

G. Lahera¹
D. Saiz-González²
E. Martín-Ballesteros¹
M. M. Pérez-Rodríguez³
E. Baca-García²

Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora

¹ Hospital Príncipe de Asturias
Alcalá de Henares (Madrid)

² Fundación Jiménez Díaz
Madrid

³ Hospital Ramón y Cajal
Madrid

La acumulación se presenta en un *continuum* desde la normalidad hasta un extremo patológico. Es importante distinguir entre las distintas patologías que se presentan con conductas de acumulación.

El trastorno por acumulación es un subtipo de trastorno obsesivo-compulsivo caracterizado por la adquisición de objetos, la incapacidad para tirarlos y la acumulación. Los pacientes suelen desarrollar otros fenómenos obsesivos, sienten gran angustia si no acumulan, presentan un patrón cognitivo muy típico de características obsesivas y se relacionan interpersonalmente a través de los objetos.

El síndrome de Diógenes se define como un abandono extremo del autocuidado, acumulación de basuras, negativa a ser ayudados y aislamiento social en pacientes de edad avanzada. Suelen presentar algún trastorno psiquiátrico y/o somático. La depresión y la demencia constituyen factores de riesgo para el autoabandono.

El coleccionismo es un fenómeno normal, común en la población infantil, aunque también presente en adultos. Esta actividad suele estar organizada, guardando los objetos en lugares específicos y estructurados. Coleccionar tiene como fin organizar y jerarquizar una serie de objetos, no meramente acumularlos. Los objetos coleccionados a menudo son apreciados por otros coleccionistas, por lo que se convierten en moneda de cambio para constituir la colección.

Palabras clave:

Síndrome de Diógenes. Diagnóstico diferencial. Coleccionismo. Trastorno por acumulación. Trastorno obsesivo-compulsivo.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(6):403-407

Differential diagnosis of hoarding behaviors

Hoarding of objects comprises a continuum from normality to extreme disease. It is important to distin-

guish between the different disorders that include hoarding behaviors.

Compulsive hoarding is a form of obsessive-compulsive disorder (OCD) that is characterized by excessive acquisition of possessions, inability to discard possessions, and excessive clutter. Patients usually display other obsessive features, feel distress if they cannot hoard objects, show a typical cognitive pattern with obsessive features, and their interpersonal relations are mediated by objects.

Diogenes syndrome is the combination of severe self-neglect, domestic squalor, social withdrawal, hoarding, and refusal of help, in elderly patients. There is high comorbidity with psychiatric/somatic disorders. Depression and dementia are risk factors for self-neglect.

Collectionism is a normal phenomenon that is common in children but also found in adults. It is usually an organized activity, and the objects are kept in specific and structured places. The aim of collecting is to organize and hierarchize a series of objects, not just to hoard them. Collected objects are frequently appreciated by other collectors, and become exchanged to enlarge the collection.

Key words:

Diogenes syndrome. Differential diagnosis. Collectionism. Compulsive hoarding. Obsessive-compulsive disorder.

INTRODUCCIÓN

La conducta acumuladora compulsiva ha sido definida por Frost¹ como «la adquisición e incapacidad para tirar y desprenderse de objetos y pertenencias que aparentemente son inútiles o de valor muy limitado». La acumulación se presenta en un *continuum* desde la normalidad hasta un extremo patológico en el que el almacenamiento de objetos inútiles dificulta las actividades diarias o motiva problemas de salud pública; así pues, para considerar el fenómeno acumulativo como trastorno es preciso que, además de la propia acumulación excesiva de objetos inútiles, exista un número de espacios vitales desordenados

Correspondencia:

Dolores Saiz González
Servicio de Psiquiatría
Fundación Jiménez Díaz
Av. Reyes Católicos, 2
28040 Madrid
Correo electrónico: lolasaiz@yahoo.es

hasta el punto de dificultar la actividad normal y que todo ello cause una tensión significativa o deterioro del funcionamiento personal del paciente (p. ej., problemas de pareja, aislamiento social por la vergüenza de verse

expuesto, etc.). El grado de desorden y ocupación en los espacios habitables del hogar es el factor que más claramente distingue el deterioro sufrido por estos pacientes.

