



# Trastorno de Acumulación: A propósito de un caso.

**Hoarding Disorder: A case report.**

Hernan J. Cabrejo-Mendoza <sup>1,a</sup> , Delia P. Albornoz-Muñoz <sup>2,3, a</sup> 

## RESUMEN

El trastorno de acumulación se caracteriza por una extrema dificultad para deshacerse o descartar artículos, independientemente de su valor real, originando con ello múltiples síntomas y problemas cotidianos de todo tipo. Aunque la severidad es más marcada en adultos mayores, el cuadro es de instalación progresiva a lo largo de varias décadas. Se presenta el caso de un paciente varón de 49 años, con inicio de la enfermedad desde los 15 años, guardando libros y cuadernos usados con la idea de que podrían ser útiles en el futuro; además de manifestaciones significativas de ansiedad. La acumulación de otros objetos como herramientas, ropa y utensilios de cocina se fue intensificando junto con el incremento de la ansiedad tras varias pérdidas familiares. El paciente buscó atención médica en diferentes centros sin encontrar alivio. Finalmente, el diagnóstico, el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico fueron replanteados con resultados favorables.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno de acumulación, acaparamiento, terapia cognitiva conductual, psicotrópicos.

## SUMMARY

Hoarding Disorder is characterized by an extreme difficulty to get rid of or discard objects, regardless of their real value and originating multiple symptoms and everyday life problems. The severity is major in old adults although the condition progresses throughout several decades of life. The case of a 49 years old man is presented: the illness started at age 15, keeping used books and notebooks with idea that they would be necessary in the future. This was associated with significant anxiety in some social situations; later, other objects such as tools, clothes and cookware beside were added with intensified anxiety relate to emotional and family losses. The patient sought medical attention in several centers without relief. Finally, his diagnosis, psychopharmacological and psychotherapeutic treatment were re-framed with favorable results.

**KEY WORDS:** Hoarding disorder, hoarding, cognitive behavioral therapy, psychotropic drugs.

<sup>1</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico Psiquiatra.

## INTRODUCCION

El trastorno de acumulación (TA) es un trastorno independiente y se encuentra catalogado en el grupo de los trastornos obsesivos compulsivos y otros trastornos relacionados. Ha sido incorporado al DSM-5 y a la CIE-11 (1-3), y se caracteriza por la extrema dificultad en descartar artículos o por la necesidad de guardarlos; independientemente del valor real que tengan. Dicha dificultad es tal que puede causar angustia, mal funcionamiento social-laboral del afectado y deterioro clínico. Además de ocasionar desorden en la vivienda de la persona que lo padece, mal uso de los espacios, disminución de la comodidad y seguridad de esta. El TA de mayor severidad está asociado a riesgos de incendios, avalancha de objetos, caídas, presencia de roedores o insectos, adquisición de enfermedades e incluso la muerte (4), por las condiciones sanitarias insalubres en las que llegan a vivir (5). En los adultos mayores la severidad se agrava, ya que se suman otros riesgos, como las condiciones de salud preexistentes en los ancianos, la mala gestión de medicamentos, la contaminación de alimentos y el aislamiento social (6).

Antes del DSM-5 el TA no había sido considerado en las clasificaciones diagnósticas, ni como trastorno no especificado, ni como categoría para estudios posteriores (7) y para las versiones anteriores al DSM-5 el TA podía ser considerado un síntoma del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva. Los estudios más recientes cuestionan estas posibilidades (7,8), y para algunos autores, a pesar de que el TA ha sido incorporado a las clasificaciones diagnósticas sigue siendo un trastorno mal entendido (9). Al no encontrar reportes de TA en nuestro medio y dada la importancia de la sospecha diagnóstica a favor de una detección temprana nos motivamos a hacer la presentación del siguiente caso y la revisión bibliográfica.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 49 años de edad, natural y procedente de Lima, con grado de instrucción técnico superior y el último de 6 hermanos; siendo él y el penúltimo hermano gemelos; sin antecedentes psiquiátricos personales y como antecedentes psiquiátricos familiares, dos de los hermanos tienen síntomas de ansiedad con malestar significativo.

Los primeros síntomas aparecen a los 15 años, cuando inicia la preocupación de guardar los libros y cuadernos usados de sus hermanos, de sus primos y de él mismo. Al inicio de manera ordenada (en estantes

o en cajas de cartón dentro de su propia habitación) pensando en que luego “iban a ser de utilidad”. A esa edad, también presentaba nerviosismo e intranquilidad en diferentes situaciones: como cuando su padre le reclamaba en forma insistente por las calificaciones escolares, o cuando le obligaban a ir a algún lugar donde él no se sentía a gusto (por ejemplo, la iglesia o reuniones sociales de sus padres) o cuando experimentaba ansiedad frente a la presión de sus amigos por acercarse a las chicas.

