana- Islas

Asesor de Tesis

Dr. Roger Obando Carpio

Candidato

Dedicatoria

A mi madre, mis hermanos y toda mi familia.

A los profesores que me han enseñado tanto

Y a los pacientes.

Agradecimientos

Agradezco profundamente al doctor Óscar Barquero por apoyarme en este trabajo. A las doctoras Ivannia Salas y Carla Subirós por la revisión. A la doctora Carolina Montoya por toda su guía. A Gabriel Murillo por la ayuda prestada. Finalmente, a la doctora Gloria Roberta Chacón por ser el modelo a seguir en nuestra profesión.

Índice

Dedicatoria	I
Agradecimientos	II
Índice	III
Resumen	V
Lista de tablas	VI
Lista de abreviaturas	VII
Introducción	1
Justificación	4
Planteamiento del problema	6
Objetivos	7
Metodología	8
Antecedentes	9
1. Antecedentes internacionales	9
2. Antecedentes nacionales y locales	10
Resultados	11
1. Reporte de caso	11
1.1 Ficha de identificación	11
1.2 Antecedentes patológicos personales	11
1.3 Antecedentes personales no patológicos	11
1.4 Antecedentes quirúrgicos	11
1.5 Antecedentes gineco-obstétricos	11
1.6 Antecedentes patológicos familiares	12
1.7 Antecedentes perinatales y del desarrollo	12
1.8 Historia personal	12
1.9 Motivo de consulta	17
1.10 Evolución del caso durante la consulta externa	17
1.11 Primera consulta 2015	19
1.12 Segunda consulta 2015	20
1.13 Tercera consulta 2015	21
1.14 Cuarta consulta 2015: Ampliación de la historia longitudinal	21
1.15 visita al hogar por equipo tratante	25
2. Revisión bibliográfica	27
2.1 Diagnóstico y definición	27
2.1.1 La acumulación antes de la definición del trastorno por acumulación	27
2.1.2 Creación del diagnóstico de trastorno por acumulación	28
2.1.3 Criterios diagnósticos del trastorno por acumulación	29
2.1.4 Criterio A	31
2.1.5 Criterio B	33
2.1.6 Criterio C	33
2.1.7 Criterio D	35
2.1.8 Criterio E	36
2.1.9 Criterio F	36
2.1.10 Especificador de excesiva adquisición	37

2.2 Aspectos sociodemográficos	40
2.2.1 Género	40
2.2.2 Estado marital	41
2.2.3 Educación	41
2.2.4 Situación económica	42
2.2.5 Prevalencia	42
2.2.6 Edad de inicio	44
2.2.7 Curso	45
2.3 La acumulación como síntoma de otros trastornos psiquiátricos	47
2.3.1 Trastorno obsesivo compulsivo	47
2.3.2 Esquizofrenia	50
2.3.3 Trastornos neurodegenerativos	51
2.3.4 Síndrome de diógenes	52
2.3.5 Demencia de Alzheimer	53
2.3.6 Demencia frontotemporal	53
2.3.7 Enfermedad de Parkinson	54
2.3.8 Enfermedad de Huntington	54
2.3.9 Trastornos de ansiedad	55
2.3.10 Eventos traumáticos en la vida y síndrome de estrés postraumático	55
2.3.11 Trastorno depresivo mayor	56
2.3.12 Trastorno del espectro autista	56
2.3.13 Trastorno genético	57
2.3.14 Daño cerebral adquirido	57
2.4 Comorbilidad en pacientes con trastorno por acumulación	59
2.4.1 Trastorno obsesivo compulsivo	59
2.4.2 Trastorno de ansiedad	61
2.5 Fenomenología del trastorno por acumulación	62
2.5.1 Algunos aspectos de los acumuladores de animales	64
2.6 Neurobiología del trastorno por acumulación	68
2.6.1 Estudios de neuroimágenes	68
2.6.2 Estudios familiares y genéticos	70
2.7 Tratamiento	71
2.7.1 Psicofarmacología	71
2.7.2 Psicoterapia	73
3. Discusión	76
3.1 Introducción a la discusión	76
3.2 Sobre el diagnóstico y los criterios cumplidos	78
3.3 Sobre los aspectos fenomenológicos	81
3.4 Sobre su curso y aspectos sociodemográficos	82
3.5 Sobre el diagnóstico diferencial	83
3.6 Sobre los aspectos neubiológicos	83
3.7 Sobre el tratamiento	84
3.8 Sobre su pronóstico	84
Conclusiones	85
Referencias	88

Resumen

Antecedentes

Los primeros que estipularon un trastorno de acumulación como entidad psiquiátrica fueron Frost y Hartl's en 1996. En Diciembre del 2012 se estipulo por primera vez el Trastorno por acumulación como entidad nosológica. Desde entonces se han publicado varios estudios al respecto, destacan varias descripciones de casos con revisiones bibliográficas. A nivel nacional ni local, se ha publicado una descripción de caso de este trastorno.

Objetivo

Identificar las características clínicas que llevaron al diagnóstico de trastorno por acumulación en una paciente del HSJD en el año 2015.

Metodología

Es un estudio descriptivo no intervencionista. Se realiza un reporte de caso a partir de la revisión de un expediente clínico. Posteriormente, se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Pubmed y Psiqui; con lo que se realizó una revisión del tema.

Resultados

La sintomatología de la paciente representada en este caso, cumplió los criterios propuesto con el Trastorno por acumulación. Además el caso ilustró la fenomenología clínica característica del trastorno.

Conclusiones

La paciente representó una descripción de un caso por Trastorno de acumulación, tanto sus características clínicas como su evolución.

Lista de Tablas

Tabla 1. Fármacos con dosis máxima utilizada por la paciente durante del periodo 2006 al 2015 en el control psiquiátrico.....	Página 18
Tabla 2. F.02 Criterios Diagnósticos para Trastorno por acumulación, según el DSM 5.....	Página 32

Lista de Abreviaturas

ACC Corteza Cingular Anterior
APA “American Psychiatry Association”
CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición
CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades, onceava edición
DSM Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición
FDG-PET Tomografía de Emisión de Positrones con Flurodesoxiglucosa
HNP Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica
HRS Escala de Medición de Acumulación
HSJD Hospital San Juan de Dios, Costa Rica
IRSN Inhibidor de la Recaptura de Serotonina y Norepinefrina
ISRS Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina
Met Metionina
Mg milígramo
MMSE-30 Test de Evaluación Mini-mental
PCC Corteza Cingular Posterior
SEPT Síndrome de Estrés Post-traumático
SI-R Inventario de Acumulación Revisado
TA Trastorno por Acumulación
TAG Trastorno de Ansiedad Generalizada
TCC Terapia Cognitiva Conductual
TOC Trastorno Obsesivo Compulsivo
TPOC Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo
Val Valina
Y-BOCS Escala de Síntomas Obsesivos Compulsivos de Yale-Brown

Introducción

El trastorno por acumulación es una entidad compleja, que afecta a las personas sin importar su edad, situación económica o su etnia. Este trastorno no solo afecta al individuo que lo padece, también repercute en su familia, y en la comunidad. Esta nueva entidad, fue incluida por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición [DSM-5] (APA, 2013). El eje central del trastorno por acumulación es la dificultad persistente para deshacerse de objetos o separarse de ellos, independientemente de su valor real. Los objetos más comúnmente acumulados son papeles, periódicos, ropa, y libros; pero puede acumularse cualquier tipo de objeto, incluso animales. Las personas que padecen este trastorno atribuyen su dificultad para deshacerse de sus objetos por la percepción de utilidad de los mismos, su apego sentimental con ellos, la probabilidad de que se desperdicien, el hecho que algunos les recuerden parte de sus vivencias pasadas, o una combinación de todas las anteriores. (Frost et al., 2003)

A pesar de que se postula un inicio en la infancia, pasa desapercibida por años, hasta que la situación llega a proporciones graves. (Pertusa et al., 2008)

Las personas que sufren de acumulación, guardan con gran recelo su condición, y por lo general la revelación de su condición procede por una demanda familiar o vecinal. En muchos casos, la existencia de un accidente en el hogar pone de manifiesto las condiciones en que estos individuos viven. (Samuels et al., 2007)

En los Estados Unidos, las personas demandadas por condiciones hogareñas insalubres, pueden perder el derecho de habitación de sus casas; convirtiéndolas en un factor de riesgo para la indigencia. La mayor parte de los individuos que sufren esta enfermedad, no logran

desechar sus pertenencias sin la influencia de terceros, que le brinden ayuda y soporte. (Frost et al., 2003)

Las personas con trastorno de acumulación puede que no sean capaces de dormir en su propia cama, sentarse en una sala, o cocinar sus alimentos. Para muchos, las pilas de pertenencias son tan bastas que abarcan áreas completas de la casa, limitando completamente el uso de las mismas, así como su acceso. (Tolin et al., 2003)

Se han reportado incluso casos en donde la acumulación es tan severa que se extiende a otras zonas de vida, como el carro, los patios, casas de familiares, incluso el lugar de trabajo. La acumulación aumenta el riesgo de incendio, caídas y problemas relacionados con la pobre higiene. Los acumuladores tienen un riesgo alto de morir en un incendio, o quedar atrapados en una avalancha de pertenencias. Su calidad de vida está sustancialmente afectada, estos individuos, la limitación del espacio en sus propios hogares puede llevarlos al confinamiento. Sus relaciones personales y familiares también se afectan, y en situaciones de insalubridad, puede verse involucrada la comunidad vecinal en procesos judiciales. (Samuels et al., 2007)

Para los servicios de salud internacionales, el trastorno por acumulación se ha vuelto un reto. Aunque con anterioridad los servicios judiciales han atendido casos sobre acumuladores por demandas de insanidad, las resoluciones que se otorgaban constan de un periodo de tiempo para la limpieza, o el desalojo de la estructura residencial. Dado la imposibilidad de estos pacientes para deshacerse de sus bienes; la mayoría terminaba trasladándose a otras casas de habitación donde reproducen al poco tiempo sus condiciones de vida. (Saxena et al., 2007)

Las individuos acumuladores con pobre introspección de su condición, pueden ocultar su problema por años, lo que supone un desafío para los servicios de salud mental. Otra de las limitaciones que se presentan con frecuencia, es la resistencia de estos pacientes a recibir ayuda por terceros, asistir a los controles psiquiátricos y cumplir su tratamiento. (Frost et al., 2003)

Justificación

Uno de los retos de la psiquiatría es la definición de las entidades patológicas desde un sistema nosológico. No es de extrañar la evolución de los criterios en los manuales diagnósticos, en donde cada vez se especifica más, se detallan nuevos aspectos, incluso se eliminan entidades. Las limitaciones en los modelos estructurales y metodológicos de las investigaciones psiquiátricas juegan un papel importante en la problemática de las definiciones sobre entidades y sus características.

La diversidad de las manifestaciones de la enfermedad psiquiátrica hace que muchos casos no puedan ser clasificados dentro de los parámetros actuales. Son estos casos los que abren la interrogante sobre la saciedad de las clasificaciones diagnósticas.

Con el advenimiento de las neuroimágenes, la biología molecular, y las pruebas neurofisiológicas; la psiquiatría tradicional se está transformando. Cada vez se consta de mayores herramientas para la clasificación de los cuadros clínicos, lo que implica un desafío para los psiquiatras tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de sus pacientes.

En el caso particular del trastorno por acumulación, han existido publicaciones de casos desde el siglo pasado, sin embargo, se tuvo que dar años de investigación y un largo proceso de validación para confirmarlo como una entidad nosológica nueva, de un problema viejo.

A pesar que hoy sabemos que el trastorno de acumulación implica gran riesgo para la vida de los que lo padecen, muchos de estos pacientes no son tratados sobre este problema,

algunos son diagnosticados de forma errónea, incluso llegan a someterse a terapias y tratamientos validados para otros trastornos psiquiátricos.

El nacimiento de las políticas de salud y estrategias de manejo nace de la detección de los casos. Este trabajo nace a raíz de la ausencia de casos de trastorno por acumulación en la literatura y práctica clínica nacional.

Esta investigación pretende describir un caso de trastorno por acumulación en la literatura médica costarricense y al mismo tiempo sensibilizar a la comunidad psiquiátrica sobre esta enfermedad. Así mismo, se hace una revisión de la literatura internacional sobre la validación de este trastorno como entidad psiquiátrica, y se discutirá los hallazgos encontrados a la luz del caso expuesto.

Planteamiento del Problema

El interés de este tema de investigación nace a raíz del caso de una paciente con antecedente de crisis conversivas y un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, la cual mantenía sintomatología residual. Tras estudiar las razones del mantenimiento de sus síntomas depresivos, se logra evidenciar un trastorno por acumulación desde la infancia como eje central de toda la evolución del caso.

La interrogante a estudiar es: ¿Cuáles son las características clínicas que presentó una paciente del HSJD en el año 2015 para realizar el diagnóstico de trastorno por acumulación?

De acuerdo con la estrategia “PICO” para la pregunta de investigación, se obtiene:

Población: se trata de un reporte de caso, por lo que la población está representada por una única paciente que fue diagnosticada con trastorno por acumulación.

Intervención: es un estudio descriptivo por lo que no hay una intervención directa con la paciente, se realiza una revisión bibliográfica basada en el diagnóstico final de la usuaria.

Control: es un estudio descriptivo, no se realiza comparación con otros estudios.

Resultados obtenidos: ver apartado correspondiente.

Objetivos

Objetivo General

- Identificar las características clínicas que llevaron al diagnóstico de trastorno por acumulación en una paciente del HSJD en el año 2015.

Objetivo Específicos

- Conocer las características fenomenológicas del trastorno por acumulación descritas en la literatura médica actual y que se ilustran a través de la recopilación de la historia médica de un expediente clínico de una paciente del HSJD en el año 2015
- Discutir los factores que conllevan a la separación de la acumulación patológica como una variante del trastorno obsesivo compulsivo
- Distinguir los hallazgos de fenomenológicos que apoyan a la acumulación compulsiva como un trastorno independiente de otras entidades nosológicas

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, no intervencionista, estructurado en dos partes:

- 1- Un reporte de caso. Se realizó una compilación de la información disponible dentro del expediente clínico, así mismo se contactó al equipo tratante de este caso.
- 2- Una búsqueda bibliográfica sistemática sobre el trastorno por acumulación.

Criterios de Búsqueda

Se buscaron los artículos publicados en las bases de datos de Pubmed, Medline y Psiqui, con la entrada “hoarding”, “hoarding disorder”, “trastorno por acumulación” logrando encontrarse 230 artículos. De ellos se tomaron en cuenta desde el año 1996, ya que fue en este momento que se publicó los primeros criterios para el trastorno por acumulación. Además se excluyeron todos los artículos relacionados a otras ramas como la biología, zoología, veterinaria, y ecología.

La última búsqueda realizada se lleva a cabo el 4 de enero de 2016.

Antecedentes

1. Antecedentes internacionales

Los primeros que estipularon un trastorno de acumulación como entidad psiquiátrica fueron Frost y Hartl's en 1996 (Frost y Hartl's, 1996). Ellos observaron que esos pacientes presentaban un fallo para descartar una gran cantidad de objetos que impresionan tener un valor útil limitado. Otra característica que llamó su atención fue el apilamiento de objetos en espacios que impedían las funciones para las cuales habían sido diseñados, así como estrés y disfunción por las conductas acumulativas.

En el año 2012, el comité de Revisión sobre “Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados”, estipuló por primera vez los criterios diagnósticos para el Trastorno por acumulación basados en la información proveniente de la literatura científica, en especial de La Encuesta Sobre el trastorno de acumulación, impulsada por la Asociación Americana de Psiquiatría; y en segundo, el ensayo de campo Londinense sobre el Trastorno de acumulación (Mataix-Cols et al., 2013)

Desde el 2013 se han publicado varios estudios sobre Trastorno por acumulación. Siguiendo la línea metodológica de este trabajo, se destaca el trabajo de David Mataix-Colbs en mayo del 2014 (Mataix-Colbs, 2014) en donde realiza la descripción de una mujer de 54 años con severas conductas acumulativas. De igual forma, en este artículo, el autor realizó una revisión de la literatura conocida sobre la entidad en ese momento.

Otra trabajo con el mismo formato fue el realizado por Carol A. Mathews para la revista “Journal of Clinical Psychiatry” en donde expone una serie de descripciones de varios casos documentados, así mismo una revisión de la literatura (Mathews, 2014).

El trabajo de descripción de casos sobre acumuladores más reciente ha sido publicado por Christopher Frank y Brian Misiaszek en Octubre del 2015. En este artículo se hace una descripción de un caso de una mujer de 86 años con acumulación severa (Frank y Misiaszek, 2015). Como en las publicaciones anteriores, estos autores complementaron el caso con una revisión bibliográfica.

2. Antecedentes Nacionales y Locales

No existe ninguna publicación ni estudio sobre un caso de Trastorno por acumulación costarricense en la literatura. De igual forma, nunca se ha descrito un caso de esta entidad en el Hospital Nacional Psiquiátrico [HNP].

Resultados

1. Reporte de Caso

1.1 Ficha de identificación

Femenina de 53 años, costarricense, en unión libre, madre de tres hijos varones (30 años, 23 años, 20 años), vecina de Desamparados, San José. Labora como asistente administrativa, con escolaridad universitaria completa (nivel de licenciatura), convive con pareja y dos hijos. Define su situación económica como buena, profesa y practica la religión católica. Su hemisferio dominante es el derecho.

1.2 Antecedentes patológicos personales

Paciente conocida portadora de Fibromialgia desde hace 10 años, en esa misma fecha se le realiza diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica. Con Antecedente de trastorno depresivo mayor en dos ocasiones, además se le diagnosticó crisis conversiva en dos internamientos. En la infancia se le realizó diagnóstico de Asma bronquial, sin embargo no tiene crisis desde hace 40 años.

1.3 Antecedentes personales no patológicos

Niega consumo de drogas, alcohol y tabaco. No refiere alergias.

1.4 Antecedentes quirúrgicos

Fractura de Cóccix en 1998.

1.5 Antecedentes gineco-obstétricos

Paciente con tres embarazos, tres partos, una cesárea, sin historia de pérdidas ni abortos. Sus últimos dos embarazos fueron de alto riesgo por amenaza de parto prematuro; en su última gesta se le diagnosticó varices uterinas, por lo que requirió cesárea. Se anota que tuvo antecedente de vaginosis en la edad adulta, desde mayo del 2015 con diagnóstico de vulvovaginitis crónica atrófica. Lleva control de papanicolau, último en Octubre del 2015 con resultado normal. Último control mamográfico en Octubre del 2015, resultado dentro de parámetros normales. Durante su último parto se le realizó salpingectomía. Paciente recibe control en ginecología por menopausia y toma reposición de estrógenos.

1.6 Antecedentes Patológicos Familiares

Su padre sufre de un infarto agudo de miocardio con paro respiratorio. Su madre fallece víctima de una neumonía adquirida en la comunidad. Su hermano mayor padece de trastorno depresivo mayor, al igual que su hermana. Su hijo mayor se le diagnosticó trastorno de ansiedad no especificado; y su hijo menor padece de trastorno de inatención con hiperactividad desde los 3 años. Niegan otros antecedentes.