Tabla 1

Diferencias entre los cuadros clínicos

	Trastorno por acumulación	Síndrome de Diógenes
Edad de inicio	Adolescencia Desarrollo a los 20-30 años	Más frecuente en mayores de 65 años
Antecedentes familiares	En el 84-90 % de casos Agregación familiar con tics	Característico de la enfermedad mental primaria
Características clínicas	Adquiere posesiones de manera activa (comprándolas, recogéndolas por la calle, robándolas, buscando que se las regalen, etc.) y las va almacenando (generalmente de manera desordenada) en su casa, que progresivamente se llena Es incapaz de tirar o desalojar los objetos inútiles, que siempre tienen alguna potencial utilidad para el acumulador	Negligencia extrema del autocuidado: higiene, alimentación y salud en ancianos Rechazan cualquier tipo de ayuda externa, acumulan basuras y se aíslan totalmente del entorno Nula conciencia de enfermedad
Material acumulado	Ropa (81%), periódicos y revistas (50%), bolsas (43%), papeles y apuntes escolares (37%), cartas y folletos de publicidad (31%), muebles, electrodomésticos, factura, etc.	Residuos, material de desecho: basuras, residuos orgánicos, etc.
¿Por qué acumula?	El paciente alega tener razones para guardar los objetos, especialmente la potencial utilidad de todos ellos	Normalmente existe deterioro cognitivo, «no saben dar una razón». En algunos casos existen explicaciones psicóticas
Clasificación nosológica	Subtipo de trastorno obsesivo-compulsivo	Enfermedad mental y/o física: demencia, esquizofrenia, trastorno de la personalidad, depresión psicótica, etc.
Funcionamiento cognitivo	Conservado, aunque con patrón cognitivo característico	Frecuentemente existe deterioro cognitivo
Funcionamiento social	Salvo en casos muy graves, conservado	Característicamente muy alterado
Relación con los objetos	Sobreimplicación emocional. Los considera una prolongación de su identidad. Le proporcionan control y seguridad	Práctica, utilitaria
¿Hay un orden en la acumulación?	Sí, aunque personal e idiosincrático. Hay tal cantidad de categorizaciones que desde fuera aparentan un caos	Normalmente no existe ningún orden y el fin es difícilmente justificable
¿Qué opina de su conducta?	La defiende, aunque acepta las consecuencias negativas como un problema	Suele negarla o minimizarla y tiende a la racionalización
Prevalencia	Difícil de determinar 11-42 % de pacientes trastorno obsesivo-compulsivo	Pocos datos, no existen estadísticas fiables (series pequeñas de casos) Según algunos estudios 1,7/1.000 de los ingresos en mayores de 65 años
Repercusiones sociales de su conducta	Suele ser una conducta secreta, limitada al ámbito doméstico	Conducta denunciada por vecinos o familiares en la que normalmente es necesaria la intervención de servicios sociales
Tratamiento	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/antidepresivos tricíclicos + terapia cognitivo-conductual	Medidas sociales y tratamiento físico inicial de sostén. Tratamiento psiquiátrico variable según la existencia o no de psicopatología subyacente

Los objetos más frecuentemente almacenados según los estudios son periódicos, revistas, cartas, cuentas y facturas, cajas y otros recipientes, ropa antigua, bolígrafos, bolsas de plástico, medicamentos, objetos de aseo y cintas de vídeo². La acumulación de comida y materia orgánica está presente, aunque en una proporción inferior.

Esta acumulación de objetos viene dada por dos componentes: *a)* la adquisición de objetos, y *b)* la incapacidad para tirar estos objetos adquiridos que se van almacenando con el tiempo. El sistema de clasificación Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición³ (DSM-IV) incide especialmente en este segundo factor, incluyendo el trastorno en el contexto del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de la personalidad («incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, aunque no tengan valor sentimental»)³.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ACUMULADORA