A los 16 años fallece una hermana muy querida por el paciente, tras una intervención médica. A partir de este hecho, el paciente indica que la ansiedad empeora notoriamente.

Entre los 20 y 25 años la acumulación progresa y ya no se limitaba a los cuadernos y papeles, empieza a incluir diferentes objetos (ropa, utensilios de cocina y herramientas). Además de recoger objetos, empieza a comprar cosas de segundo uso para tenerlas “por si acaso las vaya a necesitar”. Empezó a frecuentar un lugar conocido en Lima por la compra y venta de productos usados (“la cachina”) y entre sus compras incluía a una gran variedad de objetos como ollas, ventanas, puertas y herramientas. A esa edad, el paciente laboraba (en un negocio de venta de comida familiar), y podía costear los artículos que adquiría. Al mismo tiempo llegó a hurgar la basura de la vecina, justificando que ella desechaba las cosas en buen estado, pues comercializaba menaje que debía vender en óptimas condiciones y, por tanto, ella descartaba “cosas que aún tenían utilidad y/o solo presentaban un mínimo defecto”.

Compraba los objetos sólo porque “costaban una ganga” y al hacerlo le producía tranquilidad dándose cuenta de esos hechos. Hasta ese momento la ansiedad era entre leve y moderada, aun no buscaba tratamiento y en casa no ocasionaba molestias por el TA. Ya había tomado una habitación de la casa para guardar las cosas descritas pero los pasillos y ambientes comunes aún estaban libres.

Entre los 26 y 32 años comenzó a estudiar laboratorio clínico (había iniciado y abandonado los estudios de otras carreras). Tardó en culminar la carrera más de lo esperado, porque se retiraba durante algunos meses por ansiedad. A los 30 años aceptó a ir al psicólogo, a sugerencia de su hermano gemelo.

La acumulación fue empeorando y se agregaron los periódicos, que compraba o recolectaba de cualquier lugar, pensando que “ya no los iban a

usar”: tiendas, puestos de mercado, etc. Los guardaba esperando encontrar “el secreto del éxito”, lo cual para él era suficiente razón para guardar tantos periódicos completos o “recortes de biografías de gente exitosa que ahí se hacían mención”.

Terminó la carrera de Laboratorio Clínico a los 32 años, pero no ejerció. En su lugar, aceptó trabajos eventuales de diferentes oficios por 6 meses y poco a poco se fue involucrando en el negocio familiar de ventas de comidas, junto con su hermano gemelo. En el mismo año también falleció su padre, tras lo cual el TA se intensificó notoriamente. Recibió atención psiquiátrica en un primer lugar por 6 años con el diagnóstico de “depresión” y “ansiedad”, mejorando la ansiedad mas no la acumulación.

Cuando tuvo 40 años, buscó atención psiquiátrica en otro hospital, recibiendo tratamiento por 5 años, con el diagnóstico de “ansiedad” y “depresión”; mostró poca mejoría en sus síntomas y continuó con el mismo diagnóstico. A los 46 años solicitó su referencia a un centro especializado e inició tratamiento en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”), el cumplimiento inicialmente era irregular y requirió hasta 3 visitas a la emergencia por síntomas ansiosos. Continuó asistiendo a las citas irregularmente y recibió antidepresivos y ansiolíticos con poca mejoría. El paciente finalmente fue referido al Departamento de Terapia Cognitivo Conductual del INSM “HD-HN”.

A poco de iniciar el nuevo tratamiento. El segundo hermano y la cuñada frecuentaron la casa, debido al mal estado de salud de la madre del paciente, percatándose de la acumulación importante de cosas que mantenía y decidieron intervenir. En ese entonces ocupaba dos habitaciones de la casa de 20 m<sup>2</sup>, cada una de ellas con diversas cosas producto de la acumulación, desde herramientas, ropa usada, objetos de toda índole en cajas, la ropa en sacos y otras cosas sueltas esparcidas por la habitación. Ambos estuvieron en desacuerdo con las condiciones de limpieza y orden en que se vivía. Se desencadenó un conflicto familiar y finalmente el paciente aceptó ir a vivir al segundo piso, ocupando nuevamente dos habitaciones (con todas las cosas que acumulaba) En dicha mudanza, este hermano logró desechar algunas cosas de la acumulación, ya sea botándolas o vendiéndolas, por lo que el paciente se tornó irritable, llegando a discutir.

En estas circunstancias el paciente se percató por primera vez, de que la acumulación era

desproporcionada e improductiva. Se dio cuenta que había acumulado demasiadas cosas que realmente no iba a utilizar y decidió no seguir acumulando. Aún tiene el impulso de comprar y /o recoger cosas, pero se resiste para evitar mayores conflictos: “prefiero evitar llevar cosas que nuevamente discutir con mi hermano”. A partir de este momento la ansiedad la experimentó de manera diferente. Tenía ansiedad por tener tantas cosas en su casa, que le impedía vivir con orden y comodidad. En la actualidad, aún tiene dificultades para deshacerse de las cosas. Al iniciar el tratamiento tenía en su casa 18 costales de ropa sucia y usada y dos habitaciones llenas de cosas.