1.7 Antecedentes perinatales y del desarrollo.

El expediente no consta con información ratificada por alguno de sus padres sobre este apartado, sin embargo, la paciente refiere que, en su conocimiento ella fue un producto a término, con buena talla y peso. Recibió lactancia materna (no especifica tiempo), nunca tuvo algún trastorno del neurodesarrollo. Nunca requirió de apoyo terapéutico en alguna área del desarrollo.

1.8 Historia Personal

La paciente es la menor de tres hermanos. Al momento de su nacimiento su padre tenía 24 años y su madre 21 años. Su familia paterna es descendiente de Italia, aunque su padre nació en Costa Rica; su madre es costarricense. Describe la situación económica de su núcleo familiar como muy buena, eran personas acaudaladas en ese momento. Su padre tenía varios negocios, sin embargo se destacaba un restaurante en las inmediaciones de San José. Su madre se dedicó a las labores domésticas.

Describe a su padre como una figura importante, era un hombre cariñoso con ella, aunque admite que era muy machista. Afirma que su padre fue su figura parental preferida, “nos mimaba mucho”. Dado el ingreso abundante de dinero que disponía la familia, ella nunca tuvo limitaciones para conseguir los juguetes o ropa que deseaba, afirmó en el expediente “si yo quería algo, mi padre me enviaba en carro con un sirviente, y simplemente lo compraba”.

Por otro lado, la paciente afirma que su relación materna no era buena. “yo siempre pensé que mi madre nunca quiso tenerme”. La describe como una mujer inestable, muy iracunda, agresiva verbalmente con sus hijos, “le gustaba humillarnos cada vez que se presentaba la oportunidad”, “nunca recibimos amor de su parte, por el contrario, parecía que nuestra existencia le molestara”. Con sus hermanos guardaba una buena relación.

Recuerda que a pesar de su gran capacidad adquisitiva era una niña taciturna. Pasaba siempre muy nerviosa, desde pequeña temía salir de su casa por la posibilidad de que le pasara un siniestro. Además refiere que el ambiente hogareño era muy pesado, su padre y madre discutían todo el día, a raíz de las infidelidades paternas. Paciente afirma “por parte de mi padre nunca se sabrá cuantos hermanos tengo, tenía muchas aventuras porque era un

hombre muy guapo. Incluso llegó un momento en que mis padres se sentaban a hablar sobre sus amantes como si estuvieran hablando del vecino”.

A los 10 años, tras una discusión fuerte de sus padres, ella sufrió de forma repentina una especie de parálisis de su cuerpo. Refiere que estaba en las escaleras de su hogar cuando sintió un desvanecimiento y tras algunas horas no pudo mover sus extremidades ni tronco. No recibió tratamiento ni atención médica por este evento.

La usuaria asistió toda su infancia a una escuela privada, de tipo católico ortodoxa. Afirmó que esto influyó mucho sobre su espiritualidad desde pequeña. Mantenía un buen rendimiento académico, sin trastornos de la conducta, era sociable, mantenía buenas relaciones con las figuras de autoridad. Niega ansiedad de separación en el proceso escolar.

Al salir de la escuela, su familia sufre una pérdida importante, consecuencia del incendio del restaurante de su padre. Afirmo que tras perder el negocio, el estatus familiar se redujo. A los 12 años, su padre moviliza a la familia a Panamá, por motivos de negocios, sin embargo, los tratos financieros no resultan como esperaban, y perdieron una importante cantidad de dinero. Ese mismo año su madre toma la decisión de volver a Costa Rica con sus hijos.

Una vez en el país, la paciente entra en el sistema colegial. Afirmo que esos fueron años muy duros, en primera instancia porque la economía familiar se vio muy limitada, y en segundo lugar, por el ambiente tenso familiar. Estuvo séptimo y octavo año en la misma institución donde estudió primaria. Al terminar su segundo año de secundaria, su madre la traslada a otra institución privada, por el motivo que una media hermana paterna iba a entrar a su antiguo colegio.

Durante el resto de sus años colegiales, la paciente mantuvo muchas amistades y era muy sociable, pero nunca tuvo relaciones de noviazgo. Afirma que ella en su historia juvenil nunca sufrió de abuso sexual.

Al salir del colegio, se le brinda la oportunidad de asistir al sistema universitario. La paciente se inscribe en la escuela de Administración y Finanzas de una universidad pública. Durante el tercer año de carrera, conoce un compañero, un hombre 34 años mayor que ella, al cual describe como “muy parecido a mi padre”. Este señor se encontraba casado y tenía un hijo infante. Con este hombre, la usuaria inicia una relación a escondidas por al menos tres años. Al quedar embarazada por él, tuvo que realizar la revelación de su relación a su familia, por lo que recibió gran rechazo materno.

Su pareja, según explica ella, no reconoció a su hijo, y tras el nacimiento del bebé, su interés hacia la usuaria decayó. La paciente afirma que ella al notar el desinterés de su expareja comienza con síntomas del espectro depresivo hasta sufre una cuadriplejía de origen desconocido. Estuvo internada en el Hospital Calderón Guardia, en el área de Psiquiatría donde permaneció por alrededor de un mes. Afirma que su diagnóstico de egreso al momento fue trastorno depresivo mayor y crisis conversiva.

Al egresar del hospital, la usuaria se reside en casa de una amiga, ya que su madre la rechaza aún por la relación que tuvo. Tras tres meses de recuperación, logra volver a su trabajo, y conoce a su segunda pareja y primer esposo. A los tres meses de noviazgo decide casarse e ir a vivir con él.

De este matrimonio resultaron dos hijos más. La relación duró 15 años. La paciente afirmó que su esposo era un hombre enojado y agresivo verbalmente, aunque refiere “no recuerdo

mucho de esa época”. Se separaron motivo de la infidelidad cometida por él. A lo largo del primer lustro de su matrimonio, la usuaria logró posicionarse en un puesto ejecutivo alto dentro de la universidad a la que trabajaba. Esto conllevó a que su salario fuera más alto que el de su pareja, raíz de muchas disputas que tuvo la pareja. En el año 2002, el esposo de la usuaria comienza a pedirle el divorcio, coincidiendo con una nueva crisis disociativa. En este episodio sufre una cuadraparesia, para lo cual vuelve a ser ingresada en un centro hospitalario, y se mantiene ahí durante una semana.

Luego de finalizar el proceso de divorcio en el 2003, la paciente se mantiene como la amante de su exesposo por lo largo de dos años. Afirmó que le costó mucho aceptar el hecho que su matrimonio había terminado, además que su expareja la seguía buscando para encuentros ocasionales.

En el año 2005, tras un cambio político de las jefaturas de la universidad, la usuaria es trasferida a otro puesto, hecho que hasta el día de hoy le sigue afectando. Afirmo “yo tenía un puesto alto, manejaba las jefaturas de mi sección, pero al cambiar el gobierno, mi jefe y otros de mis compañeros fueron destituidos, y con la nueva administración me denigraron a un puesto menor. Nadie me hablaba, ni siquiera me dieron una oficina, yo no estaba acostumbrada a recibir órdenes, y comencé a tener problemas de acoso laboral, porque no me querían ahí”.

Al continuar sus problemas laborales, a finales del 2005, la paciente sufre una nueva crisis de cuadriplejía, pero en esta ocasión fue ingresada en el HSJD por el servicio de neurología. Durante su ingreso, se le realizó varios estudios, incluyendo un TAC y RM. No se logró descubrir base orgánica de su polineuropatía. Al egreso fue referida al Servicio de Psiquiatría de esa misma institución. Desde el año 2006 al periodo actual, paciente ha sido

vista en el servicio de consulta externa por parte de Psiquiatría, y de este expediente se han recogido las dos historias longitudinales que se presentan.

1.9 Motivo de Consulta

Se anota el motivo de consulta de la paciente en el 2006, al ser referida a la consulta externa de psiquiatría del Hospital San Juan de Dios.

“Paciente referida al servicio de Psiquiatría, para seguimiento, con antecedente de episodios depresivos, y crisis conversivas caracterizadas por parálisis y paresia de sus cuatro extremidades”.

1.10 Evolución del caso durante la consulta externa psiquiátrica

La usuaria ha sido paciente del servicio de psiquiatría del HSJD por casi 10 años. Durante su entrevista inicial, se logra recopilar los eventos de la vida personal de la usuaria descritos en el apartado anterior. En promedio la usuaria es vista dos veces de forma anual, hasta el 2015 en donde tiene control cada dos meses. En su primer contacto con psiquiatría paciente es diagnosticada con trastorno depresivo mayor, se observa por un trastorno de la personalidad histriónico, y además se estipula un antecedente de trastorno por somatización de tipo conversivo.

Del 2006 al 2015 paciente fue manejada principalmente por su sintomatología depresiva. Se anota en el expediente que tras varios esquemas psicofarmacológicos, la paciente tiende a estabilizarse de su sintomatología depresiva por unos meses, al cabo vuelve con empeoramiento de su depresión por lo que varios fármacos han sido utilizados, sin lograr

mantenimiento de la respuesta antidepresiva. En la tabla 1 se resumen los fármacos prescritos y las dosis alcanzadas durante estos años de control médico.

Tabla 1. Fármacos con dosis máxima utilizada por la paciente durante del periodo 2006 al 2015 en el control psiquiátrico.

Fármaco	Dosis máxima utilizada
Amitriptilina	70 mg VO por día
Imipramina	75 mg VO por día
Fluoxetina	60 mg VO por día
Venlafaxina	225 mg VO por día
Loracepam	6 mg VO por día
Ácido Valproico	1000 mg VO por día
Lamotrigina	100 mg VO por día
Clonacepam	6 mg VO por día
Paroxetina *	60 mg VO por día
Sertralina *	200 mg VO por día
Escitalopram *	20 mg VO por día
Mirtazapina *	30 mg VO por día
Duloxetina *	120 mg VO por día
Quetiapina *	100 mg VO por día

Fuente: Expediente Clínico CCSS.

* Medicamento adquirido y utilizado de forma independiente por la paciente.

La paciente fue referida y tratada por el servicio de psicología del 2006 al 2012, en donde en forma resumida se anota que se trabajó con la paciente su proceso de duelo por la separación de su esposo, su autoestima, sus sentimientos ante la figura materna, así como un proceso de acompañamiento ante una demanda de patria potestad que le impuso su exesposo por la custodia de dos de sus hijos. A pesar de que en estos 9 años, en tres

ocasiones se pidió pruebas psicodiagnósticas, la paciente por razones diversas nunca asistió a una de ellas.

Durante el 2008, ante la poca respuesta sostenida de la usuaria, se planteó la posibilidad de un trastorno afectivo bipolar de tipo II. Paciente recibió ácido valproico a una dosis baja, sin referir alguna mejoría de su sintomatología. Ese mismo año, se asoció un esquema con lamotrigina a bajas dosis, sin embargo, la paciente no la toleró y fue suspendida.

Durante estos años, también se amplió información sobre sus episodios depresivos, donde la paciente refiere que su primer episodio grave fue en el año 1988, meses antes de su primera crisis conversiva. Describe que su sintomatología depresiva se caracteriza por un enlentecimiento motor e intelectual inicial, seguido por una gran desesperanza, a las pocas semanas no quiere salir de la casa, pasa todo el día en su cama, sin fuerzas, sin motivación alguna para realizar su trabajo o las tareas domésticas. Se escribe que en su primer episodio, en un periodo de tres meses la usuaria perdió 12 kilogramos aproximadamente. Su segundo episodio en 2002 a raíz del proceso de divorcio presentó las mismas características, no obstante en esta ocasión la paciente presentó insomnio global, y aunque perdió peso, no llegó a rebajar tanto como en la vez anterior. En el 2005, fue su episodio tercero, caracterizado de igual forma que el segundo. Paciente afirma que tras este último evento depresivo, ella mantiene sintomatología depresiva intermitente, como llanto fácil, desmotivación, fatiga crónica, insomnio temprano e ideas sobre la muerte.

1.11 Primera consulta 2015

Durante su primera consulta del 2015 la usuaria se presenta con agudización de su sintomatología depresiva, se le ve fatigada, con ojeras en ambos ojos. Refiere que su hijo

mayor ha tomado la decisión de abandonar el hogar, debido a la condición de su casa. Cuando se le pregunta a qué se refiere con “condición de su casa” la paciente guarda silencio un momento y luego brota en llanto por unos minutos. Luego afirma que su hijo expresó que no puede vivir en el hogar, por la acumulación de pertenencias de su madre, y la comparó con casos que había visto en un programa de televisión. Cuando se le pide a la usuaria que describa el problema expresado por su hijo ella afirma “que colecciono muñecas y ropa, y tengo muchas”. Ante las negativas de ampliar sobre esta queja, se le pide a la usuaria que asista con un miembro de su familia la próxima cita, y se socita reconsultar en dos meses.

1.12 Segunda consulta 2015

Paciente asiste a la consulta en compañía de su pareja, quien vive en el hogar desde hace dos años. Refiere sentirse más estable respecto a la partida de su hijo mayor del seno familiar, sin embargo en ocasiones se mantiene incontinente y llora varios minutos. Con mejor patrón de sueño. Se le pregunta a su pareja sobre los motivos de la separación del joven, a lo que describe que la casa de la usuaria está llena de cosas, muchas de ellas nuevas, que ha acumulado durante años. Al profundizar un poco en la situación de la acumulación, la pareja informa que varias áreas de la casa, entre ellos dos cuartos, la sala, comedor, y las escaleras casi no se pueden utilizar por la gran cantidad de pertenencias que llenan esos espacios; y de hecho, su hijo mayor hizo referencia al problema de su madre como un caso que vieron en la televisión sobre acumuladores en los Estados Unidos. Aunque él como los hijos de la usuaria han tratado de deshacerse de muchas de sus pertenencias, la paciente se rehúsa a botarlas o regalarlas, incluso ha habido conflictos graves familiares por la actitud agresiva con la que reacciona la paciente ante el tema.

1.13 Tercera consulta 2015

Paciente asiste sola a la consulta. Se toca el tema referido por su pareja en la sesión anterior. La usuaria entre llanto, afirma que en el fondo ella tiene un problema de acumulación, y que este ha sido uno de los factores que más la deprimen de su situación actual. Se concierta una cita para realizar una ampliación de su historia respecto a su problema de acumulación.

1.14 Cuarta consulta del 2015: ampliación de la historia longitudinal

Paciente asiste sola la consulta. Se realiza ampliación sobre su historia de acumulación con su consentimiento. Los datos recogidos en la historia anterior se omiten con el objetivo de no duplicar información.

Paciente refiere que ella desde niña ha tenido un problema con la acumulación, afirma que aunque en su infancia no lo veía como algo malo, llegó a tener más de dos mil muñecas de papel, cajas enteras de papeles de carta perfumados, también tenía un espacio del closet lleno de cintas para el cabello, pompones y otras adornos de pelo que se usaban en la época. Afirma que aunque nunca sintió la obsesión de tener un objeto en particular, se sentía feliz y como “llena” de poder coleccionarlos. Al ir creciendo y terminar la escuela, su padre se deshizo de muchas de estas pertenencias, a lo que ella lloró amargamente durante dos días seguidos, puesto sentía como si una parte de su niñez se la arrebataran y no podría volver a recuperarla.

Con la llegada de su adolescencia y el cambio económico que tuvo la familia, la usuaria comenzó a guardar toda la ropa que pudo. Afirmó “aunque tenía ropa que ya no que

quedaba, yo la guardaba en cajas, pensaba que algún día podía necesitarla... bueno alguna de esa ropa aún debe estar guardada en algún lugar”.

Durante la universidad comenzó a guardar todo lo referente a sus estudios, libros, exámenes, cuadernos, hojas poligrafiadas, boletines de la universidad, comprobantes de pago, recibos de útiles, etc. Y al quedar embarazada, no botó ni regaló ningún artículo que usó su hijo cuando era lactante, ya que le recuerdan toda la crianza del niño. Así mismo, las cartas, tarjetas, regalos que le había realizado su primera pareja fueron guardadas.

Cuando adquirió su primer trabajo, comenzó con una adquisición excesiva de objetos varios, principalmente peluches y muñecas. La paciente refiere que le gustaron desde niña, y comenzó a coleccionarlas. Sin embargo, cabe destacar que no tenía alguna colección específica, ni buscaba un peluche ni muñeca en especial, era cualquiera que pudiera tener.

Al año de estar trabajando, descubrió las maquinitas de peluches (son máquinas tragamonedas, en donde la persona deposita un monto y le permite intentar sacar un peluche a través de unas pinzas mecánicas). “Yo pasaba toda la hora de almuerzo en esas máquinas, saque sin fin de peluches, algunos de ellos ni me gustaban pero la alegría de tener uno más me llenaba, incluso saque él mismo peluche varias veces en un mismo día”. Luego agrega “en esos tiempos me era difícil puesto que no ganaba mucho, y yo sabía que gastaba excesivamente en las máquinas de peluche, pero no me importaba”.

Refiere la paciente que cuando ella se casó y se mudó con su segunda pareja, comenzó a tener problemas con su marido respecto a la cantidad de sus pertenencias. Comenta que su marido tenía gran cantidad de quejas sobre el hecho que tuviera cosas antiguas, y objetos que él consideraba sin valor. Conforme su capacidad monetaria aumentó, la adquisición de

pertenencias se volvió un problema. La usuaria añade “en el matrimonio, yo tenía que llegar con las bolsas escondidas porque sabía que si marido se daba cuenta que había conseguido más ropa, o libros, o cualquier cosa; él iba a iniciar una pelea”

Cuando su marido pide el divorcio y abandona la casa, la situación empeoró. La usuaria comenta que ella sin el freno de un marido que la limitara, comenzó a adquirir objetos variados y acumularlos en la casa. Parte de su vivencia como la amante de su exmarido por dos años se relaciona con la acumulación: “mi exesposo sabía lo que me gustaba que me regalaran cosas, me traía muñecas, peluches, ropa, y otros objetos... en ocasiones yo accedía a tener relaciones con él a cambio de las cosas que me trajera, aunque no las necesitara”. Afirma que cuando el espacio en el cuarto no permitía el movimiento libre de las personas, su exesposo dejó de visitarla.

El problema de la demanda por la custodia de sus hijos también se relacionó con su trastorno por acumulación. Paciente comenta que en una ocasión, cuando ella se encontraba trabajando, su exesposo llegó a su casa y uno de los hijos le abrió la puerta; al inspeccionar el estado de la sala, la semana siguiente puso una demanda por la custodia de los hijos menores, refiriendo que los niños vivían en condiciones insalubres. A pesar del largo proceso, ella ganó la custodia.

En el 2005 luego de sus problemas laborales, y su cambio de puesto; ella sufre su tercera crisis conversiva, la cual coincidió con su tercer episodio depresivo mayor. Ella refiere que tras este evento nunca volvió a su estado premórbido, pero existen muchos factores que se asocian al mantenimiento de su sintomatología depresiva. En ese tiempo tanto su madre como sus hermanos decidieron cortar relación con ella; en otros tiempos, la usuaria iba a visitarlos y pasaban juntos las fiestas. Sus familiares debido a las discusiones que se

suscitaban sobre el tema de su acumulación, dejaron de insistir con la paciente y tomaron la decisión de alejarse de ella. De igual forma, su única amiga en el vecindario comentó a otras personas el estado de la vivienda de la paciente, lo que produjo gran enojo en ella, y se dejaron de hablar. En este momento la paciente no cuenta con ninguna red familiar ni terceros.