En los estudios iniciales de esta conducta aparecen varias definiciones. En *The principles of psychology*⁴, William James, exponía la adquisición como instinto común en la población general. En *Character and anal erotism*, Freud⁵ sugería la correlación en rasgos como el orden rígido, la avaricia y la obstinación, constituyendo una personalidad precursora de la obsesiva, resultado de la fijación anal. Para Freud, como es sabido, la acumulación de dinero era el equivalente simbólico de la retención fecal. Fromm⁶ proponía la adquisición como forma de relación con el medio circundante, constituyendo en ocasiones el núcleo de un carácter no productivo, basado en la introversión, la suspicacia, la avaricia y la tendencia rígida al orden, la limpieza y la puntualidad. Otros autores como Salzman⁷ han relacionado esta conducta con el perfeccionismo y la búsqueda de control; Bender y Schilder describieron las conductas acumuladoras y el coleccionismo en la infancia como precursor de la personalidad obsesiva en la edad adulta, y Frakenburg⁸ describe, a partir de un caso de paciente en una paciente con anorexia nerviosa, un modelo basado en cuatro elementos: *a)* la acumulación como resultado de la alteración en el control de impulsos; *b)* la colección representaría un objeto transicional con el mundo; *c)* la acumulación reduciría la ansiedad del paciente, y *d)* podría ser resultado de la privación alimentaria. Rapoport⁹ retoma la hipótesis evolucionista de James⁴ proponiendo un modelo de «patrón fijo de acción», innato, para la acumulación.

TRASTORNO POR ACUMULACIÓN COMO SUBTIPO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El paciente comienza a adquirir posesiones de manera activa (comprándolas, recogiendo por la calle, robándolas, buscando que se las regalen, etc.) y las va almacenando (generalmente de manera desordenada) en su casa, que pro-

gresivamente se llena. Además de esta adquisición activa existe una incapacidad para tirar o desalojar los objetos inútiles, que siempre tienen alguna potencial utilidad para el acumulador. Inicialmente el paciente niega o minimiza la propia conducta acumuladora tratando de racionalizarla y en absoluto ofreciendo resistencia a ella.

Samuels¹⁰ encontró que el 30% de una muestra de 126 pacientes con TOC desarrollaba conducta acumuladora y otros estudios detectaron un 31% de pacientes TOC con obsesiones de acumulación y un 26% con compulsiones de acumulación.

El paciente, por tanto: *a)* suele desarrollar otros fenómenos obsesivos (obsesiones/compulsiones de limpieza, fobias de impulsión, etc.); *b)* siente una gran angustia si no lleva a cabo la acumulación. Igualmente sufre irritación y/o agresividad si alguien altera su almacenamiento de objetos, violando de alguna manera su control sobre el mundo; *c)* presentan un patrón cognitivo muy típico (v. más adelante) de características obsesivas: dificultad para discriminar la importancia de las cosas, deseo de seguridad intentando controlar el mayor número de situaciones imprevistas (p. ej., en las que necesite un objeto para salir adelante), y *d)* se relacionan interpersonalmente a través de los objetos (defendiéndose, por tanto, a través del aislamiento emocional obsesivo).

Sin embargo, cuatro características lo diferencian de otros subtipos de TOC¹¹: *a)* su escaso nivel de introspección; *b)* la ausencia de resistencia a la compulsión; *c)* la escasa motivación para el tratamiento, y *d)* la pobre respuesta al

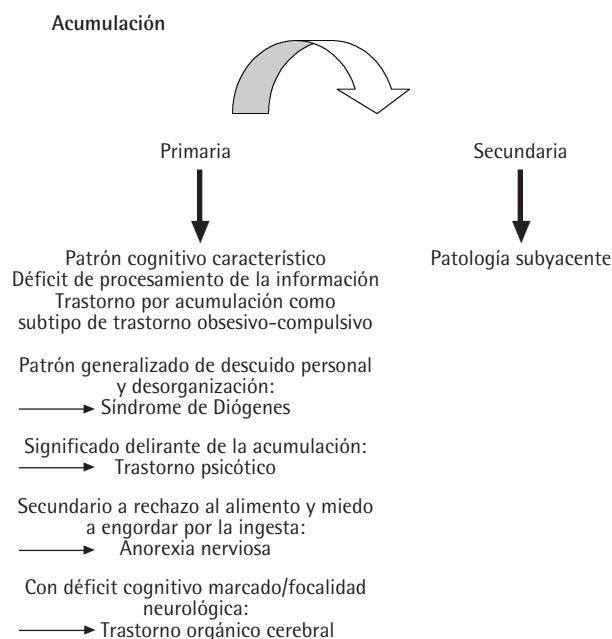


Figura 1

Algoritmo diagnóstico de la conducta acumuladora.