### **Antecedentes personales**

Nerviosismo ante situaciones específicas descritas en el relato.

### **Antecedentes académicos**

El paciente cambió 5 veces de carrera por considerarse “un mal estudiante” sin clara evidencia de que fuera así. Refiere que tenía una gran inseguridad de su propio desempeño lo cual lo motivaba a cambiar y cambiar de carrera estando en los primeros ciclos. Finalmente, decidió por la carrera técnica de laboratorio. Terminó los estudios, realizó prácticas profesionales, pero no logró a ejercer la carrera.

### **Antecedentes familiares**

Dos hermanos presentaban ansiedad con malestar significativo para ellos, sin diagnóstico ni tratamiento. El padre también presentó síntomas de un TA sin tratamiento. Lo describen como autoritario y castigador.

### **Examen clínico**

El examen físico no fue contributivo y en el Examen Mental estaba lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Se mostraba colaborador, con regular aliño, con ansiedad e inseguridad en responder los datos requeridos. Repetía las preguntas que le hacía el entrevistador al hermano gemelo, quien lo acompañaba. Le pedía que corroborase las fechas o le haga acordar ciertos eventos. Lenguaje coherente y fluido, no presentaba alteración del pensamiento ni de la percepción. Prestaba atención y parecía entender lo que se le preguntaba. Memoria y juicio conservado, con parcial conciencia de enfermedad.

Además de los criterios para TA, se encontraron criterios diagnósticos para trastorno de pánico (TP),

que se caracterizaban por sensación de falta de aire intensa, visión borrosa, sudoración, miedo intenso a que le pase algo, palpitaciones y sudoración profusa.

### Diagnóstico y manejo inicial

Se le modificó el tratamiento farmacológico a fluoxetina 40 mg/día, clonazepam 0,5 mg/día y se inició psicoterapia cognitivo conductual con buena respuesta en la sintomatología ansiosa. Además, se solicitó interconsulta al servicio de Neurología, donde se descartó patología correspondiente. Se consideró que, el paciente cumplía suficientemente los criterios diagnósticos para el TA y en cuanto a los síntomas de fobia social descritos se los consideró como parte de sus antecedentes.

### Evolución

Tres meses después del inicio del nuevo tratamiento, recibió atención ambulatoria regular, con tratamiento farmacológico y psicoeducación a él y a su familia. Recibió también terapia cognitivo conductual individual. El paciente refirió que la ansiedad disminuyó parcialmente. Empezó a experimentar tranquilidad en las situaciones cotidianas y ansiedad de menor intensidad por momentos. La intensidad de los síntomas vegetativos ante una situación para él tensa, disminuyeron a menos de la mitad, lo que le permitió controlar la situación y seguir adelante. Refirió que se encontraba en el proceso de ordenar y clasificar las cosas acumuladas. A fin de deshacerse paulatinamente de la acumulación, reconoció que le costaba mucho trabajo aún y no le parecía realista deshacerse de todo de una vez. Estaba más reflexivo con el hecho de acumular y reconoció la incomodidad que puede causar en casa y los problemas de orden y espacio. Acudió a sus citas de manera regular y veía a la conducta de deshacerse de las cosas como una forma más saludable de vivir para él y su familia.

Siete meses después, el paciente pensó en empezar a trabajar. La ansiedad es fluctuante llegando a 7/10 en los momentos más intensos. Realiza ejercicios respiratorios de relajación, lo cual le brinda alivio. Considera que tiene “su tiempo más ocupado”. Pensaba también en desocupar el segundo piso e indicaba que le faltaba arreglos, lo cual significaría invertir dinero. El dinero es escaso en la familia, sufrió un corte de cable e internet, lo cual le fastidiaba y preocupa porque no puede ver los programas educativos que le gustaban. Llegó a desechar algunos objetos de plástico, pero aún le quedaba un costal de ropa de metro y medio de altura, que debía revisar para saber a dónde destinarla.

Todavía pensaba que la puerta que tenía en el techo se podía reutilizar. Se ponía triste al pensar que deseaba ser padre a los 50 años y no tenía los hijos que le hubiese gustado tener. Tenía planes concretos para ejecutar (arreglar el segundo piso, hacer mejoras en el ambiente del segundo piso con posibilidad de alquilarlo, habilitar una fotocopiadora para hacer un negocio).

Continuó el tratamiento farmacológico instaurado con fluoxetina 60 mg/día, clonazepam 0,5 mg/día, terapia cognitivo conductual individual y se agregó la terapia grupal para el manejo de la ansiedad, a la cual asistía una vez por semana.