Del 2006 al 2015 su situación de acumulación sigue empeorando. Con el uso de los psicofármacos, ella comenta que se ha sentido bien por varios meses, incluso hubo tiempos en que dejó de adquirir bienes; sin embargo, la misma situación de su hogar y las constantes disputas con sus hijos sobre lo mismo tienden a decaerla anímicamente. En varias ocasiones ha tenido plagas de cucarachas, y hace un año se dio una plaga de ratones, a lo que tuvieron que comprar gatos para detener su expansión por la propiedad. Todos estos hechos la deprimen más, puesto que considera que ella es una mujer muy limpia.

En el 2011, con la venida de las compras por internet, ha dejado de salir al comercio, puesto que puede comprar sin el sentimiento de ser juzgada por los demás.

Cuando se indaga sobre las razones de su adquisición excesiva, la usuaria responde “no lo hago al propio, pero me cuesta mucho decidir que debo de llevar, en ocasiones compro de más porque pienso que puedo utilizar las cosas pero nunca lo hago. Por ejemplo, si voy a comprar telas para hacer un vestido a las muñecas, llevo de muchos colores, puesto pienso que podría hacer varios, aunque al final con costo hago uno”. Añade “el otro problema es que no recuerdo donde tengo las cosas, por ejemplo: creo que he comprado siete máquinas de coser, porque cada vez que busco una, se me olvida donde la puse, y como no se puede ya registrar los cuartos por la cantidad de cosas, me es más fácil comprar una nueva”.

Al preguntar sobre las razones de evitar deshacerse de sus pertenencias, ella explica “yo sé que no tiene sentido, me lo he preguntado muchas veces. Mi casa es el lugar más deprimente sobre la tierra, hay zonas en las que ni siquiera entra la luz del día. No sé si pueda explicarlo, pero mis cosas, para mí, son como parte de mi vida, al saber que las tengo estoy tranquila. Muchas de ellas me recuerdan cosas que he vivido, siento que sin ellas no sería nada. Cuando me he enterado que alguno de mis hijos botó una pertenencia, siento un gran vacío en mí, como si perdiera una parte de mí misma. Las cosas me recuerdan cuando era bonita, la mujer que fui, y mucho de lo que tengo yo sé que lo voy a necesitar en el futuro, pero nadie me entiende”.

1.15 Visita al hogar por Equipo Tratante

A finales del año 2015, se logra concertar una visita al hogar por parte del grupo tratante, para confirmar la situación de vida de la usuaria. Se realiza un resumen de los hallazgos encontrados:

El frente de la propiedad se encuentra libre de basura, así como la cochera, desde la vista del frente la estructura impresiona en buen estado. Al entrar al interior de la casa, lo primero que se nota es una gran cantidad de objetos varios apilados en la sala, uno encima de otros, en donde se puede encontrar muebles, adornos, muñecas, ropa, sillas, y un sinfín de pertenencias. No se guarda ningún orden, el espacio de movilización para trasladarse de la sala a la cocina y a las escaleras tiene un ancho de menos de un metro. La cocina está despejada de pertenencias, se encuentra limpia. El patio de la propiedad está lleno de ropa, y otros objetos, no puede movilizar ahí. El cuarto de lavado esta acaparado con objetos viejos, ropa sucia, colchas, artículos de bebe, coches, y varios artículos electrónicos que impresionan inservibles.

Las escaleras de la casa están en mal estado, sus gradas están dobladas, dando la impresión que han soportado gran cantidad de peso. Hay ropa guindando del barandal, pero se puede acceder fácilmente a la segunda planta. Esta parte de la propiedad consta de un pasillo que da acceso a tres cuartos y un baño. El pasillo se encuentra despejado, sin embargo dos de los cuartos están abarrotados. En estas áreas hay apilamientos de tres metros de altura, con cajas selladas una encima de otra. Montones de ropa, muñecas, y cajas cubren casi el 100% del espacio, dando una movilidad de menos de un metro cuadrado.

El cuarto de la usuaria, está más despejado, sin embargo en su veladora hay más de 100 botellas de lociones, perfumes, y artículos de belleza. Hay pilas pequeñas de medio metro de altura en ambas esquinas, pero lo que llama la atención, es una colección de bolsas con collares, pelucas, aretes, pulseras y otros accesorios de vestimenta; que bloquen la puerta y de debe de empujar con gran fuerza para poder abrirla. El cuarto de su hijo también está invadido con apilamientos, sus armarios están llenos de pertenencias de su madre, entre los cuales hay más ropa, peluches, y muñecas. La única zona libre del cuarto del joven, es su cama, la cual es una litera y él duerme en la parte superior. El baño principal de la planta se encuentra despejado en un 70% aproximadamente.

Desde el punto de vista general, la casa tiene un poco ventilación, las entradas de luz natural están cubiertas por objetos, dando un ambiente muy oscuro. Dentro de la propiedad habita un perro y un gato, y el olor de sus excrementos se hace notar en ciertas áreas de la propiedad. Hay una acumulación grande de polvo sobre los montículos apilados. El servicio de agua funciona sin problemas, el acceso a tomas de corriente está restringido en varias partes del hogar.

2. Revisión Bibliográfica

2.1 Diagnóstico y Definición

2.1.1 La acumulación antes de la definición del trastorno por acumulación

El trastorno por acumulación es un nuevo diagnóstico incluido en la sección de trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría “DSM-5” (American Psychiatric Association, 2013). Anteriormente, en la cuarta edición del DSM, “la inhabilidad de desechar objetos sin valor alguno incluso cuando no tengan valor sentimental” era uno de los ocho criterios del trastorno de personalidad obsesivo compulsivo [TPOC]. Un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo se debía considerar si la acumulación era extrema. (APA, 2000). De esta forma, aunque la acumulación no estaba completamente definida como un desorden formal, los clínicos podrían asignar un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo a estos pacientes.

La razón por la cual la acumulación fue conceptualizada en el DSM-IV no está del todo clara. Impresiona que la principal causa de esto, fue la inclusión de dos ítems sobre la acumulación en la escala de síntomas obsesivos compulsivos de Yale-Brown [Y-BOCS-SC], que se considera el estándar de oro en el diagnóstico del TOC; y que fue utilizada en el estudio de campo del DSM IV-OCD (Mataix-Cols et al., 2010).

La posibilidad de asignar un trastorno del Axis I para la acumulación, permitió que muchos de esos pacientes pudieran recibir tratamiento, pero también creó gran confusión en la comunidad médica. Los clínicos reportaban la dificultad para clasificar aquellos pacientes

que tenían conductas severas de acumulación en ausencia de otros síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. (Mataix-Cols et al., 2011).

2.1.2 Creación del diagnóstico de Trastorno por acumulación

La ambigüedad y omisión de los antiguos sistemas de clasificación respecto a las conductas de acumulación, así como la evidencia acumulada en los últimos 15 años, forzó a la comisión del DSM-5 sobre trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, a considerar la proposición de criterios válidos para dicha entidad. La literatura médica ya proponía criterios diagnósticos que validan al trastorno de acumulación como una entidad psiquiátrica propia. (Stein et al., 2010). Una clave importante para la formación del diagnóstico, fue que las investigaciones mostraban que la mayoría de los pacientes con trastorno de acumulación no cumplían criterios para el trastorno obsesivo compulsivo ni para el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. (Frost, Steketee y Tolin, 2011).

Aunque indudablemente, existe un porcentaje de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo con conductas de acumulación, estos obedecen a compulsiones definidas que los llevan a retener objetos; por ejemplo: el miedo de desechar artículos por la posibilidad de contaminación. (Pertusa et al., 2010). No obstante, aproximadamente más del 80% de los pacientes diagnosticados con trastorno de acumulación no presenta ningún síntoma correspondiente al trastorno obsesivo compulsivo, por el contrario, la mayor comorbilidad de estos sujetos son el trastorno depresivo mayor y otros trastornos de ansiedad. (Frost et al., 2011)

Estas diferencias, así como los nuevos estudios en donde se marcaba una neurobiología, prevalencia, curso, comorbilidad y resistencia al tratamiento diferentes al trastorno obsesivo

compulsivo; impulsó que la comisión del DSM-5 validara los criterios propuestos para el trastorno de acumulación. El diagnóstico llegó a definirse por completo en Diciembre del 2012. Se rumora que la Organización Mundial de la Salud, en su manual CIE-11, incluirá también el trastorno por acumulación. (Phillips et al., 2015).

Existe aún controversia entre los expertos sobre si el trastorno de acumulación está más emparentado con los trastornos obsesivos compulsivos que con otras entidades. Datos extraídos de estudios en neuropsiquiatría funcional y otras disciplinas, han expuesto evidencia de la relación de esta entidad con trastornos del control de los impulsos, así como déficits neurocognitivos como el trastorno de déficit atencional e hiperactividad. Se necesita más evidencia para aclarar esta situación (Tolin y Villavicencio, 2011).

2.1.3 Criterios Diagnósticos del Trastorno por acumulación

Los criterios del DSM-5 están basados en la definición operacional que Frost y Hartl's (1996), propusieron para el trastorno de acumulación siguiendo las siguientes características:

- 1- La adquisición y el fallo de descartar una gran cantidad de objetos que impresionan tener un valor útil limitado.
- 2- El apilamiento de objetos en espacios que impiden las funciones para las cuales fueron diseñadas
- 3- Estrés y disfunción causados por las conductas de acumulación

Con este estudio como base, y añadiendo los descubrimientos de los últimos 15 años en la materia, se afinó los criterios propuestos actualmente. Gran parte de la información utilizada proviene dos fuentes importantes; en primer lugar, La Encuesta Sobre el trastorno

de acumulación, impulsada por el comité de revisión del DSM-5; y en segundo, el ensayo de campo Londinense sobre el trastorno de acumulación (Mataix-Cols et al., 2013)

Desde la estructura de los criterios para el DSM-5 se incluye los criterios de exclusión, para diferenciar la acumulación que se puede presentar en otros trastornos, así como los especificadores de adquisición excesiva y la codificación del nivel de introspección o “insight”.

Los criterios del DSM-5 para el trastorno de acumulación se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 2. F.02 Criterios Diagnósticos para Trastorno por acumulación, según el DSM 5. (APA, 2013)

A. Dificultad persistente para desechar objetos o separarse de ellos, independientemente de su valor real
B. Esta dificultad se debe a la necesidad percibida de guardar dichos elementos y el malestar de deshacerse de ellos
C. Los síntomas producen la acumulación de objetos que ocupan y abarrotan zonas de estar y sustancialmente comprometen su uso previsto. Que las zonas habitadas se encuentre despejadas suele deberse únicamente a la intervención de terceros (por ejemplo, miembros de la familia, limpiadores, autoridades)
D. La acumulación provoca malestar clínico significativo o deterioro tanto social, ocupacional como de otras áreas de funcionamiento. (Incluido el mantenimiento de un entorno seguro para el paciente y otros)
E. La acumulación no es atribuible a otra condición médica (por ejemplo, daño cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi)
F. La acumulación no se explica mejor como síntoma de otros trastornos del DSM-5. (por ejemplo la acumulación en relación a las obsesiones del TOC, la anergia en el trastorno depresivo mayor, los delirios de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, los déficits neurocognitivos de la demencia y los interés restringidos de los trastornos del espectro autista).
<p>Especificar si:</p> <p>Con adquisición excesiva: si los síntomas se acompañan de recolección excesiva o la compra o robo de artículos que no son necesarios o para lo que no hay espacio disponible.</p> <p>Indicar si las creencias y conductas de acumulación se caracterizan actualmente por:</p> <p>Adecuada <i>insight</i>: el individuo reconoce que las creencias y conductas relacionadas con la acumulación (correspondientes a las dificultades para descartar elementos, el desorden,</p>

o la adquisición excesiva) son problemáticos.

Escasa *insight*: el individuo está en la mayor parte de las veces convencido de que las creencias y conductas relacionadas con la acumulación (correspondiente a las dificultades para descartar, el desorden, y la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

Ausencia de *insight* (es decir las creencias delirantes acerca de la acumulación) El individuo está completamente convencido de que las creencias y conductas relacionadas con la acumulación (correspondiente a las dificultades para descartar, el desorden, y la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

2.1.4 Criterio A

Se define como la “dificultad persistente para desechar objetos o separarse de ellos, independientemente de su valor real” (APA, 2013). La dificultad que presentan los pacientes con trastorno de acumulación para deshacerse de sus pertenencias es uno de los pilares diagnósticos. Estas personas presentan gran malestar no solo en desechar los objetos guardados, sino también en cualquier actividad que signifique la separación definitiva de sus pertenencias, como el reciclaje, la venta o regarlos. (Frost et al., 2012). Dicha dificultad debe ser persistente para poder diferenciarla de otras situaciones en que se podría presentar algún malestar en desechar objetos, como lo es para algunas personas en el proceso de duelo [desechar las pertenencias del ser querido], o cuando se realizan mudanzas a sitios lejanos. (Frost et al., 2012).

La vasta mayoría de las personas, entre un 80 a 100% de las muestras estudiadas, revela que la adquisición de los objetos acumulados proviene de compras excesivas, actividades de recolección de objetos sin costos o desechados, y por último y menos frecuente del robo. La principal característica del trastorno por acumulación es la dificultad que presentan los individuos de desechar artículos cuya utilidad no es necesaria o empleada. En algunos casos, por ejemplo cuando los artículos guardados son basura o materiales desechables,

puede confundirse con una característica de los trastornos psicóticos; no obstante, para la mayoría de los acumuladores, los objetos retenidos son los mismos que se pudieran encontrar almacenados en los hogares de personas que no padecen el trastorno, tales como periódicos, libros, revistas, ropa, lapiceros, utensilios de cocina, y contenedores diversos (Pertusa et al., 2008).

Las razones expresadas de los acumuladores para mantener sus objetos son las mismas que una persona ordinaria daría. (Frost y Gross, 1993). Las tres principales razones son: sentimental, instrumental, e intrínseca. (Frost y Hartl's, 1996). Muchas de las personas atesoran objetos porque les recuerda a una persona o momento significativo en sus vidas, la diferencia con los acumuladores radica en la cantidad de objetos que tienen ese significado para ellos, y en la fuerza de dicho vínculo. Los acumuladores usualmente expresan que sus pertenencias representan una parte de ellos, y reaccionan con temor a la pérdida del objeto, como si perdieran una parte de sí mismos. (Steketee et al., 2003). Las posesiones también parecen proveer de una comodidad emocional y una sensación de identificación que va más allá de lo reportado para otras personas. (Kellet y Knight, 2003)

La segunda razón es por la utilidad del objeto. Una vez más la diferencia entre los acumuladores y las otras personas, radica en la proyección de utilidad de sus bienes, al punto que aunque posean varios artículos con las mismas funciones no logran desecharlos. Los acumuladores reportan un gran sentido de la responsabilidad sobre sus pertenencias, como un deber de que sean utilizados de forma apropiada y que no se desperdicien. (Steketee et al., 2003).

La tercera razón radica en el valor intrínseco que se le otorga al objeto. Los acumuladores expresan un miedo real a que la pérdida de los objetos, puede representar también el

descarte de información importante que luego pudieran necesitar. (Hartl et al., 2004). También se ha demostrado como algunos de los pacientes ejercen un control desmesurado sobre sus pertenencias, al punto que no permiten el acercamiento de los otros a algunos objetos. (Frost et al., 1995).

2.1.5 Criterio B

Se define como “Esta dificultad se debe a la necesidad percibida de guardar dichos elementos y el malestar de deshacerse de ellos”. (APA, 2013, p.579).

El criterio B sirve para clarificar la naturaleza de la acumulación de objetos. El apilamiento de objetos que se puede evidenciar en pacientes con trastorno de acumulación, es resultado de la dificultad y malestar presentes para deshacerse de dichos elementos. A diferencia de la acumulación que se puede presentar en otros trastornos, como en el trastorno depresivo o el síndrome de Diógenes, los acumuladores presentan un comportamiento activo y protector hacia sus objetos, y no los guardan por descuido personal o actitudes apáticas. También, y a diferencia de las entidades mencionadas, los acumuladores viven un gran estrés y malestar cuando terceros desechan algunos de sus objetos, lo que permite diferenciarlos de algunos comportamientos presentes en trastornos orgánicos (Steketee y Frost, 2003).

2.1.6 Criterio C

Se define como “Los síntomas producen la acumulación de objetos que ocupan y abarrotan zonas de estar y sustancialmente comprometen su uso previsto. Que las zonas habitadas se encuentre despejadas suele deberse únicamente a la intervención de terceros” (APA, 2013, p.579).

El apilamiento suele ser la característica más visible del trastorno de acumulación. Se define como el abarrotamiento en pilas de objetos sin relación en sí o con poca relación, en forma desorganizada, y en espacios que no fueron diseñados para estos propósitos (Steketee y Frost, 2003).

Para los observadores, familiares y terapeutas el mayor problema del trastorno de acumulación es el apilamiento de objetos en áreas destinadas a la vida diaria. El volumen del apilamiento de objetos es una buena medida para la severidad de la acumulación, la cual en la mayor parte de los casos equivale a más del 70% del espacio. (Pertusa et al., 2008). En los casos más extremos, al apilamiento llega a tal punto que la persona no puede utilizar la cocina para preparar alimentos, o poderse sentar en una simple silla, o incluso poder utilizar el servicio sanitario. En casos extremos la acumulación y el apilamiento de los objetos invaden otras áreas como los vehículos, jardines, piscinas, etc.

Sin embargo, es importante rescatar que el apilamiento es consecuencia de las conductas de acumulación, y no una raíz del trastorno. El apilamiento es el resultado de una conducta acumuladora, una gran dificultad para desechar artículos y una disminuida capacidad para organizar las pertenencias. Una característica de este trastorno es la inhabilidad de los sujetos para poder organizar de forma congruente objetos con diferente valor, y esto se ha relacionado a que los acumuladores poseen alteraciones en la atención, categorización y en la toma de decisiones. (Frost y Hatl's, 1996)

La cláusula de que las zonas estén despejadas por la intervención de terceros, se origina en los casos en donde la intervención familiar, comunal o legal se ha encargado de clarificar los espacios al momento del diagnóstico o de la visita al domicilio. Es un hecho que los pacientes acumuladores que logran convivir con otras personas tienen menor volumen de

apilamiento que aquellos que viven solos (Frost et al., 2003). Esto en parte se debe a los esfuerzos titánicos que realizan los familiares o convivientes para mantener los espacios libres, y especialmente importante en los casos de los adolescentes acumuladores, en donde la mayoría de los padres los fuerzan a desechar contra su voluntad sus pertenencias (Steketee y Frost, 2003).

2.1.7 Criterio D

Se define como “la acumulación provoca malestar clínico significativo o deterioro tanto social, ocupacional como de otras áreas de funcionamiento. [Incluido el mantenimiento de un entorno seguro para el paciente y otros] (APA, 2013, p.579).