tratamiento habitual con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Generalmente es el deterioro de su vida personal y a veces laboral lo que motiva su consulta al psiquiatra, no la propia condición patológica de la conducta: el paciente alega tener razones para guardar los objetos, especialmente la potencial utilidad de todos ellos, siendo una conducta egosintónica en la mayor parte de casos, aun expresando sentimientos de vergüenza, culpa, incapacidad para invitar a amigos o familiares a su casa, dificultad para encontrar objetos concretos en el desorden producido o conflictos con los familiares más allegados.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, Frost¹² ha diseñado un modelo de acumulación compulsiva basado en cuatro elementos:

- *Déficit en el procesamiento de la información.* El paciente acumulador tiene dificultad para la toma de decisiones (no sólo a las que se refieren a qué guardar y qué tirar) y la acumulación se correlaciona con su preocupación por no cometer errores. Además existe un déficit de categorización y organización, de modo que definen los límites de las categorías de modo tan restrictivo que hay pocos ítems que encajen en ellas. A esto se añade el escaso nivel de discriminación entre objetos importantes y no importantes, leves déficit de memoria y de las propias creencias sobre la memoria, de manera que deben guardar cosas «por si las olvidan».
- *Problemas en la vinculación emocional.* Muchos acumuladores consideran sus pertenencias como una extensión de sí mismos. Esto proviene de una vinculación más emocional hacia las cosas, que funcionan como recordatorios significativos de sucesos importantes del pasado.
- *Conducta evitativa.* Los acumuladores guardan para evitar el malestar que les produce tomar la decisión de tirar, con el consiguiente y temido riesgo a equivocarse y que puedan necesitar el objeto algún día.
- *Creencias respecto a la naturaleza de las pertenencias.* En este apartado se incluye la idea sobre la necesidad de perfección y excesiva preocupación por los errores, sobre la necesidad de control de las pertenencias o sobre la mayor responsabilidad que tienen respecto a las necesidades futuras (por lo que guardan objetos «por si acaso»).

SÍNDROME DE DIÓGENES

Diógenes de Sinope fue un filósofo griego de los siglos IV–III a.C. Perteneció a la escuela de los cínicos, doctrina que despreciaba los bienes materiales y ajustaba la existencia a los mínimos vitales. Debido a esta ideología que predicaba se le representa a lo largo de la historia viviendo den-

tro de un tonel. El síndrome de Diógenes, que no coincide exactamente con el estilo de vida del filósofo, se define como un abandono extremo del autocuidado (higiene, alimentación, salud) en ancianos que niegan ayuda externa, acumulan basuras y se aíslan totalmente del entorno¹³. Se caracteriza también por la nula conciencia de enfermedad. Su frecuencia es difícil de estimar, aunque está alrededor del 1,7/1.000 de los ingresos en mayores de 65 años, de los cuales más de la mitad tienen algún trastorno mental: demencia, esquizofrenia, trastorno de la personalidad o depresión¹⁴. No existen estudios modernos referidos a la mortalidad del síndrome. Sus complicaciones son consecuencia de la desnutrición y deshidratación. Suelen requerir ingreso en un hospital general y suponen un problema social importante. Muchos de estos pacientes no tienen patología psiquiátrica. Algunos autores proponen la asociación de Diógenes con síntomas de demencia frontal¹⁵, pero pocas veces se objetivan lesiones estructurales. Sin embargo, cada vez son más los estudios que relacionan la depresión y la demencia con el abandono del autocuidado en los ancianos y llaman la atención acerca de su posible prevención desde atención primaria^{16,17}.

OTRAS CAUSAS DE ACUMULACIÓN

Trastornos orgánicos cerebrales¹⁸, especialmente demencia; autismo¹⁹; trastornos psicóticos²⁰; por ejemplo, paciente con delirio de perjuicio que acumula objetos y comida para defenderse del inminente asedio. Significado delirante de la acumulación; trastornos de alimentación⁸, predominantemente acumulación de comida que no es ingerida; patologías endocrinológicas como el síndrome de Prader-Willy²¹.

En algunos casos (en demencia, autismo, anorexia nerviosa, etc.) la acumulación se presenta como síntoma secundario al cuadro nuclear y en otros (en el trastorno por acumulación propiamente dicho) domina el cuadro y destaca en estos pacientes una base cognitiva muy específica: en el contexto obsesivo-compulsivo.

DIFERENCIAS ENTRE LA ACUMULACIÓN Y EL COLECCIONISMO

El coleccionismo es un fenómeno normal, común en la población infantil, aunque también presente en adultos. La mayoría de niños coleccionan sellos, muñecos, coches de juguete o tarjetas de aniversario, y esta actividad suele estar organizada, guardando los objetos en lugares específicos y estructurados. Coleccionar, por tanto, tiene como fin organizar y jerarquizar una serie de objetos, no meramente acumularlos. El coleccionista individualiza cada objeto según sus características, colocándolo en el lugar que le corresponde en el sistema correspondiente (el álbum, la caja, el mueble, etc.). Además, los objetos coleccionados a menudo son apreciados por otros coleccionistas de la misma materia, por lo que se convierten en moneda de cambio para constituir la colección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frost RO, Hartl TL, Christian R, Williams N. The value of possessions in compulsive hoarding: patterns of use and attachment. *Behav Res Ther* 1995;33:897-902.
2. Seedat S, Stein D. Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002;56:17-23.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.^a ed (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
4. James W. *The principles of psychology*, vol 2. New York: Dover Publications, 1918.
5. Freud S. Character and anal erotism. *Collected Papers*, vol II. London: Hogarth Press, 1908.
6. Fromm E. *Man for himself: an inquiry into the psychology of ethics*. New York: Rinehart, 1947.
7. Salzman C. Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1981;138:286-96.
8. Frankenburg FR. Hoarding in anorexia nervosa. *Br J Med Psychol* 1984;57:57-60.
9. Rapoport JL. The boy who couldn't stop washing: the experience and treatment of obsessive compulsive disorder. New York: EP Dutton, 1989.
10. Samuels J, Bienvenu J, Riddle MA, Cullen B. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Res Ther* 2002;40:517-28.
11. Lahera G, Martín-Ballesteros E, Sáiz-Ruiz J. Trastorno por acumulación como subtipo de trastorno obsesivo compulsivo. *Arch Psiquiatría* 2004;67:289-304.
12. Frost RO, Steketee GS. Acumulación: aspectos clínicos y estrategias terapéuticas. En: Jenike M, Baer L, Minichielo W. *Trastornos obsesivo-compulsivos*, edición española. Madrid: Harcourt, 2001.
13. Reyes-Ortiz CA. Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther* 2001;27:117-21.
14. De la Gándara JJ, Álvarez MT. Los ancianos solitarios: el llamado síndrome de Diógenes. *An Psiquiatría* 1992;8:21-6.
15. Beauchet O, Imber D, Cadet L, Blanc P, Ramboa P, Girtanner C, et al. Diogenes syndrome in the elderly: clinical form of frontal dysfunction? Report of 4 cases. *Rev Med Interne* 2002;23:122.
16. Abrams RC, Lachs M, McAvay G, Keohane DJ, Bruce ML. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *Am J Psychiatry* 2002;159:1724-30.
17. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:205-8.
18. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Ann* 1989;19:67-73.
19. McDougle CJ, Kresch LE, Goodman WK. A case controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:772-7.
20. Luchins DJ, Goldman MB, Lieb M, Hanrahan P. Repetitive behaviors in chronically institutionalized schizophrenic patients. *Schizophr Res* 1992;8:119-23.
21. Hellings JA, Warnock JK. Self injurious behavior and serotonin in Prader Willy syndrome. *Psychopharmacol Bull* 1994;30:245-50.