Para algunos individuos con Trastorno de acumulación, especialmente aquellos que carecen de adecuada introspección, el apilamiento pudiera no causarle malestar evidente, o este se presenta a consecuencia de la intervención de terceros sobre su abarrotamiento (Grisham et al. 2007). Las actividades de la vida diaria como cocinar, bañarse y mantener la higiene; pueden verse grandemente impedidas y existen condiciones sanitarias insalubres o bloqueo de salidas en situaciones de emergencia (Kim, Steketee y Frost, 2007). La acumulación aumenta el riesgo de incendio, y de morir aplastado por una avalancha de apilamiento (Frost, Sketekee y Williams, 2000).

La calidad de vida se afecta importantemente, y las relaciones familiares tienden a ser conflictivas (Tolin, Frost y Sketee, 2008). En algunos casos el problema sanitario involucra a la comunidad, y en situaciones con niños, puede verse involucrados los servicios de protección al menor (Frost, Steketee y Williams, 2000).

2.1.8 Criterio E

Se define como “la acumulación no es atribuible a otra condición médica” (APA, 2013, p.579).

El criterio E es la primera premisa de exclusión. La acumulación excesiva de objetos puede ser una manifestación de otros trastornos psiquiátricos; por tanto, el diagnóstico de Trastorno por acumulación solo se puede realizar una vez descartadas dichas entidades. De acuerdo a lo expuesto en este criterio, no se logra el diagnóstico si las conductas acumulativas están en relación a un trauma o daño cerebral, tumor cerebral, enfermedad cerebrovascular, infecciones del sistema nervioso central (encefalitis vírica y herpética), o condiciones genéticas como el síndrome de Prader-Willi. El daño en la región prefrontal anterior ventromedial y la corteza del cíngulo, se ha asociado con comportamientos de acumulación de objetos. (Anderson et al., 2005).

2.1.9 Criterio F

“La acumulación no se explica mejor como síntoma de otros trastornos del DSM-5. (por ejemplo la acumulación en relación a las obsesiones del TOC, la anergia en el trastorno depresivo mayor, los delirios de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, los déficits neurocognitivos de la demencia y los interés restringidos de los trastornos del espectro autista)” (APA, 2013, p.579).

Es el segundo criterio de exclusión. Los motivos de la acumulación deben de ser investigados, dado que otros trastornos psiquiátricos pueden manifestar comportamientos acumulativos. Los trastornos neurocognitivos como la demencia de Alzheimer, la demencia frontotemporal y otras; pueden presentar la acumulación de objetos como manifestación de

la disminución de sus capacidades neurocognitivas, asociado a otras manifestaciones del cuadro como la desinhibición (Mendez y Shapira, 2008). Se ha evidenciado que en los trastornos depresivos puede darse acumulación de objetos resultado de la anergia, apatía, y fatiga que presentan estos pacientes, así como su falta de interés por mantener los espacios libres y limpios. En los trastornos psicóticos, en especial en la esquizofrenia, se presentan conductas de acopio que obedecen a un sistema delirante, y por lo general, tienden a ser más objeto específico. De igual forma, en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, la acumulación puede resultar secundaria a las ideas intrusivas como contaminación o daño; la mayoría de estos pacientes expresan un gran malestar de sus conductas acumulativas, lo que podría diferenciarlas de un trastorno de acumulación puro (Mataix-Cols et al., 2010).

2.1.10 Especificador de Excesiva adquisición

Además de estos criterios de diagnóstico, la propuesta para el DSM-5 incluye un especificador para la adquisición excesiva. Frost y Gross (1993) informaron por primera vez una tendencia entre las personas con problemas de acumulación y la práctica de comprar y llevar con ellos un gran número de artículos “por si acaso”. Estudios posteriores han confirmado la excesiva adquisición en el contexto del trastorno por acumulación (Frost et al. 2008). En el mayor estudio hasta la fecha sobre el tema, Frost et al. (2009) encuestó a más de 653 personas con graves problemas de acumulación. Entre 85% y 90% informaron padecer de excesiva adquisición, ya sea en forma de compras compulsivas o en la adquisición libre de bienes. La compra parece ser la forma más frecuente de adquisición, con una presentación de informes de más del 75%. Sin embargo, más del 50% de los estudiados reportaron gran adquisición de bienes gratis, a través de regalías comerciales.

El robo es la tercera forma de adquisición excesiva asociada con la acumulación patológica. Aunque sólo un pequeño porcentaje de personas con TA roban, la frecuencia de la cleptomanía (10%) es significativamente mayor que la observada en las personas con TOC (5%) (Frost et al., 2011a).

Los criterios diagnósticos propuestos para TA no incluyen la adquisición excesiva debido a que un pequeño porcentaje (10% a 15%) de las personas que son acumuladores no la practican.

Ahora bien, es posible que estos casos reflejen un problema de introspección relacionado con la adquisición excesiva. Algunos pacientes acumuladores que negaban un problema de adquisición al inicio del tratamiento, han logrado afirmarlo en el proceso terapéutico (Frost et al., 2009). En algunos casos, las personas con TA pueden haber adquirido en exceso en el pasado, pero ya no están en condiciones físicas para hacer compras o conseguir artículos gratis.

Más investigación es necesaria para aclarar el alcance de la adquisición excesiva dentro del contexto del trastorno por acumulación, debido a que la adquisición excesiva es un factor primordial a tratar para lograr una mejoría.

Los criterios diagnósticos propuestos incluyen un especificador de capacidad introspección similar a la establecida para el Trastorno obsesivo compulsivo.

Los médicos tratantes habitualmente califican a sus pacientes acumuladores con mala o limitada introspección cuando se les compara con aquellos que padecen TOC. (Frost et al., 1996, Matsunaga et al., 2010b, Samuels et al. 2007b).

Kim y sus colegas (2001) encontraron que sólo el 15% de los trabajadores sociales que llevan casos de acumuladores, opinan que sus pacientes tienen algún grado de introspección sobre su condición habitacional.

Más de la mitad de las personas que viven con individuos que acumulan, reportan que sus familiares no tienen introspección (Tolin et al., 2010b).

Ahora bien, Tolin et al. (2008a) encontraron que el 85% de una muestra grande de acumuladores autoidentificados dijeron que buscarían tratamiento para su acumulación, si dicho tratamiento estaba disponible. Esto refleja el reconocimiento de que existe un problema y se necesita ayuda para resolverlo.

Frost y sus colegas (2010) sugieren que pueden existir procesos diferentes que expliquen la aparente falta de introspección que se encuentra en el trastorno por acumulación.

Anosognosia se refiere a la falta de conciencia de la existencia de una enfermedad o sus consecuencias. Algunas personas que acumulan parecen tener anosognosia. Para estos individuos es poco probable que busquen tratamiento, o sean vistos por los profesionales de salud mental, a menos que se les obligue a hacerlo (Tolin et al., 2008b). Algunas personas pueden con TA pueden tener una forma menos extrema de anosognosia que implica un reconocimiento de su problema, pero son indiferentes a sus consecuencias.

Descripciones de intentos de tratar acumuladores están repletas de relatos de infructuosos argumentos y debates destinados a obtener que el paciente deseche algo (Frost et al., 2010).

Tales interacciones pueden influir en la forma en que las personas que acumulan discuten su propio acumulamiento y representan una forma de "resistencia terapéutica" (Dowd y Wallbrown, 1993) que puede ser vista como una actitud defensiva en lugar de una falta de introspección.

2.2 Aspectos sociodemográficos

2.2.1 Género

Existen pocos estudios que comparan las diferencias entre géneros en el trastorno de acumulación. La mayor parte de los datos aquí presentados son inferidos de estudios para poblaciones con TOC en donde se estudió las conductas de acumulación.

Samuels et al. (2008b) encontró que los hombres a diferencia de las mujeres, presentaban mayor cantidad de pensamientos intrusivos relacionados con sexo, religión así como mayor cantidad de compulsiones. Los hombres con TOC y conductas de acumulación presentaron mayor asociación a los trastornos de tics y ansiedad generalizada; mientras las mujeres con las mismas características se asociaron más con el trastorno de estrés postraumático y trastornos del control de impulsos. También las mujeres presentaron en este estudio mayor prevalencia de personalidad esquizotípica y dependiente que la muestra de hombres.

Grandes diferencias en la comorbilidad fueron reportadas en un estudio por Wheaton, Timpano y LaSalle-Rici (2008), en donde se analizaron las características de una muestra de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y conductas de acumulación. En sus resultados, la muestra femenina presentó mayor frecuencia de trastorno bipolar tipo I, trastorno por atracón, trastorno de pánico y consumo de sustancias. Su contraparte masculina, solo presentó una frecuencia aumentada para fobia social. En otro estudio sobre TOC con conductas acumuladoras, Labad et al. (2008), no encontraron diferencias significativas entre las poblaciones masculinas y femeninas.

En el 2011, Frost, Steketee y Tolin, realizaron un estudio sobre las características de personas que presentaban conductas de acumulación. Las mayores comorbilidades que se

reportaron fueron el trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social. Las diferencias entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas.

2.2.2 Estado Marital

Creciente evidencia sugiere que la acumulación tiene profundos efectos en la familia. (Tolin y Frost, 2008). Frost y Gross (1993) en su primer estudio sobre personas con problemas de acumulación notaron una gran diferencia entre aquellos que se consideraban acumuladores con los sujetos control, respecto a su estado marital. Observaron que el 45% de las personas acumuladoras eran solteras mientras que 80% de los controles eran casados. Estas mismas observaciones sobre el estado marital se han replicado en estudios posteriores, Kim et al. (2003) encontraron en una muestra de acumuladores un porcentaje de 55% que nunca se habían casado. Tolin et al. (2008b) asociaron que la soltería, la viudez y el estado divorciado se asociaba a mayor severidad. Pertusa et al. (2008), reportó mayor frecuencia de soltería y vivencia solitaria entre los pacientes acumuladores. Más adelante, Nodsletten, de la Cruz, Billoti (2013) encontraron que los acumuladores tendían a estar solteros o vivir solos que otras personas (14% contra 90%).

2.2.3 Educación

Solo dos estudios han comparado el nivel educativo de sujetos con trastorno de acumulación y controles sanos. Nodsletten et al. (2013) reportaron que las personas acumuladoras tenían un nivel educativo más bajo que sus controles. Sin embargo, Timpano et al. (2011) en una muestra un poco más grande no encontró alguna diferencia. No existe evidencia en este momento que sustente que el trastorno de acumulación se asocia a un nivel específico de educación.

2.2.4 Situación económica

Pocos estudios han investigado la situación económica de las personas con conductas acumuladoras. Existe una importante dificultad en esta arista y es que las personas con trastorno de acumulación tienden a no organizar sus cuentas, conocer la verdadera ganancia recibida de sus trabajos, u organizar adecuadamente el monto de sus deudas. Tolin et al. (2008b) observaron que el 20% de su población acumuladora cumplía criterios de pobreza. Samuels et al. (2008) encontraron que los acumuladores tenían situaciones económicas inferiores que los controles. Wheaton et al. (2008) en una población de sujetos con TOC y características de acumulación reportaron que la población TOC sin conductas de acumulación tenía ganancias económicas superiores a aquellos que acumulaban. La evidencia sugiere que el trastorno de acumulación puede estar relacionado a una población con condición económica más baja.

2.2.5 Prevalencia

En el 2008 comenzó el interés por determinar la prevalencia poblacional de la acumulación, gracias al estudio de Rusio, Stein, Chiu y Kessler (2008) quienes se propusieron determinar la prevalencia de la acumulación en el trastorno obsesivo compulsivo. Ellos encontraron en esa población que el 14,4% de los pacientes diagnosticados con TOC mostraban comportamientos asociados a una acumulación excesiva de objetos. A pesar de sus limitaciones, este estudio abrió la puerta a otras investigaciones sobre la acumulación en diferentes poblaciones. En este momento, existen cuatro estudios importantes sobre la prevalencia del Trastorno de acumulación, basados en los criterios propuestos actuales.

En el Reino Unido, Iervolino et al. (2009) examinaron más de 5000 pacientes del registro de gemelos adultos, usando la versión de autoreporte de la Escala de Medición de Acumulación “HRS”; la cual incluye los principales síntomas de la acumulación, incluyendo la disfunción y el malestar. Encontraron que el 2,3% de la muestra cumplía criterios para trastorno de acumulación, y la prevalencia en hombres duplica a las mujeres (4,1% contra 2,1%). Mueller et al. (2009) seleccionaron una muestra representativa de la población Alemana para establecer la prevalencia del trastorno por acumulación. Para este estudio, se utilizó la versión al alemán del inventario de acumulación (Frost et al., 2004).

En sus resultados, se publicó que para la población alemana la prevalencia del trastorno de acumulación fue del 4,6%, no encontrando diferencias entre géneros.

Tomando este estudio como base, Timpano et al. (2011) hizo un muestreo de la población alemana, pero esta vez aplicando la Escala de Medición de la Acumulación y los criterios del DSM-5. Ellos encontraron que la prevalencia utilizando la Escala de Medición de Acumulación fue del 6,3%, en contraste con un 5,8% si se aplicaba los criterios del DSM-5. De igual forma y tanto para las dos mediciones, no se encontraron diferencias de género.

Por último, en una población de más de 1000 participantes Bulli et al. (2013), aplicaron una versión italiana del inventario de acumulación para determinar la prevalencia del trastorno de acumulación. En su estudio, se determinó una prevalencia del 6%, sin lograr encontrar alguna diferencia entre géneros.

Las prevalencias reportadas en estos estudios varían del 2,3 % al 6%. Solo uno de los cuatro estudios reportó diferencias en las prevalencias según género, sin embargo, es importante destacar que en los cuatro estudios la población femenina era mayor, en parte,

por su mayor predisposición a participar en estudios clínicos y posiblemente a tener mayor introspección de sus condiciones de salud.

2.2.6 Edad de inicio

Varios estudios sugieren que el trastorno de acumulación podría iniciarse en etapas tempranas de la vida como la niñez y la adolescencia. En un estudio con una población pequeña (N=51), se entrevistó a sujetos con diagnóstico de trastorno de acumulación. Cuando se les preguntó sobre la edad en que consideraban que su condición había empezado, el 60% reportó a los 12 años, el 40% a los 18 años. La duración promedio entre el inicio reportado y la presentación de síntomas severos fue de 13,4 años. De forma general, se reportó que la evolución hacia un trastorno severo por acumulación dura aproximadamente 10 años. (Grisham et al. 2006). Tolin et al. (2010) realizaron un estudio con una población mayor de 761 individuos, a través una encuesta enviada vía correo electrónico a pacientes con Trastorno de acumulación. En dicho cuestionario, se realiza una medición de la severidad reportada entre periodos de 5 años. Estos investigadores encontraron que el 70% de los pacientes reportaron el inicio de su sintomatología entre los 11 y 20 años, 33 % de la población reportó síntomas severos entre la década de los 20 -30 años, mientras que el resto entre los 30 a los 40 años.

Pertusa et al. (2008) y Landau et al. (2011) han reportado en sus estudios una edad de inicio mayor. En el primero estudio, se encontró que la edad promedio para la dificultad al desechar objetos fue de 20 años, para la excesiva adquisición a los 26 años, y para el apilamiento entre los 25 a los 31 años. En el segundo, la edad de inicio de la adquisición excesiva fue a los 16 años, 18 años para la dificultad de desechar y 21 años para el apilamiento.

2.2.7 Curso

Se conoce poco sobre el curso del trastorno de acumulación. Como se describió en la sección anterior, cuatro estudios han determinado que la acumulación excesiva tiende a aumentar conforme el tiempo. Grisham et al. (2006) reportó en una población de 51 individuos, entre aquellos que habían presentado conductas de acumulación, el 14% había remitido a los 5 años; mientras que un 18% reportó empeoramiento de su situación.

La relación entre la severidad del trastorno y la edad de inicio es incierta. Se ha reportado que las poblaciones utilizadas hasta el momento en estudios específicos del Trastorno de acumulación varían entre la tercera y cuarta década, lo que sesga estos estudios dada la edad de inicio contemplada de la sintomatología. (Frost et al. 2011). Curioso dato es que la mayoría de casos clínicos severos son reportados en adultos mayores, lo que podría explicarse por la vigilancia más estricta de los servicios de salud a esa población, así como la necesidad de desplazamiento hacia el hogar del paciente para procedimientos o seguimientos de rutina.

Los estudios epidemiológicos han encontrado discrepancias entre sus resultados. Por ejemplo, tomando los cuatro estudios principales de prevalencia del trastorno de acumulación, Samuels et al. (2008) encontró tres veces más prevalencia entre los adultos de 40 años que a los 20 años; sin embargo, para Bulli et al. (2013) y Mueller et al. (2009) estos datos no se reafirmaron.

Desde el punto de vista general, y con la evidencia que se posee en la literatura, se propone que el trastorno de acumulación tiene un inicio temprano en la vida, con un deterioro

progresivo y rápido entre la primera década de su evolución, y una fase de síntomas severos que perdura varios años o incluso décadas.

2.3 La acumulación como síntoma de otros trastornos psiquiátricos

Aunque los casos graves de acumulación generalmente obedecen a un trastorno de acumulación, en otros trastornos psiquiátricos también se puede presentar este síntoma, es por esto, que la Asociación Americana de Psiquiatría [APA], estimuló como criterio de exclusión, la asociación de la conducta acumuladora en relación a otras entidades diagnósticas. En este capítulo se analiza la evidencia de la conducta acumuladora como manifestación de otros trastornos mentales.

2.3.1 Trastorno obsesivo compulsivo

Tradicionalmente la acumulación se entendía como una manifestación de rasgos obsesivos compulsivos, y de hecho, el término acumulación compulsiva se utilizó ampliamente en los noventas para describir los casos de trastorno por acumulación. A pesar de que en la práctica clínica la acumulación era determinada como una característica del TOC, en el DSM-IV como en el CIE-10, la acumulación no está definida como criterio para ese diagnóstico.

Para el trastorno de la personalidad obsesivo compulsiva, uno de los ocho criterios diagnósticos estipula la acumulación como “la inhabilidad para desechar objetos sin valor alguno aunque no representen valor sentimental alguno” (APA, 2000), haciendo la salvedad que en casos de que la acumulación sea lo suficientemente grave como para representar un riesgo de fuego o dificultad para caminar dentro del hogar, se debe considerar el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, este enfoque radica en la representación física de la acumulación y no en su raíz psicológica ni del comportamiento

que lleva a tal manifestación. Por otro lado, en el CIE-10, para sus criterios de la personalidad anancástica no estipula la acumulación como síntoma pivote.

Desde la propuesta de los criterios operacionales para el trastorno de acumulación propuestos por Frost y Hartl's en 1993; se ha dado una corriente investigativa sobre la acumulación como una entidad independiente, y no como tradicionalmente se asumía, una manifestación del trastorno obsesivo compulsivo.

Existen tres estudios importantes que comparan población diagnosticada con TOC sin acumulación contra otra diagnosticada con TOC y acumulación. El primer estudio es Pertusa, Fullana, Singh, Alonso, Menchón y Mataix-Cols (2008). En este trabajo se reclutó una población de 162 pacientes en cuatro grupos (TOC con acumulación, TOC sin acumulación, control, acumulación sin TOC); el objetivo era determinar las características diagnósticas contrastadas que cumplían estos pacientes. Ellos llegaron a la conclusión que la conducta acumulativa es un fenómeno independiente al Trastorno obsesivo compulsivo.

En otro estudio, Pertusa, Mataix-Cols, y Frost (2010) describieron la fenomenología de 100 pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo y conducta acumuladora severa. Los autores notaron que en esta población existía una relación funcional entre una obsesión con la acumulación, como existe una relación entre obsesiones y compulsiones. Propusieron que para los individuos con acumulación secundaria al trastorno obsesivo compulsivo, el comportamiento acumulativo se caracterizaba por: (1) recaer en una idea obsesiva de duda; (2) tratar de prevenir el daño representado por la idea obsesiva; (3) y representar sentimientos de incompetencia e incompletud. Las nueve obsesiones más frecuentes descritas por los pacientes se enlistan a continuación:

- 1- Pensamiento supersticioso sobre una catástrofe si se pierde un objeto.
- 2- Obsesión de no poder recordar algo importante si se pierde un objeto.
- 3- Miedo a perder un objeto que luego se vaya a necesitar.
- 4- Miedo a que los objetos se destruyan por manipulación de otras personas.
- 5- Miedo a no sentirse completo si se pierde un objeto.
- 6- Miedo a ser castigado si se pierde un objeto.
- 7- Idea de incompletud si se pierde un objeto.
- 8- Urgencia de saber todo sobre el objeto para poder desecharlo.
- 9- Urgencia de preservar una línea temporal de adquisición.

Mataix-Cols, Billoti, Fernadez de la Cruz y Nordsletten (2013) realizaron un estudio en donde comparaban las características fenomenológicas entre dos poblaciones, una con trastorno de acumulación basado en los criterios de Frost y Hatl's; y otro con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y acumulación basado en lo propuesto por el DSM-IV. Estos autores resumieron sus hallazgos entre las diferencias encontradas, a lo que concluyeron:

- 1- Tanto el trastorno de acumulación como el TOC con acumulación tienden a guardar objetos principalmente de la vida cotidiana; no obstante, la frecuencia de objetos bizarros o raros es mayor en el TOC con acumulación.
- 2- A diferencia del Trastorno de acumulación, el TOC acumulador realiza su conducta como consecuencia de un sistema obsesivo de ideas.
- 3- El TOC con acumulación presenta otros síntomas obsesivos compulsivos antes de la conducta acumuladora.
- 4- El trastorno de acumulación presenta el apilamiento más tarde en la línea temporal.

- 5- La acumulación resultante de la sintomatología del TOC con acumulación es egodistónica y produce malestar evidente.
- 6- Es frecuente en el TOC con acumulación, las conductas de chequeo de los objetos, ausentes en el trastorno de acumulación.
- 7- La presencia de compulsiones sobre los objetos guardados es característico del TOC con acumulación.

Aunque la prevalencia de la acumulación severa secundaria al trastorno obsesivo compulsivo es incierta, algunos estudios apuntan a que representa menos del 10% de los casos de acumulación grave que se reportan (Pertusa et al., 2010). Por otro lado, el porcentaje de pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo y que se logra evidenciar algún grado de acumulación, es cercano al 5%.

2.3.2 Esquizofrenia

Existe evidencia que la acumulación puede ser más frecuente en la esquizofrenia que en la población general (Guillem et al., 2009). La acumulación se asocia con menos síntomas psicóticos y menor funcionalidad de ejecución (Kumbhani et al., 2010). Esto ejemplifica la descripción clásica de los pacientes con esquizofrenia de larga data, quienes viven largo tiempo en instituciones de cuidado, son mayores en edad, y presentan déficits cognitivos asociados, así como marcados síntomas negativos. La acumulación también puede ser secundaria a una idea delirante.

La presencia de síntomas negativos en especial la abulia puede originar un cuadro similar a la acumulación. En sentido estricto estos pacientes logran reducir su cuidado personal y de su ambiente a tal extremo que pueden semejar al apilamiento del trastorno de acumulación,

no obstante, en realidad no hay una acumulación como tal, sino una falta de desechar desperdicios. Otra diferencia clara, es que para la mayor parte de los esquizofrénicos la acumulación de sus desperdicios requiere de varios años para llegar a igualar a los acumuladores puros (Guillem et al., 2009). Los objetos recolectados por los esquizofrénicos no tienden a tener ese significado especial que se encuentra en los acumuladores, de igual forma, si terceros intervienen en la limpieza de los espacios, por lo general son indiferentes a estos cambios.

Algunos reportes están disponibles en la literatura sobre comportamiento acumulador tras el uso de antipsicóticos. Los más relacionados son la Clozapina y los antipsicóticos atípicos (Alevizos, Papageorgiou, y Christodoulou, 2004). Chong, Tang y Lee (1996) describieron un caso de una mujer china esquizofrénica de larga data, que al prescribirle Risperidona 6mg VO BID comenzó a presentar conductas de acumulación importantes, llegando incluso al robo de pertenencias. Una vez suspendida la Risperidona, el comportamiento acumulador de la paciente desapareció.

A pesar que se han hecho otros reportes similares al anterior, no existen estudios con metodología fuerte que apoyen que los antipsicóticos pueden producir conductas de acumulación en los pacientes con esquizofrenia.

2.3.3 Trastornos Neurodegenerativos

El comportamiento acumulador es frecuente en las demencias. (Hwang et al., 1998). Aunque estos comportamientos tienden a disminuir conforme la enfermedad avanza, suelen presentarse a inicios de la condición, e incluso preceder el inicio de la demencia (Homma et al., 1994).

Max y Cohen (2003), en un estudio abarcando 408 hogares de cuidado de ancianos, determinaron que el 15% de los residentes con diagnóstico de demencia presentaba algún tipo de comportamiento acumulador. La mayor parte tendía a coleccionar objetos de forma extraña, como alimentos descompuestos entre la ropa, bolsas de basura, y objetos desechados; todos muy inusuales entre los acumuladores puros. Estos autores estipulan que la acumulación entre los pacientes con demencia tiende a ser desorganizada y oportunista.

2.3.4 Síndrome de Diógenes

El síndrome de Diógenes también llamado “síndrome de la miseria senil”, se relaciona aunque de forma indirecta con la demencia. (Snowdon, Shah, Halliday, 2007). Un estudio en el Reino Unido determinó una prevalencia del Síndrome de Diógenes en 0.005%, el 90% de los casos encontrados correspondían a mujeres mayores de 60 años, solteras, y que viven solas. Winsberg, Cassic y Koran (1999) describieron varios casos encontrados a lo largo de 10 años, utilizando las redes de servicios sociales de los Estados Unidos. Caracterizaron el cuadro en dos fundamentos, el primero en la acumulación de objetos y segundo en la negligencia del autocuidado. Describen que estos pacientes, presentan tanto acumulación de desperdicios como apilamiento de los mismos, bajo condiciones insanas de salubridad, por ejemplo montículos de heces humanas en varias partes de la vivienda, así como condiciones severas de falta de higiene, alimentación y cuidado de los pacientes. La gran mayoría de los sujetos estudiados presentaba en alguna forma de un deterioro neurocognitivo. Dichas características de auto negligencia no se presentan en el trastorno de acumulación, sin embargo, se necesitan mayor cantidad de estudios en esta población para determinar si existe relación entre el síndrome de Diógenes y el trastorno de acumulación.

2.3.5 Demencia de Alzheimer

Lo anteriormente expuesto sobre las demencias en general aplica a la demencia de Alzheimer, siendo ésta la más frecuente. Pocos estudios disponibles en la literatura, analizan la relación de la acumulación con la demencia de Alzheimer, de ellos el más significativo fue llevado a cabo por Yang, Tsai y Liu (1997) en China. Realizaron una cohorte de 75 pacientes residentes en hogares de cuidado, diagnosticados con demencia de Alzheimer. Entre ellos, el 36% presentó algún nivel de acumulación patológica, sin embargo, al compararlo con los puntajes obtenidos en el MMSE-30, no encontraron una relación significativa entre la severidad del cuadro y las conductas de acumulación.

2.3.6 Demencia Frontotemporal

De entre todas las demencias, la demencia frontotemporal es la que más se caracteriza por comportamiento y pensamiento repetitivos (Méndez y Shapira, 2008). Aparte de acumulación, estos pacientes pueden presentar perseverancia, pensamiento bizarro, compulsiones, tics, y estereotipias verbales y motoras. Perry et al. (2012) tomaron una muestra de 11 pacientes diagnosticados con la variante comportamental de la demencia frontotemporal; de los cuales 4 de ellos presentaron acumulación de objetos. Aunque su población es muy escasa, podría indicar que la acumulación en este tipo de demencia es más frecuente que en la enfermedad de Alzheimer. Diferenciar la acumulación secundaria a este tipo de demencia es particularmente un reto, ya que tiende a presentarse en una población más joven, y el comportamiento acumulador preceder al cuadro completo de esta entidad.

2.3.7 Enfermedad de Parkinson

Un estudio analizó la relación de los trastornos del control de impulsos y síntomas compulsivos en una población de pacientes con Enfermedad de Parkinson. Entre las variables estudiadas se encontraba la acumulación compulsiva. (O'Sullivan et al., 2010). La metodología de este trabajo constó de comparar la presentación de ciertos síntomas clínicos como la compra compulsiva, acumulación, capacidad de autocontrol, síntomas obsesivos compulsivos, depresión y ansiedad. Para ello, se tomó una muestra de 39 pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson que presentaban trastornos del control de impulsos, 61 con enfermedad de Parkinson pero sin alteraciones de los impulsos, y 50 controles. Al realizar un análisis multivariado regresivo, encontraron que existía una relación positiva entre la presencia de trastornos del control de impulsos y la acumulación en pacientes con enfermedad de Parkinson. Se necesita mucho más estudio de la prevalencia de la acumulación como característica fenomenológica en la enfermedad de Parkinson, así como en otras demencias relacionadas.

2.3.8 Enfermedad de Huntington

Un interesante estudio fue realizado en 2007 por Belinger y otros autores sobre la presencia de síntomas obsesivos compulsivos en pacientes con diagnóstico genético de la enfermedad de Huntington. En este trabajo, se tomó a 300 personas con diagnóstico genético positivo para la enfermedad de Huntington pero sin manifestaciones de la enfermedad, y se comparó contra 108 individuos descendientes de enfermos con Huntington pero cuyas pruebas genéticas eran negativas. Entre los hallazgos del estudio, se concluyó que los pacientes con pruebas positivas presentaban una mayor frecuencia de síntomas obsesivos compulsivos entre ellos acumulación, no así en los individuos con negatividad genética.

2.3.9 Trastornos de Ansiedad

En un estudio, Tolin, Meunier, Frost y Steketee (Tolin et al., 2010) investigaron la presencia de síntomas con varios trastornos en pacientes que sufrían de trastornos de ansiedad. A estos individuos se les aplicó el inventario de Acumulación y otras escalas para determinar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Entre sus resultados impresionó que el 25% de los pacientes con trastornos de ansiedad presentaban algún grado de acumulación. Interesantemente, esta relación se presenta con mucha mayor frecuencia entre los individuos con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno obsesivo compulsivo, que aquellos diagnosticados con fobia social y trastorno de pánico.

Este estudio reveló que en los pacientes con trastornos de la ansiedad, puede existir una importante sintomatología de acumulación que no es reportada por los individuos.

2.3.10 Eventos Traumáticos en la vida y Síndrome de Estrés Postraumático

Existe en gran interés en determinar si el comportamiento acumulativo procede en relación a un evento traumático en la vida. Cromer, Schmidt, y Murphy en 2007 trabajaron con 108 pacientes diagnosticados con TOC que habían sufrido eventos traumáticos en sus vidas. Encontraron una relación directa entre aquellos individuos con TOC y acumulación, con la presencia de trauma. Aunque este estudio relacionó el trauma con conductas acumuladoras en pacientes con TOC, otro estudio dirigido por Landau se dirigió a analizar la relación del trauma con el trastorno por acumulación. (Landau et al., 2010). Para ello, tomaron un total de 81 individuos divididos en cuatro grupos: TOC con acumulación, TOC sin acumulación, TA sin TOC, y un grupo control. Encontraron relación positiva entre la acumulación y el trauma tanto en individuos con TOC y acumulación como para aquellos con TA sin TOC.

Sin embargo, cuando se aplicaron los criterios para el síndrome de estrés postraumático, apenas el 5% de estos pacientes cumplían con el diagnóstico.

De forma similar, Frost, Steketee y Tolin (Frost, Steketee y Tolin, 2011) encontraron que la comorbilidad del TA en pacientes con SEPT era por debajo del 7%, en una población de 213 individuos. Finalmente, un estudio del 2015, (Hartl et al., 2015) donde se analizó la comorbilidad de pacientes con TA, reveló que aunque existe una relación del trauma en la vida de pacientes que presentan TA, la presencia de un Síndrome de Estrés Postraumático en esta población es rara.

2.3.11 Trastorno Depresivo Mayor

Como se expuso anteriormente, existen descripciones de casos de pacientes con trastornos depresivos, que se asemejan desde el punto de vista visual al trastorno de acumulación. En estas descripciones, la anergia, letargia, y desinterés que presentan estos individuos, los llevan a descuidar toda actividad de aseo y ornato en sus hogares, lo que conlleva a la acumulación de basura, correos, sobras de alimentos, etc. En estos casos, se puede trazar una clara presentación de sintomatología depresiva antes del cuadro acumulativo, y además, estos pacientes al ser intervenidos no responden con el estrés, ni con el apego a sus pertenencias que lo hacen los individuos que sufren de trastorno de acumulación.

2.3.12 Trastornos del espectro autista

Varios estudios han relacionado las conductas acumuladoras con trastornos del espectro autista (Bejerot, 2007). Ruta et al. (2010), encontraron que los pacientes con Síndrome de Asperger tienen mayor frecuencia de presentar conductas acumuladoras que la población general. En contraste, Anholt et al. (2010) no encontraron esta asociación en 109 pacientes

adultos con trastornos del espectro autista a los que se les aplicó la Y-BOCS. Por último, años después, Pertusa junto otros investigadores, (Pertusa et al., 2011), realizaron un estudio en donde comparaban la presencia de rasgos acumuladores en una población autista, por medio de la escala del Inventario de Acumulación. Se encontró en este estudio que los pacientes con trastornos del espectro autista tenían puntuaciones más altas en el inventario que los individuos normales.

2.3.13 Trastornos genéticos

La acumulación ha sido un rasgo descrito tanto en el Síndrome de Prader-Willi como en el Síndrome Velocardiofacial. El Síndrome de Prader-Willi es una entidad rara, producida por la deleción parcial del cromosoma 15 paterno. Una investigación sobre este síndrome (Holm et al., 1993) detalló en 91 pacientes con el trastorno, la presencia de acumulación de objetos, en relación también, a una necesidad imperiosa de ordenamientos, clasificación y simetría.

El Síndrome velocardiofacial, producido por la deleción 22q11, es un trastorno genético raro, principalmente asociado con la esquizofrenia. Gothelf et al. (2004), realizaron un estudio de las características presentadas por estos individuos, en donde lograron precisar que el 32,4% de los individuos estudiados cumplían los criterios establecidos por DSM-IV para el trastorno obsesivo compulsivo. De ellos, un tercio aproximadamente presentaba conductas de acumulación importantes.

2.3.14 Daño Cerebral Adquirido

Varios estudios han demostrado la relación entre el daño de la corteza prefrontal anteroventromedial y la presencia de conductas acumuladoras. (Anderson, Damasio y

Damasio, 2005). Sin embargo, no todos los individuos que presentan lesiones en esa zona, van a presentar una adquisición excesiva. (Frost et al., 2009).

2.4 Comorbilidad en Pacientes con Trastorno por acumulación

Conforme la evidencia del trastorno por acumulación crecía en los últimos 15 años, más estudios por parte de los expertos se enfocaban en la investigación de las características de la población acumuladora. En este capítulo se resumirá los principales comorbilidades encontradas en los trabajos dirigidos sobre pacientes con trastornos de acumulación. La literatura actual sugiere que los pacientes con trastorno por acumulación están en riesgo de desarrollar otros trastornos.

2.4.1 Trastorno obsesivo compulsivo

Las manifestaciones de la acumulación en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo han sido descritas en otras partes de este trabajo. A pesar del esfuerzo de los expertos sobre la definición del trastorno de acumulación como entidad independiente del trastorno obsesivo compulsivo, es innegable que existe un cierto traslape entre ambas patologías. De hecho, la coexistencia entre el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de acumulación se ha documentado (Mataix et al., 2010).

Los primeros estudios sobre la correlación del trastorno de acumulación en pacientes con TOC, se llevó a cabo en poblaciones psiquiátricas, así como en grupos de terapia, clínicas de tratamiento especializadas y centros para el manejo de Trastornos de Ansiedad. En estas poblaciones, Tolin junto otros investigadores (Tolin et al., 2010), desarrollaron un estudio sobre manifestaciones graves de acumulación en pacientes con varios trastornos psiquiátricos. Entre sus resultados destaca que 56,7% de aquellos que cumplían los criterios diagnósticos de trastorno de acumulación propuestos por Frost y Hatl's, presentaban otra comorbilidad del eje I. A pesar de que más del 42 % de la muestra reportaba haber tenido

una idea obsesiva, solo el 12% de los individuos cumplió criterios para un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo.

En otro estudio, Frost, Sketekee y Tolin (Frost et al., 2010) se dispusieron a la tarea de encontrar pacientes con trastorno de acumulación basándose en boletines informativos distribuidos en varios centros importantes de Estados Unidos. De todas las personas que se presentaron a las entrevistas, 217 pacientes cumplieron con los criterios para un trastorno de acumulación. Este estudio analizó diferentes variables, pero dentro de ellas se analizaba la comorbilidad del trastorno obsesivo compulsivo, la cual fue determinada en 18%. Otros estudios grandes, como el estudio epidemiológico sobre acumulación dirigido por Samuels en 2008, encontró una correlación mucho menor del TOC en los pacientes que sufrían TA, en su publicación final, ellos encontraron una comorbilidad del 5%. (Samuels et al., 2008)

La relación entre el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por acumulación es difícil de discernir, y aún sigue siendo tema de debate. En un análisis estadístico, Ruscio y su equipo lograron integrar varios estudios con población acumuladora como aquellos hechos con individuos diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo y acumulación. Ellos llegan a una proyección teórica basada en la prevalencia de ambos trastornos; donde se estipula que del 5% de la población general que sufre TA, un 10 al 15% tienen un TOC comórbido; el 2% de la población general sufre TOC, de ellos un 5% sufre de TOC con acumulación secundaria al mismo, y un 10 % presenta un trastorno de acumulación comórbido. (Ruscio et al., 2010).

2.4.2 Trastornos de ansiedad

La ansiedad patológica es una característica común entre los que sufren de trastorno de acumulación, no es de extrañar, que sea el trastorno de ansiedad generalizada la comorbilidad más diagnosticada entre estos pacientes. Múltiples estudios centrados en esta población han reportado que más de la mitad de los pacientes con TA sufren un trastorno de ansiedad (Frost et al., 2011).

La fobia social parece ser uno de los trastornos de ansiedad más reportados por la población acumuladora (Frost et al., 2011). Altas frecuencias de fobia social han sido encontradas en varios estudios tanto para los individuos con TA como para aquellos con TOC y acumulación (Tolin y Villavicencio, 2011)

En 2002 un estudio llevado a cabo en población con trastorno obsesivo compulsivo determinó para su población, que el 40% de los pacientes con TOC y acumulación cumplían criterios para el trastorno de ansiedad generalizada. Posteriormente, Frost y su equipo, encontraron una correlación entre el TA y el TAG cercana al 25%. (Frost et al, 2011). Esto se correlacionó con el estudio de Tolin et al., (2011); donde se reportó en una muestra de individuos con TA que el 28% de los mismos cumplían criterios para el trastorno de ansiedad generalizada.

Como anteriormente se expuso, durante el 2015, Hartl y un equipo de investigadores, analizaron las comorbilidades en una muestra de pacientes con TA. Encontraron que a pesar del alto reporte de eventos traumáticos por parte de estos pacientes, la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en esta población es muy bajo (Hartl et al., 2015).

2.5 Fenomenología del Trastorno por acumulación

La historia de la acumulación en la medicina es relativamente corta. En el siglo XX se abordaba la acumulación como una representación de la fijación anal en la teoría psicoanalítica, como uno de los principales síntomas de dicha etapa; obstinación, orden excesivo y parsimonia. Freud (1908) enfatizó en su teoría que se debía a una representación de la retención de las heces por parte del niño, mientras Jones (1912) veía que la parsimonia era una representación de la acumulación de bienes. Otros teóricos como Fromm (1947) y Salzman (1973), propusieron que la acumulación respondía a la necesidad del individuo de extender control a su propio medio. La representación de la parsimonia como una característica de la etapa anal, se refleja en los criterios para el trastorno de la personalidad obsesivo compulsiva del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana “DSM” en su cuarta edición.

En el DSM IV, la acumulación está definida dentro de los criterios del TPOC como la “inhabilidad de desechar objetos sin valor alguno, aun cuando estos no poseen ningún valor sentimental”. (APA, 2000, p.729).

Aunque algunas investigaciones sobre el trastorno de acumulación se han llevado a cabo bajo esta definición (Samuel et al., 2008a), la evidencia posterior ha demostrado que no es del todo correcta. Primero, la aseveración de objetos sin valor alguno posee ningún fundamento en la naturaleza del trastorno, por el contrario, muchos de las personas que sufren de acumulación, coleccionan o guardan objetos nuevos, como electrodomésticos o ropa de valor. (Frost y Gross, 1993). Segundo, en varios estudios realizados y confirmados

(Steketee, Frost y Kyrios, 2003; Kellet y Knight, 2003) la posesión del objeto posee un significancia especial para el acumulador, de hecho, las pertenencias son descritas con una gran identificación personal.

El trastorno por acumulación ha sido asociado a varias deficiencias cognitivas, que sugieren una base neurobiología en su etiología (Tolin, 2011). Se asocia la indecisión que presentan estos pacientes con déficit en la atención. Los pacientes con trastorno de acumulación tardan gran cantidad de tiempo en tomar decisiones simples, y se muestran indecisos en la ejecución de tareas simples en donde se necesita priorizar decisiones (Samuels et al., 2002). La indecisión subjetiva de estos pacientes puede estar reflejada en su incapacidad para procesar información. Estos pacientes reportan gran impedimento en la mantención de la atención sobre un solo estímulo, y se ha reportado características del Trastorno de déficit atencional (Frost, Sketekee y Tolin, 2011). Estos reportes correlacionan con los resultados de pruebas estandarizadas de la atención, en donde se reporta gran variabilidad en el tiempo de reacción y en la detección de estímulos específicos. (Grisham et al., 2007).

Las alteraciones de la memoria pueden presentarse en pacientes con trastorno de acumulación. Los pacientes que sufren este trastorno, reportan que tienen dificultades para recordar aspectos sobre ciertos objetos, y guardan sus pertenencias por miedo a olvidar información sobre su historia de vida. (Steketee, Frost, y Karios, 2003). Pruebas estandarizadas de memoria arrojan que estos individuos presentan dificultad en la remembranza visual y verbal, en comparación a sujetos sanos (Hartl et al., 2014).

El trastorno de acumulación también ha sido caracterizado por presentar disfunción en la planificación, organización, categorización, toma de decisiones, y resolución de problemas (Chan et al., 2008) Estos déficits cognitivos pueden explicar la dificultad que tienen estos

individuos para ordenar sus pertenencias. En un estudio dirigido por Wincze, se les pidió a varios individuos con acumulación que organicen una pila de pertenencias en categorías; haciendo lo mismo un grupo de individuos sanos. Encontraron que los pacientes acumuladores tienden a crear más categorías para los objetos y duran más ordenándolos (Wincze, Steketee y Frost, 2007).

La pobre introspección de la enfermedad y la motivación al cambio son frecuentes en el trastorno por acumulación. La observación clínica sugiere que estas personas muestran una gran falta de introspección sobre sus comportamientos, la severidad de su apilamiento, así como negación sostenida de los riesgos que implica. Además, presentan gran negatividad y poca disposición a recibir ayuda de agentes externos (Tolin, Flicht, y Frost, 2010).

Muchos individuos con TA no consideran su comportamiento como irracional, y el reconocimiento de su problema no se da hasta una década tras su inicio aproximadamente (Grisham et al., 2006). Su baja motivación al cambio puede estar explicada en parte por su falta de introspección de su problema; aunado a su carente capacidad para mantener compromisos terapéuticos (Frost, Steketee y Williams, 2000).

Finalmente, los individuos acumuladores pueden presentar alteraciones cognitivas maladaptativas, por ejemplo, su sentido aumentado de la responsabilidad de mantener sus bienes, miedos exagerados a desperdiciar o perder información importante, y una necesidad de controlar las pertenencias (Steketee et al. 2003).

2.5.1 Algunos aspectos de los acumuladores de animales

Algunos aspectos importantes no se abordan en los criterios diagnósticos propuestos. Los criterios deliberadamente no discuten la naturaleza de los artículos acumulados en el TA.

En la mayoría de los casos de trastorno por acumulación, el tipo de elementos guardados tiene poca importancia. Ahora bien, un caso especial de acumulación definido por la naturaleza de los objetos guardados es el acaparamiento de grandes números de animales. El acaparamiento de animales implica la acumulación de un gran número de animales que no son atendidos adecuadamente, y el medio ambiente resultante afecta la salud, seguridad, o el funcionamiento de los habitantes (Frost et al., 2011b, Patronek y Nathanson 2009).

Aunque relativamente raro (700 a 2,000 casos nuevos por año en los Estados Unidos; Patronek, 1999), las consecuencias de la acumulación de animales suelen ser graves. Las casas de los acumuladores de animales son por lo general insalubres, con más del 60% del suelo cubierto con heces y orina; más de la mitad de los casos son reportados con animales muertos en el lugar.

En la mayoría de los casos, los aparatos eléctricos están inservibles y la plomería no funciona, incluyendo inodoros, grifos y duchas (HARC, 2002; Patronek, 1999). En algunos casos, las estructuras están tan saturadas con orina y las heces que deben ser destruidas. La exposición a enfermedades zoonóticas es un problema grave en estas condiciones. (Patronek & Nathanson 2009, Steketee et al., 2011). Si la acumulación de animales califica como TA es una pregunta importante. Hay tanto similitudes y diferencias entre la acumulación de objetos y la acumulación de animales (Frost et al., 2011b).

Los individuos que acumulan animales muestran los tres de las características destacadas del trastorno por acumulación: la dificultad para descartar o separarse de, el desorden y desorganización de las zonas de estar, y la excesiva adquisición. Aunque las estimaciones varían, un porcentaje relativamente grande de acumuladores de animales también acumulan objetos.

A pesar de la cantidad de apilamiento, las condiciones de vida en los casos de acumulación de los animales se caracteriza por el abandono y la insalubridad que comprometen la capacidad de utilizar esas áreas en la forma en que estaban destinados (Frost et al., 2000, Steketee et al., 2011).

Los acumuladores de animales también muestran grandes dificultades para deshacerse de o permitir que otros tomen el cuidado de sus animales, a pesar de que pueden estar enfermos y muriendo (HARC, 2002, Patronek, 1999). Algunos incluso están renuentes a deshacerse de los animales que ya han muerto (Patronek, 1999).

También, similar a pacientes que acumulan los objetos, los individuos que acumulan animales adquieren en exceso, a través actividades de "rescate" que aparentan ser "impulsada con algún objetivo" (HARC, 2002). Otros adquieren más simplemente dejando que los animales se reproduzcan entre ellos.

Debido a que la redacción actual del DSM -5 en sus criterios no especifica el tipo de posesiones necesarias para diagnosticar un trastorno por acumulación, parece que la acumulación de los animales reuniría cada de los criterios de inclusión. Sin embargo, hay varias diferencias notables entre la acumulación de objetos y de animales, que requieren un escrutinio más cercano.

Los casos de acaparamiento de animales casi siempre involucran disfunción severa, más que la mayoría de los acumuladores de objetos (Frost et al., 2011b).

La acumulación de animales implica con frecuencia una especie animal, mientras que los acumuladores de objetos rara vez se limitan a un tipo de posesión. Las diferencias de género es otra característica que los diferencia. Mientras la gran mayoría de los

acumuladores de animales son mujeres, no existe predominio de algún género en los casos de trastorno por acumulación de objetos (Iervolino et al., 2009, Mueller et al., 2009a, Samuels et al., 2008).

El Consorcio para la investigación de la Acumulación de Animales (HARC, 2000) sugiere que esta entidad podría estar relacionada con un trastorno delirante. Estas aseveraciones se basan en los múltiples reportes donde individuos que acumulan animales insisten en que sus “mascotas” se encuentran en perfecto estado, aun cuando son cadáveres. La mayoría de la información recopilada sobre la acumulación de animales está basada en información limitada y anecdótica. Hasta que se publiquen más trabajos con información sustancial al respecto, la relación entre el trastorno de acumulación clásico y la acumulación de animales, sigue siendo desconocida.

2.6 Neurobiología del trastorno por acumulación

El recién reconocimiento del trastorno de acumulación como entidad psiquiátrica más que una categoría del trastorno obsesivo compulsivo ha impulsado interés en determinar hallazgos neuroanatómicos y neurofuncionales que correlacionen con dicho trastorno (Mataix y Colbs, 2010). Muchas de las investigaciones disponibles están basadas en pacientes que sufren de trastorno compulsivo, demencia, trastorno de estrés postraumático; que asocian conductas acumuladoras. Por otra parte, los trabajos investigativos dirigidos específicamente con pacientes diagnosticados con trastorno de acumulación se caracterizan por tener poblaciones pequeñas, carencia de grupos control, y poca replicación en condiciones controladas, por lo que dificulta la aseveración de sus hallazgos (Mataix-Colbs, Pertusa, y Snowden, 2011).

2.6.1 Estudios de Neuroimágenes

Se ha encontrado que los acumuladores compulsivos libres de medicación tuvieron un patrón diferente de metabolismo basal de la glucosa cerebral, en contraste con un grupo control y un grupo con TOC sin síntomas de acumulación. Para este trabajo se utilizó la tomografía de emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) (Frost et. al, 1998) (Saxena et. al 2004).

Los acumuladores compulsivos no presentaron hipermetabolismo en OFC, caudado, y en el tálamo vistas en pacientes con TOC sin acumulación. (Saxena et. al, 2004) (Saxena et. al 2001). Por el contrario se mostró el menor metabolismo en la corteza posterior del cíngulo (PCC), comparado con los controles. En cambio se observó una menor actividad correlacionada en áreas como la corteza anterior del cíngulo (ACC) y tálamo anteromedial.

Se obtuvieron estudios cerebrales FDG-PET en 20 adultos libres de medicación con trastorno por acumulación compulsiva y 18 controles de edad y género similar, y se encuentra que los acumuladores compulsivos tenían significativamente metabolismo más bajo de la glucosa en ambas cortezas anteriores del cíngulo específicamente en su zona dorsal y ventral.

De forma interesante, los casos en donde se reportaba sintomatología más grave de acumulación correlacionaron con una actividad menor en el ACC derecha, el PCC derecha, y el putamen bilateral.

El ACC, descrito como corteza límbica motora que gobierna la selección voluntaria (Vogt et. al, 2005), juega un rol de importancia vital en la toma de decisiones, especialmente en la escogencia entre múltiples opciones conflictivas (Awh y Gehring, 1999) (Krawczyk, 2000). También, está envuelta en la detección de conflictos, detección de errores, atención dirigida, control ejecutivo, y motivación dirigida (Carter, et. al, 1998) (Paus, 2001). Estudios donde se ha reproducido lesiones de esta zona en primates, reportan que les deja incapaces de mantener un comportamiento apropiado debido a una discapacidad en la habilidad para integrar su historial reciente de elecciones y resultados con el paso del tiempo (Walton, et al, 2007). Por lo tanto, impresiona que la disfunción en la corteza singular anterior se relaciona en la dificultad con la atención, (Grisham, et. al, 2007) toma de decisiones adecuadas (Lawrence et. al, 2006), en los acumuladores compulsivos usando sus experiencias pasadas para contrarrestar sus miedos obsesivos y mantener su comportamiento. La corteza singular anterior está también envuelta en la atención selectiva de las respuestas emocionales propias (Lane et. al 1997), apreciación del estímulo negativo (Ochsner et. al 2002), y supresión de la excitación sexual (Mega et. al 2005) y el afecto negativo (Phan et. al 2005). Disfunción del ACC podría contribuir a dificultades para

modular el malestar de perder sus posesiones en los acumuladores compulsivos. Los tratamientos que incrementan la actividad del ACC como los inhibidores de colinesterasas (Mega et. al 2005), estimulantes (de Bruijn et al, 2004) (de Haes et. al, 2007), o modafinil, podrían desde la teoría, ser efectivos para el trastorno por acumulación (Spence et al 2005).

2.6.2 Estudios Familiares y Genéticos

El trastorno por acumulación muestra un patrón de herencia familiar, el 50% y el 85% de los acumuladores informan que tiene un pariente de primer grado con acumulación", mientras que sólo el 26% a 54% informe que tiene un familiar con TOC. (Rasmusse y Eisen, 1996)

Los familiares de pacientes con TOC y acumulación tienen mayor prevalencia en sus familias de acaparamiento y distimia; no así en familiares de pacientes con TOC sin acumulación (Samuels et al., 2002).

El factor del síntoma de acumulación es fuertemente familiar en los pacientes con TOC, con correlación robusta entre hermanos. (Hasler et al., 2007) Un estudio sobre el genoma en hermanos gemelos con el síndrome de Tourette, encontró que el fenotipo de la acumulación está asociado significativamente con marcadores genéticos en los cromosomas 4, 5, y 17. (Zhang et al., 2002)

El polimorfismo Val158Met del gen de la catecol-O-metiltransferasa en el cromosoma 22, se asoció con mayor frecuencia en los pacientes con TOC y con síntomas de acaparamiento, que los pacientes con TOC sin acaparamiento, o los controles. (Lochner et al., 2005) Un marcador con fuerte vinculación de acumulación compulsiva se encontró en el cromosoma 14 de familias con inicio temprano de TOC. (Samuels et al., 2007) Estos hallazgos sugieren que la acumulación compulsiva es un fenotipo genético discreto.

2.7 Tratamiento

2.7.1 Psicofarmacología

El tratamiento del trastorno por acumulación tiene su base en estrategias y fármacos que han sido utilizadas para el tratamiento del TOC, y la mayor parte del enfoque ha sido centrado en los ejes conductuales. Las opciones farmacológicas más utilizadas actualmente incluyen los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSNA), aunque otros agentes tales como los estimulantes se han probado en un número muy reducido de personas (Rodríguez et al., 2013). Desafortunadamente, se sabe muy poco acerca de la eficacia de la farmacoterapia en el trastorno por acumulación; la mayoría de los estudios que existen examinan la relación entre la respuesta al tratamiento y subtipos de síntomas, incluyendo el acaparamiento, en los individuos con un diagnóstico primario de TOC. Estos estudios han sido mezclados, y algunos sugirieron que los individuos con síntomas de acaparamiento prominente tienden a tener una respuesta al tratamiento con ISRS peor que aquellos que no muestran acaparamiento. Otros que indican que la respuesta al tratamiento es similar con y sin acaparamiento (Samuels et al., 2007).

Hasta la fecha, no ha habido estudios a doble ciego, controlados con placebo, y aleatorizados de la respuesta al tratamiento en pacientes con trastorno por acumulación; se dispone sólo de dos estudios abiertos (Saxena, 2011).

El primero fue un ensayo abierto de paroxetina en 32 individuos con trastorno por acumulación y 47 con TOC sin acumulación. En contraste con los estudios realizados con la acumulación como un subtipo de TOC, que sugerían que los individuos acumuladores tuvieron respuestas más pobres a la terapia con ISRS, el estudio con paroxetina mostró una

tasa de respuesta similar para los individuos con trastorno por acumulación y las personas con TOC no acumuladoras (aproximadamente el 50 % tenía al menos una respuesta parcial, definido como una mejora ≥ 25 % en los síntomas) al suministrarles 40-60 mg de paroxetina por día. Sin embargo, un número considerable de individuos de ambos grupos no fueron capaces de tolerar la dosis objetivo de 40 mg al día, y sólo 16 fueron capaces de tolerar la dosis completa de 60 mg por día (Saxena et al., 2007).

El segundo estudio abierto fue de venlafaxina de liberación prolongada. En esta investigación, se examinó 24 individuos con trastorno por acumulación (sin grupo control incluido), dieciséis de los 23 que completaron el tratamiento fueron clasificados como respondedores al tratamiento, con una mejoría ≥ 30 % en los síntomas de acumulación. La dosis final media para estos individuos fue de alrededor de 200 mg por día, dieciséis sólo fueron capaces de tolerar una dosis de 225 mg por día (Saxena y Sumner, 2014).

Aunque un tanto contradictoria a los primeros estudios que muestran pobre respuesta al tratamiento entre los individuos con TOC más acumulación, y limitados por el pequeño tamaño de la muestra y diseños abiertos; estos estudios ofrecen alguna esperanza de que la farmacoterapia con los ISRS y / o IRSN tiene un papel en el tratamiento del trastorno por acumulación.

Es importante destacar, sin embargo, que estudios recientes donde se examina la motivación de someterse a un tratamiento, sugieren que los individuos con trastorno de acumulación o acaparamiento relacionados al TOC, están menos dispuestos a recibir o mantener una terapia farmacológica en comparación a la población TOC sin acumulación (Saxena, 2014).

2.7.2 Psicoterapia

En contraste con la psicofarmacología, existe una literatura de tamaño razonable que apoya la psicoterapia en el TA. Al igual que el tratamiento con medicamentos, el abordaje psicoterapéutico se basa en estrategias conductuales aplicadas para pacientes con TOC, pero que se han modificado con el tiempo para abordar más específicamente los desafíos únicos que enfrentan los individuos con TA. El componente central de la psicoterapia para el TA es la terapia cognitivo-conductual (TCC); componentes de la entrevista motivacional y reducción de daños también son comunes (Muroff et al., 2013).

El componente cognitivo normalmente se centra en abordar las distorsiones cognitivas relacionadas con el miedo al descarte y la urgencia a adquirir, mientras que el componente conductual se centra en la clasificación y descarte de los materiales de una manera sistemática y estructurada, ya sea en la sesión de terapia o en el hogar. La TCC puede ser administrada ya sea en grupo o en el tratamiento individual. Las visitas a domicilio por el médico se incorporan en la mayoría de los tratamientos conductuales para el trastorno por acumulación, principalmente para proporcionar una evaluación precisa del deterioro funcional en el contexto residencial, sino también para evaluar los progresos y, si es necesario, para ayudar con mayor la adaptación de la intervención de conducta (Meyer et al., 2010).

La entrevista motivacional se ha convertido en un componente clave de las intervenciones conductuales para los pacientes con TA (Steketee et al, 2010). Estas intervenciones están dirigidas a disminuir la ambivalencia respecto al tratamiento, ayudando a los pacientes a identificar áreas de deterioro que ellos reconocen son causadas por los síntomas de acumulación (Tompkins, 2011) [por ejemplo, los problemas relacionados por no ser capaz

de dejar que sus familiares o amigos visiten el hogar, los problemas de seguridad relacionados con el apilamiento, etc.].

Más recientemente, una forma de terapia conductual llevada por compañeros acumuladores en lugar de los proveedores de salud mental, llamada terapia de grupo de apoyo, se ha desarrollado. Este método utiliza los mismos conceptos de TCC utilizados en el tratamiento del grupo estándar, y se basa en el trabajo a través de los ejercicios establecidos en un manual de autoayuda llamado Enterrado en Tesoros. Los grupos de apoyo están orientados a proporcionar un entorno más favorable y potencialmente menos estigmatizante que los grupos de TCC dirigidos por proveedores de salud mental. Como los líderes de los grupos han vivido la experiencia del trastorno por acumulación, existe una mayor predisposición de los participantes al cambio. El líder además de supervisar las sesiones que se desarrollan cada semana, también alienta a los otros individuos a asistir a las reuniones (Frost, Ruby y Shuer, 2012).

Aunque existen estudios que comparen directamente el efecto del grupo de apoyo al grupo de TCC dirigida por un proveedor de salud mental, las tasas de respuesta promedio, incluyendo TCC individual, grupo de TCC, y tratamiento grupo de apoyo, son entre 12 y 14 puntos de mejora (rango 7,5 a 18,5) en el Inventario de acumulación Revisado (SI-R) (Frost, Steketee y Grisham, 2004). Como la mayoría de los estudios de tratamiento, informaron que las puntuaciones medias de pretratamiento rondaban en ≥ 60 puntos (puntuación ≥ 42 se utiliza normalmente como el punto de corte para la acumulación clínicamente significativa), por lo que una mejora de 14 puntos representa apenas el 23% con respecto a la línea de base (Muroff et al., 2012). Está claro que, aunque tal vez más tolerables para los participantes, los tratamientos conductuales actualmente disponibles rara

vez dan lugar a la remisión de los síntomas, y las mejoras son modestas para la mayoría de los individuos.

3. Discusión

3.1 Introducción a la discusión

La discusión que se realiza para este trabajo, consta en la identificación de las características presentadas por la paciente en su historia, que logran esclarecer su trastorno por acumulación subyacente. Es importante mencionar, que la usuaria a pesar de llevar largo tiempo en un control psiquiátrico, ocultó de forma voluntaria su sintomatología, la cual está relacionada con su trastorno depresivo recurrente.

Como se ha expuesto en el caso, la paciente consulta inicialmente referida de un servicio de neurología, por un cuadro conversivo resuelto, asociado a sintomatología depresiva. Este había sido el tercer episodio que presentaba la paciente con estas características, sin embargo, tampoco en sus internamientos anteriores, se había buscado una causa psicológica que explicara la sintomatología.

Cuando la usuaria llega al servicio de psiquiatría del HSJD, es por primera vez, que a través de la historia longitudinal se llega a recopilar parte de la historia (con detalles que luego son revelados), así como aspectos psicodinámicos de su relación paterna y materna, y de la forma que ella interacción con este ambiente de crianza. Según lo que ella misma comenta, su primer episodio conversivo, aunque pasó desapercibido, fue en su infancia, raíz de una discusión entre sus padres. La paciente en varias ocasiones hace referencia al uso de los objetos como sustituyentes del amor parental, lo que tal vez podría incidir en el desarrollo de su trastorno por acumulación. También llama la atención, el énfasis que ella hace sobre la capacidad de adquisición en su vida, destacándolo como una característica relevante de su persona y núcleo familiar.

Como la literatura lo indica, las primeras manifestaciones del trastorno por acumulación se dan temprano en la vida; en el caso de la paciente, vemos como en su infancia, inicia con una colección de muñecas de papel que luego trasfiere a otras pertenencias. Fue a través de su padre (intervención de terceros) que logran deshacerse de estos elementos, aunque a la paciente le produjo malestar significativo.

En la adolescencia por una situación económica más limitada, el predominio de su sintomatología, se centra más en el atesoramiento de sus pertenencias que en la adquisición excesiva de las mismas. Para este periodo se relata como ella tienen un sentido de responsabilidad distorsionado sobre la utilidad de los objetos, y la posibilidad de su uso en el futuro.

Al salir del colegio y entrar al sistema universitario, la usuaria comienza a utilizar los elementos acumulados en otra de las funciones descritas para los que sufren trastorno de acumulación, que es la capacidad de los objetos de recordar partes de su historia pasada. Podemos notar como ella se arraiga a los diferentes artículos usados por su hijo, como vínculo de su primera maternidad.

Durante su primer matrimonio sus conductas de adquisición y acumulación se sostienen, llevándola a una disfunción de pareja. La paciente comienza a hacer esfuerzos para tratar de ocultar su acumulación de los demás, realizando compras a escondidas, a pesar de estar consciente de que estas conductas traerían problemas en su relación. Uno de los motivos de su divorcio fue las disputas por la adquisición y acaparamiento de los bienes.

Tras su divorcio, el límite que le había puesto su esposo desapareció, lo que le dio la libertad de adquirir más libremente. Su misma expareja, utilizó la sensibilidad de ella con la obtención de pertenencias, para sacar cierto beneficio.

Durante todos estos años, sus conductas de adquisición y acumulación han progresado; derivándola incluso a una demanda legal, por las condiciones de su vivienda. Además como la misma paciente la misma paciente lo expone, existe una gran asociación entre su sintomatología depresiva con las consecuencias que ha traído su acumulación a lo largo de los años.

3.2 Sobre el diagnóstico y los criterios cumplidos

Tomando en cuenta los criterios expuestos por dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) tenemos que la paciente para cumple con lo siguiente:

- 1- La usuaria presenta una gran dificultad para desechar o separarse de los objetos acumulados. En la historia se relata como la paciente defiende el hecho de permanecer con sus pertenencias, a pesar de que está consciente de los problemas que han surgido por ello y de los peligros que corre al acumularlas dentro de su hogar. En varias ocasiones tanto su pareja como sus hijos, han tratado de mediar el desechar algunas cosas a lo que la usuaria ha respondido de forma agresiva. También se denota en el caso, que el valor real de los objetos para ella no es importante, ella atesora un papel como una máquina de coser; lo que para una persona no acumuladora podría ser ilógico.

- 2- Sus síntomas de adquisición y acumulación han resultado en el apilamiento de objetos en zonas que no fueron diseñadas para eso. Como el reporte a la visita del hogar nos menciona; dos de sus cuartos, su sala, su patio, su cuarto de lavado no pueden ser usados para los principios que fueron diseñados. Además hay un acceso pobre de luz, y la instalación eléctrica no es accesible en todas las partes de la propiedad.
- 3- La acumulación en este caso ha tenido fuertes repercusiones en la calidad de vida de esta paciente. Desde el punto de vista social, sus hermanos la han dejado de visitar por el malestar que les produce ver estar en su vivienda. Como se dijo anteriormente, impresiona que una de las razones por las cuales su matrimonio fracasó se relacionó con las disputas a raíz de la acumulación de bienes y su inhabilidad para deshacerse de ellos. Tras la partida de su exesposo, sus hijos han tomado una actitud defensiva contra la usuaria, lo que ha tornado el ambiente familiar tenso. Su hijo mayor ante las condiciones habitacionales en que vivía, decide irse de la vivienda. A nivel comunal, la paciente no cuenta con buenas relaciones, los comentarios originados por su vecina al ver el estado de la casa, han hecho que la usuaria tome una conducta hermética y defensiva en la comunidad.
- 4- El estado de su casa de habitación, el acortamiento de sus relaciones sociales y familiares; son expresados por la paciente como factores de estrés emocional y malestar. También la usuaria amplía que parte de la baja respuesta al tratamiento antidepressivo que recibe, se debe factores habitacionales que ella vive; lo que ha perpetuado su sintomatología depresiva.
- 5- En este momento no se tiene evidencia suficiente para asociar sus conductas acumuladoras con lesiones orgánicas. Al momento del diagnóstico la paciente había

sido estudiada por parte de neurología sobre lesiones en sistema nervioso central; y no se encontró hallazgo alguno que correlacione con conductas acumuladoras.

- 6- La paciente fue diagnosticada con trastorno depresivo recurrente, crisis conversivas no especificadas y se observó por un trastorno de la personalidad Histriónica. A pesar de que se ha descrito la acumulación en pacientes con depresión profunda, esta responde a la anergia que tienen estos individuos presentan como parte de su sintomatología, y cuando esta resuelve así lo hace la acumulación. En este caso vemos que existe manifestaciones del trastorno por acumulación antes de sus episodios depresivos. De igual forma, cuando la paciente ha respondido al tratamiento antidepresivo, sus conductas acumuladoras permanecen. La adquisición excesiva y otras características fenomenológicas que la usuaria presenta no pueden ser explicadas desde su sintomatología afectiva.
- 7- Como se explicó anteriormente, la paciente presenta un cuadro claro de adquisición excesiva. En varias partes de la historia longitudinal podemos tomar nota de ello. Como ejemplo; su adquisición excesiva en las maquinitas de peluches, sus compras escondidas, la dificultad general que ella tiene para escoger un objeto único, sus compras por internet, etc.
- 8- La introspección o “insight” de la usuaria ha sido un aspecto dinámico. Si tomamos que la paciente ha mantenido en secreto de forma voluntaria su trastorno, podría considerarse que su introspección es ausente. Sin embargo, el detonante de reconsiderar su situación parece que es la partida de su hijo, situación que impresionar forzar a la paciente a reflexionar sobre su condición de vida. En el momento en que se realiza la segunda historia longitudinal, la usuaria expresa

mayor capacidad de introspección de su condición y las consecuencias que podría acarrear.

Desde el punto de vista nosológico, siguiendo los lineamientos establecidos por el DSM-5, la paciente cumple con todos los criterios para un trastorno por acumulación, especificado con adquisición excesiva y adecuado “insight”.

3.3 Sobre los aspectos fenomenológicos

Aunque no constamos en el caso con pruebas neuropsicológicas para discutir de forma objetiva las características fenomenológicas que presenta la paciente, nos apegaremos a lo referido por ella, para hacer una correlación con lo expuesto en la literatura.

Desde el punto de vista visual, se podría llegar a la conclusión que la paciente tiene cierta disfunción en la capacidad de organización y planificación. Los pacientes que acumulan tienden a guardar sus pertenencias de forma desordenada, arbitraria. Cuando consiguen un objeto este puede ser guardado en condiciones peligrosas, o no aptas para la conservación del mismo. Esta situación se puede denotar en toda la descripción de la residencia de la paciente, en donde los objetos son apiñados sin ningún orden, uno encima de otro. No existe planificación alguna para ordenar los objetos según prioridades, lo que hace que algunos aunque necesarios se vuelvan inaccesibles, y tengan que ser adquiridos nuevamente.

La capacidad de introspección ha sido discutida cortamente en la sección anterior. Desde el punto de vista fenomenológico, la introspección y motivación al cambio, es un factor crucial en esta entidad. En nuestra paciente vemos como a lo largo de los años, ella negó las condiciones de vida que perpetúa, a pesar de contar evidencia suficientemente clara, para

considerar tener un problema grave. Durante años, mantuvo una posición impermeable respecto al tema, incluso recurrió a la agresión para mantener su posición. Estas características son típicas de los pacientes acumuladores, los cuales tienen gran dificultad para admitir que tienen un problema y que necesitan recibir ayuda; incluso cuando son confrontados por familiares o instituciones judiciales mantienen una actitud de negación.

Con respecto sus cogniciones maladaptativas, el caso ofrece varios ejemplos sobre el simbolismo de las pertenencias para la paciente. Ella afirma en varias ocasiones que el hecho de separarse de sus objetos, es igualitario a perder una parte de sí misma; en otra ocasión refiere que los objetos le recordaban quien fue ella. Esta fusión de los objetos como parte del yo, ha sido evidenciada por la literatura al respecto en varias ocasiones. Otro aspecto interesante del caso es la utilización de los objetos para poder recordar aspectos de su historia pasada. Los acumuladores pueden rehusarse a desechar pertenencias que les recuerdan aspectos de su vida, por miedo a olvidar dichos recuerdos. Por último, se aprecia en la paciente este sentido de la responsabilidad hacia sus pertenencias, en donde hay preocupación que lleguen a desperdiciarse o que su completo potencial no sea aprovechado.

3.4 Sobre su curso y aspectos sociodemográficos

Con respecto al curso natural de la enfermedad, tenemos que la paciente muestra un desarrollo clásico descrito en la literatura. Con un inicio a tempranas edades, la acumulación cada vez va magnificando su intensidad, al punto que en etapas tardías de la vida, y por la severidad de los síntomas, se hace la revelación de su trastorno. Desde el punto de vista sociodemográfico, la literatura sugiere que esta entidad es más prevalente en posiciones económicas bajas, lo cual no se cumple en el caso, ya que la paciente tiene una

situación económica buena. Otro aspecto que no correlaciona en esta sección, es que la paciente tiene un nivel académico alto, siendo más frecuente los acumuladores con bajo estudio.

3.5 Sobre el diagnóstico diferencial

A pesar de que en las entrevistas se exploró la presencia de obsesiones y compulsiones que pudieran explicar la acumulación de la paciente, no se logra recolectar suficiente evidencia para asegurar que la paciente presenta un trastorno compulsivo con acumulación. Se hace énfasis en que las razones de su conducta acumulativa se centran en sus dificultades para deshacerse de sus pertenencias, pero estas no responden a una idea obsesiva como se describen en los casos de TOC con acumulación. Tampoco se evidencia datos clínicos que sugieran una forma especial de ordenamiento, mantenimiento compulsivo de los objetos, ni egodistonia a su situación acumuladora. Sus conductas adquisitivas se relacionan más a su disfunción para poder clasificar y priorizar objetos, que con obsesiones específicas para un tipo de elemento en especial.

No obtenemos datos suficientes para aseverar que la paciente tiene un deterioro cognitivo grave o una demencia. La falta de otros datos clínicos, así como un deterioro funcional claro, hacen que descartemos una acumulación secundaria a un síndrome demencial. De igual forma, no existen datos de deterioro personal, ni higiene propia, como sería presentado en un síndrome de la miseria senil.

3.6 Sobre los aspectos neurobiológicos

Desgraciadamente, al momento del diagnóstico no contamos con estudios de neuroimágenes funcionales, por lo que no es posible hacer una correlación de datos con la

sintomatología de la paciente. Desde el punto de vista teórico, se esperaría que haya un hipometabolismo en la zona de la corteza cíngular anterior de forma bilateral.

Desde el punto de vista genético, no tenemos información sobre que alguno de los padres, o familiares antecesores de la paciente haya sufrido de un trastorno por acumulación franco, o haya presentado sintomatología obsesiva compulsiva. Sin embargo, para el caso de descendencia de esta paciente, existe un mayor riesgo para sus hijos de evolucionar hacia un trastorno por acumulación (hasta el momento ninguno de sus tres hijos ha mostrado manifestaciones)

3.7 Sobre el Tratamiento

La paciente ha recibido múltiples tratamientos dirigidos a resolver su sintomatología depresiva, sin embargo, hasta el momento ninguna intervención fue específica para el trastorno por acumulación. Desde el punto de vista farmacológico, es difícil reevaluar los esquemas en el contexto de esta entidad. Al parecer la paciente ha tenido respuestas positivas en anterioridad con el uso de antidepresivos, pero no hay datos que sugieran que su acumulación se detuvo o haya mejorado.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, el enfoque que recibió la paciente se enfocaba en el control de su acumulación, por lo que una de las opciones disponibles para esta usuaria sería un proceso cognitivo conductual para el trastorno de acumulación.

3.8 Sobre su pronóstico

Aunque es difícil sacar conclusiones pronosticas sobre este caso; los individuos con trastorno por acumulación tienen una respuesta baja a las medidas terapéuticas. La mayoría de estos pacientes tiende a recaer en su acumulación a lo largo del proceso terapéutico.

Conclusiones

- 1- Las características clínicas que presento la paciente para lograr recibir el diagnóstico de trastorno por acumulación fueron su incapacidad para deshacerse de una gran cantidad de pertenencias a pesar de que algunas de ellas no poseían un valor real, otras eran posesiones repetidas, y algunas aunque con cierto valor, no fueron aprovechadas desde su adquisición. La paciente desde su infancia mostró gran malestar para separarse de sus pertenencias, lo que llevó a que las acumulara durante toda su vida, cuando algún tercero trataba de desechar algún elemento, ella reaccionaba de forma agresiva, y tras eliminarlo con gran tristeza y malestar. Se logra evidenciar el apilamiento, desorden y abarrotamiento de su hogar, así como la inoperatividad de varias áreas de la propiedad por lo elementos acumulados. Las conductas acumuladoras de la paciente la han llevado a una disfunción social, familiar y le producen malestar clínicamente significativo.
- 2- El trastorno por acumulación llega conformarse como una entidad nosológica independiente en Diciembre del 2012. Tras la recolección de 15 años de evidencia sobre individuos con graves problemas de acumulación que no podían ser diagnosticados dentro de las clasificaciones disponibles, se llega a la conclusión de que existía otra entidad no descrita. Luego de varios comités de investigación dieran elementos sobre estos casos, se demuestra que las características de estos pacientes desde el punto de vista nosológico se resume en tres grandes criterios: la incapacidad para separarse de los bienes adquiridos, el malestar que sufren estos pacientes cuando son separados de sus pertenencias, y el malestar clínico en varias áreas de funcionamiento producto de su acumulación. Junto a estas tres propuestas,

se agregan otros criterios de exclusión para delimitar el trastorno. Desde la perspectiva de evidencia, los criterios han sido evaluados y validados con poblaciones grandes.

- 3- La imposibilidad de clasificar a los pacientes con trastorno por acumulación dentro de los parámetros establecido para el trastorno obsesivo compulsivo llevó a la sospecha que se trataba de dos trastornos diferentes. Desde el punto de vista nosológico, los pacientes con trastorno por acumulación no presentan ideas obsesivas que se relacionen ni con su incapacidad para deshacerse de los objetos, ni que los impulsen a la adquisición de los mismos. Tampoco presentan la sensación de instrucción que pueden experimentar algunos pacientes con TOC. La sintomatología en el trastorno por acumulación es egosintónica, a diferencia de la mayoría de los casos de TOC. Desde el enfoque neurofuncional, los pacientes con trastorno por acumulación muestran disfunción en la organización, planificación, toma de decisiones y resolución de problemas; aspectos neurofuncionales se encuentran en el TOC. El trastorno obsesivo compulsivo tiene por lo general un inicio a principios de la vida adulta, con una etapa de mantenimiento de su gravedad a lo largo de la vida; el trastorno por acumulación tiene un inicio en la infancia, con una sintomatología creciente a lo largo de la vida. En estudios de neuroimágenes funcionales existe una asociación del trastorno por acumulación con la corteza cingular anterior, los hallazgos en el TOC apuntan a disfunciones en la OFC. Desde el punto de vista pronóstico, el TOC guarda un mejor pronóstico que el trastorno por acumulación, con mejor respuesta al tratamiento y la psicoterapia.
- 4- El trastorno por acumulación se caracteriza por hallazgos fenomenológicos únicos. La literatura expone que los pacientes con esta entidad muestran un apego

patológico de los individuos con sus pertenencias, al punto que existe una disfunción cognitiva en donde la persona reconoce a los objetos como parte de sí mismo. En los acumuladores las funciones de organización, planificación, toma de decisiones y resolución de problemas; pueden estar afectadas. El objeto para estos individuos guarda un simbolismo distorsionado, incluso influye en sus capacidad mnémicas para recordar fragmentos de su vida. También existe en estos individuos distorsiones cognitivas respecto a la responsabilidad con sus objetos, en donde perciben que su mantenimiento con ellos, son la única forma de que pueden asegurar su potencial de aprovechamiento. Aunque desde el punto de vista nosológico los acumuladores de animales pueden ser diagnosticados con trastorno por acumulación; aspectos fenomenológicos encontrados en estos pacientes, apuntan a que podrían tener relación con los trastornos psicóticos.

Referencias

- Aleviazos, B., Papageorgiou, C., & Christodoulou, G. N. (2004). Obsessive-compulsive symptoms with olzapine. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 7(03), 375-377.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revised*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC:APA.
- Anderson, S. W., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2005). A neural basis for collecting behaviour in humans. *Brain*, 128(Pt 1), 201-212.
- Anholt, G. E., Cath, D. C., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Smit, J. H., van Megen, H., & van Balkom, A. J. L., M. (2010). Autism and ADHD symptoms in patients with OCD: are they associated with specific OC symptom dimensions or OC symptom severity? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), 580-589.
- Awh, E., & Gehring, W. J. (1999). The anterior cingulate lends a hand in response selection. *Nat Neurosci.*, 2, 853-854.
- Bejerot, S. (2007). An autistic dimension: A proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism*, 11(2), 101-110.
- Bulli, F., Melli, G., Sara, M., Carraresi, C., Stopani, E., Pertusa, A., & Frost, R.O. (in press). Compulsive hoarding in an Italian community sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
- Carter, C.S., Braver, T.S., Barch, D.M. (1998). Anterior cingulate cortex, error detection, and online monitoring of performance. *Science*, 280, 747-749.
- Chong, S.A., Tan, C.H., & Lee, H. S. (1996). Hoarding and clozapine-risperidone combination. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 315-316.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2581-2592.
- de Bruijn ER, Hulstijn W, Verkes RJ, et al. Drug-induced stimulation and suppression of action monitoring in healthy volunteers. *Psychopharmacology*. 2004;177:151-160.

- de Haes JJ, Maguire RP, Jager PL, et al. Methylphenidate-induced activation of the anterior cingulate but not the striatum: a [¹⁵O]H₂O PET study in healthy volunteers. *Hum Brain Mapp.* 2007;28:625-635.
- Dowd, D.T., & Wallbrown, F. (1993). Motivational components of client reactance. *J. Counsel. Dev.*, 71, 533–538.
- Freud, S. (1908). Character and anal eroticism. In *Collected Papers* (Vol. II). London: Hogarth.
- Fromm, E. (1947). *Man for himself: An inquiry into the psychology of ethics*. New York: Rinehart.
- Frost, R. O. & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 341-350.
- Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4), 367-381.
- Frost, R. O., Hartl, T. L., Christian, R., & Williams, N. (1995). The value of possession in compulsive hoarding: Patterns of use and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 897-902.
- Frost, R. O., Kim, H. J., Morris, C., (1998). Hoarding, compulsive buying and reasons for saving. *Behav Res Ther.*, 36(7-8), 657-664.
- Frost, R. O., Ruby, D., & Shuer, L. J. (2012). The buried in treasures workshop: Waitlist control trial of facilitated support groups for hoarding. *Behav Res Ther*, 50(11), 661–7.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: Saving Inventory-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1163-1182.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 28(10), 876-884.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2012). Diagnosis and assessment of hoarding disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 219-242.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D.F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 876-884. doi 10.1002/da.20861
- Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L. F., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: A comparison

- with clinical and nonclinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 38(11), 1071-1081.
- Frost, R. O., Tolin, D. F., Steketee, G., Fitch, K. E., & Selbo-Bruns, A. (2009). Excessive acquisition in hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 632-639.
- Frost, R. O., Tolin, D. F., Steketee, G., Fitch, K., & Selbo-Bruns, A. (2009). Excessive acquisition in hoarding. *J. Anxiety Dis.*, 23, 632–639.
- Frost, R., & Gross, R. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-381. doi:10.1016/0005-7967(93)90094-B.
- Frost, R.O., & Hartl, T. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav. Res. Ther*, 34, 341–350.
- Frost, R.O., Ruby, D., & Shuer, L. J. (2012). The buried in treasures workshop: Waitlist control trial of facilitated support groups for hoarding. *Behav Res Ther*, 50(11), 661–667.
- Frost, R.O., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: Saving inventory-revised. *Behav Res Ther*, 42(10), 1163–82.
- Frost, R.O., Steketee, G., & Tolin, D.F. (2011). Comorbidity in hoarding disorders. *Depression and Anxiety*, 28(10), 876-884.
- Frost, R.O., Steketee, G., Tolin, D., & Renaud, S. (2008). Development and validation of the clutter image rating. *J. Psychopathol. Behav. Assess*, 30, 193–203.
- Frost, R.O., Steketee, G., Tolin, D.F. (2011a). Comorbidity in hoarding disorder. *Depress. Anxiety*. In press.
- Frost, R.O., Tolin, D.F., & Maltby, N. (2010). Insight-related challenges in the treatment of hoarding. *Cogn. Behav. Pract.*, 17, 404–413.
- Gothelf, D., Presburger, G., Zohar, A. H., Burg, M., Nahmani, A., Frydman, M., et al. (2004). Obsessive-compulsive disorder in patients with velocardiofacial (22q11 deletion) syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part B, Neuropsychiatric Genetics*, 126B(1), 99-105.
- Grisham, J. R., Brown, T.A., Savage, C. R., Steketee, G., & Barlow, D. H. (2007). Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1471-1483.

- Grisham, J., Frost, R., Steketee, G., Kim, H., & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 675-686. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.07.004
- Guillem, F., Satterthwaite, J., Pampoulova, T., & Stip, E. (2009). Relationship between psychotic and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115(2), 358-362.
- Hartl, T. L., Frost, R. O., Allen, G. J., Deckersbach, T., Steketee, G., Duffany, S. R.,... Savage, C.R. (2004). Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding. *Depression and Anxiety*, 20(2), 59-69.
- Hasler, G., Pinto, A., & Greenberg, B. D. (2007). Familiality of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol Psychiatry*, 61, 617-625.
- Holm, V.A., Cassidy, S. B., Butler, M. G., Hanchett, J. M., Greenswag, L. R., Whitman, B. Y., et. al (1993). Prader-Willi syndrome: consensus diagnostic criteria. *Pediatrics*, 91(2), 398-402.
- Homma, A., Ishii, T., & Niina, R. (1994). Relationship of behavioral complications and severity of dementia in Japanese elderly persons with dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8(Suppl 3), 46-53.
- Hwang, J. P., Tsai, S. J., Yang, C. H., Liu, K. M., & Lirng, J. F. (1998). Hoarding behavior in dementia. A preliminary report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(4), 285-289.
- Iervolino, A., Perroud, N., Fullana, M., Guipponi, M., Cherkas, L., Collier, D., & Mataix-Cols, D. (2009). Prevalence and heritability of compulsive hoarding: A twin study. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1156-1161. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08121789
- Jones, E. (1912). Anal erotic character traits. In E. Jones (Ed.), *Papers on Psychoanalysis* (1938). London: Tindall & Cox.
- Kim, H. J., Steketee, G., & Frost, R. O. (2001). Hoarding by elderly people. *Health and Social Work*, 26(3), 176-184.
- Krawczyk, D. C. Contributions of the prefrontal cortex to the neural basis of decision making. *Neurosci Biobehav Rev.*, 26, 631-664.

- Kumbhani, S. R., Roth, R. M., Kruck, C. L., Flashman, L. A., & McAllister, T. W. (2010). Nonclinical obsessive-compulsive symptoms and executive functions in schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22(3), 304-312.
- Landau, D., Iervolino, A. C., Pertusa, A., Santo, S., Singh, S., & Mataix-Cols, D. (2011). Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 192-202.
- Lane, R.D., Fink, G.R., Chau, PM-L, Dolan, R.J. (1997). Neural activation during selective attention to subjective emotional responses. *Neuroreport*, 8, 3969-3972.
- Lawrence, N. S., Wooderson, S., Mataix-Cols, D. (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*, 20, 409-419.
- Lochner, C., Kinnear, C. J. & Hemmings, S. M. (2005) .Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Clinical and genetic correlates. *J Clin Psychiatry*, 66, 1155-1160.
- Marx, M. S., & Cohen-Mansfield, J. (2003). Hoarding behavior in the elderly: A comparison between community-dwelling persons and nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 15(03), 289-306.
- Mataix-Cols, D., Billotti, D., Fernández de la Cruz, L., & Nordsletten, A. E. (2013). The London field trial for hoarding disorder. *Psychological Medicine*, 43(4), 837-847.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J.F.,... Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 556-572.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F.,... Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 556-572.
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A., & Snowden, J. (2011). Neuropsychological and neural correlates of hoarding: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 67(5), 467-476.
- Matsunaga, H., Hayashida, K., Kiriike, K., & Stein, D.J. (2010b). The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.*, 180, 25–29.

- Mega, M.S., Dinov, I. D., Porter, V. (2005) Metabolic patterns associated with the clinical response to galantamine therapy: A fluorodeoxyglucose F18 positron emission tomographic study. *Arch Neurol.*, 62, 721-728.
- Mendez, M. F., & Shapira, J. S. (2008). The spectrum of recurrent thoughts and behaviors in frontotemporal dementia. *CNS Spectrum*, 13(3), 202-208.
- Meyer, E., Shavitt, R.G., Leukefeld, C., Heldt, E., Souza, F.P., & Knapp, P. (2010). Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: Results from a randomized clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.*, 32(1), 20-29.
- Mueller, A., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Glaesmer, H., & de Zwaan, M. (2009). The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 705-709. doi:10.1016/j.brat.2009.04.005
- Muroff, J., Steketee, G., Bratitotis, C., & Ross, A. (2012). Group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for hoarding: A pilot trial. *Depress Anxiety*, 29(7), 597–604.
- Muroff, J., Steketee, G., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2013). Cognitive behavior therapy for hoarding disorder: Follow-up findings and predictors of outcome. *Depress Anxiety*, 26.
- Muroff, J., Steketee, G., Frost, R.O., & Tolin, D.F. (2013). Cognitive behavior therapy for hoarding disorder: Follow-up findings and predictors of outcome. *Depress Anxiety*, 26.
- Nordslettern, A.E., de la Cruz, L.F., Billotti, D., & Mataix-Cols, D. (2013). Finders keepers: The features differentiating hoarding disorder from normative Collecting. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 229-237.
- O’Sullivan, S.S., Djamshidian, A., Evans, A. H., Loane, C. M., Lees, A. J., & Lawrence, A. D. (2010). Excessive hoarding in Parkinson’s disease. *Movement Disorders*, 25(8), 1026-1033.
- Ochsner, K., Bunge, S. A., Gross, J. J., Gabrieli J. D. E. (2002). Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *J Cog Neurosci.*, 14, 1215-1229.
- Paus, T. (2001). Primate anterior cingulate cortex: Where motor control, drive, and cognition interface. *Nat Rev: Neurosci.*, 2, 417-424.

- Perry, D.C., Whitwell, J. L., Boeve, B. F., Pankratz, V. S., Knopman, D. S., Petersen, R. C., et al. (2012). Voxel-based morphometry in patients with obsessive-compulsive behaviours in behavioral variant frontotemporal dementia. *European Journal of Neurology*, 19(6), 911-917.
- Pertusa, A., Frost, R. O., & Mataix-Cols, D. (2010). When hoarding is a symptom of OCD: A case series and implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1012-1020.
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D.,...Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Rev*, 30(4), 371-386.
- Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchon, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical síndrome, or both? *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1289-1298.
- Phan, K. L., Fitzgerald, D. A., Nathan, P. J. (2005). Neural substrates for voluntary suppression of negative affect: A functional magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*, 57, 210-219.
- Rasmussen, S. & Eisen, J. L. (1996). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clin N Am*,15, 743-758.
- Rodriguez, C.I., Bender, J., Morrison, S., Mehendru R, Tolin D, & Simpson, H.B.. (2013) Does extended release methylphenidate help adults with hoarding disorder?: A case series. *J Clin Psychopharmacol*, 33(3), 444-447.
- Ruscio, A. M. Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2008). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- Ruta, L., Mugno, D., D'arrigo, V. G., Vitiello, B. & Mazzone, L. (2010). Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 17-24.
- Samuels, J., Bienvenu, O. J. & Riddle, M. A. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from a case-control study. *Behav Res Ther*, 40, 517-528.
- Samuels, J., Shugart, Y. Y. & Grados, M. A. (2007). Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder:

- Results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Am J Psychiatry*, 164, 493-499.
- Samuels, J. F., Bienvenu, O.J., Grados, M.A., Cullen, B., Riddle, M.A. Liang, K.-Y.,...Nestadt, G. (2008a). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 836-844.
doi:10.1016/j.brat.2008.04.004
- Samuels, J., Bienvenu O. J., Pinto, A., Fyer A. J., McCracken J. T., & Rauch S. L., (2007). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behav Res Ther*, 45(4), 673–86.
- Samuels, J.F., Bienvenu, O.J., Pinto, A., Fryer, A.J., & McCracken, J.T. (2007b). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD collaborative genetics study. *Behav. Res. Ther.*, (45), 673–686.
- Samuels, J.F., Bienvenu, O.J., Pinto, A., Fyer, A.J., McCracken, J.T., & Rauch, S.L. (2007). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD collaborative genetics study. *Behav Res Ther.*, 45(4), 673–686.
- Samuels, J.F., Bienvenue, O.J., Riddle, M. A., Cullen, B. A., Grados, M. A., Liang, K. Y. et al. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from a case-control study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 517-528.
- Samuels. J. F., Bienvenu,O.J., Pinto, A., Murphy.D.L., Piacentini, J., Rauch, S. I.,...Nestadt, G. (2008b). Sex-Specific clinical correlates of hoarding in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1040-1046.
- Saxena, S. (2011). Pharmacotherapy of compulsive hoarding. *J Clin Psychol*, 67(5), 477–484.
- Saxena, S., & Sumner, J. (2014). Venlafaxine extended-release treatment of hoarding disorder. *Int J Clin Psychopharm*, 34(3), 123-134.
- Saxena, S., Bota, R. G., Brody, A. L. (2001). Brain-behavior relationships in obsessive-compulsive disorder. *Sem Clin Neuropsychiatry*, 6, 82-101.
- Saxena, S., Brody, A., Maidment, K. M. (2011). Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry*, 161, 1038-1048.
- Saxena, S., Brody, A., Maidment, K., & Baxter, L. (2007). Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res*, 41(6), 481–7.

- Saxena, S., Brody, A.L., Maidment, K.M., & Baxter, L.R. (2007). Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res.*, 41(6), 481–487.
- Snowdon, J., Shah, A., & Halliday, G. (2007). Severe domestic squalor: A review. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 37-52.
- Spence, S. A., Green, R.D., Wilkinson, I. D., Hunter, M. D. (2005). Modafinil modulates anterior cingulate function in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 187, 55-61.
- Stein, D.J., Phillips, K.A., Bolton, D., Fulford, K. W., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). What is mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40(11), 1759-1765.
- Steketee, G., & Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 905-927.
- Steketee, G., Frost, R., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27(4), 463-479.
- Steketee, G., Frost, R., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cogn. Ther. Res.* (27), 463–479.
- Steketee, G., Frost, R.O., Tolin, D.F., Rasmussen, J., & Brown, T.A. (2010). Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depress Anxiety*, 27(5), 476–484.
- Timpano, K. R., Keough, M. E., Traeger, L., & Schmidt, N. B. (2011). General life stress and hoarding: Examining the role of emotional tolerance. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 263-279.
- Tolin, D. F. Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008b). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160, 200-211.
- Tolin, D. F.(2011). Understanding and treating hoarding: A biopsychosocial perspective. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(5), 517-526. doi:10.1002/jclp.20795.
- Tolin, D. F., & Villavicencio, A. (2011). Inattention, but not OCD, predicts the core features of hoarding disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 120-125.
- Tolin, D. F., Fitch, K.E., Frost, R.O., & Steketee, G. (2010b). Family informants' perceptions of insight in compulsive hoarding. *Cogn. Ther. Res.*, 34, 69–81.

- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Fitch, K. E. (2008). Family burden of compulsive hoarding: Results of an Internet survey. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 334-344.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160(2), 200-211.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale. *Psychiatry Research*, 30, 147-152.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008a). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatr. Res.* 160, 200–211.
- Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). The course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression and Anxiety*, 27, 829-838.
- Tolin, D., Frost, R., Steketee, G., & Fitch, K. (2008b). Family burden of compulsive hoarding: Results of an internet survey. *Behav. Res. Ther.*, 46, 334–344.
- Tolin, D.F., Fitch, K.E., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). Family informants' perception of insight in compulsive hoarding, *Cognitive Therapy and Research*, 34, 69-81.
- Tompkins, M. A. (2011). Working with families of people who hoard: A harm reduction approach. *J Clin Psychol*, 67(5), 497–506.
- Vogt, B. A., Vogt, L., Farber, N. B., Bush, G. (2007). Architecture and neurocytology of monkey cingulate cortex. *Neurology*, 485, 218-239.
- Walton, M. E., Croxson, P. L., Behrens, T. E. (2007). Adaptive decision making and value in the anterior cingulate cortex. *Neuroimage*, 36(2), 142-154.
- Wheaton, M. G., Timpano, K. R., LaSalle-Ricci, V. H., & Murphy, D. L. (2008). Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: Associations with comorbidity, severity and gender. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 243-252.
- Winsberg, M. E., Cassic, K. S., & Koran, L. M. (1999). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: A report of 20 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(9), 591-597.
- Zhang, H., Leckman, J. F., Pauls, D. L., & the Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. (2002). Genomewide scan of hoarding in sib pairs in which both sibs have Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet*, 70, 896-904.