Un año después el paciente se encontraba eutímico, continuaba asistiendo a las consultas psiquiátricas, a terapia individual cognitivo conductual y nuevamente había retomado la terapia grupal para la ansiedad. Desechó los planes de trabajar momentáneamente porque consideraba que cumplía un rol de mayor utilidad cuidando a su madre enferma, lo cual es apoyado por los hermanos. Los productos de la acumulación se han ido reduciendo notoriamente y aunque aún había periódicos y ropas, indicaba que es porque tenía diversas ocupaciones en el día, tanto en gestión de actividades del hogar como en el cuidado de su madre y para desechar lo poco que le quedaba tenía poco tiempo. No se considera un acumulador en la actualidad y revisando los criterios diagnósticos, el paciente ya no los cumple.

### DISCUSION

El TA no es tan infrecuente, la prevalencia es del 2% al 5% en Estados Unidos de América (10,11) y según recientes publicaciones, se estima que afecta entre el 3% y 6% de la población mundial (12-14). Todavía no se tiene información suficiente para aseverar que el TA se distribuya con alguna predominancia de sexo (15). Algunos estudios muestran predominio en el sexo masculino (12, 13,16), otros en el femenino (10) y otros no encuentran diferencias (15,17).

Por lo general, los síntomas del TA se inician en la adolescencia, entre los 10 y 20 años (18) y entre los 20 y 30 años suelen cumplir los criterios para realizar un diagnóstico de TA. Sólo una cuarta parte cumplirá dichos criterios después de los 40 años de edad (19). La literatura señala que incluso en el TA en ancianos también empieza antes de los 40 años, y se incrementa la gravedad del TA con la edad (11). En el caso presentado el paciente ya cumplía los criterios diagnósticos para TA entre los 25 y 30 años y aunque

al inicio la acumulación parecía tener algún propósito, en la evolución se muestra que la acumulación no tuvo objeto alguno. Los criterios diagnósticos para TA según la CIE 11 y el DMS-5 se muestran en la

tabla 1. Al respecto, la literatura también indica que la naturaleza de los objetos y las razones para acumular son muy similares a las personas que no tienen el TA (20).

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos para TA según la CIE-11 y el DSM-5.

CIE 11 (6B24)	DSM 5 (F42: TOC Y T. RELACIONADOS)
Acaparamiento de posesiones que provoca que los espacios habitables se abarrotan hasta el punto de comprometer su uso o seguridad.	Dificultad persistente para descartar bienes, independientemente de su valor real.
Necesidad percibida de guardar artículos y la angustia asociada con desecharlos.	La dificultad de descartar posesiones resulta en su acumulación, congestionan y desordenan áreas y comprometen sustancialmente su uso previsto.
La acumulación puede ser pasiva o activa.	Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras importantes del funcionamiento.
Los síntomas resultan en una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.	No es atribuible a los síntomas de otro trastorno mental.
Con introspección regular a buena, deficiente o ausente y sin introspección.	Hay conciencia de enfermedad, poca conciencia de enfermedad y sin conciencia de enfermedad.

Existe controversia si existe la evidencia suficiente para considerar al TA como entidad independiente. Tampoco se sabe bien si esta independencia resultará beneficiosa. Hay datos como la prevalencia del TA, la cual se estima aproximadamente en dos veces la prevalencia del TOC, lo cual alejan la posibilidad del TA como un subtipo del TOC. En los estudios de Frost de comorbilidades del TA se encontró que los trastornos depresivos se relacionan en más del 50%, los trastornos ansiosos en un 25% y finalmente el trastorno de déficit de atención con hiperactividad en un 30%, mientras que la comorbilidad entre TOC y TA estaría reducida al 20% (21).

Se conoce poco sobre la etiología del TA. Existe evidencia respecto a la disfunción de la corteza cingulada anterior y otras áreas corticales prefrontales ventrales y mediales que median la toma de decisiones, atención y regulación emocional. Son pocos los estudios respecto a la correlación de estructuras anatómicas afectadas con síntomas de acumulación y los estudios de neuroimagen y neuropsicológicos indican que el acaparamiento compulsivo es neurobiológicamente diferente al TOC (22). El acaparamiento compulsivo muestra también un patrón de herencia familiar, entre

50 % a 85% de los acaparadores informa tener un pariente de primer grado con TA, mientras que solo del 26% al 54% informa tener un miembro familiar con TOC (22).

Se ha señalado la existencia de cuatro factores de importancia etiológica. Primero: el déficit de la función ejecutiva relacionado con la toma de decisiones, categorización y organización. Segundo: el apego emocional excesivo de las posesiones. Tercero: una tendencia a la evitación conductual y cuarto: creencias erróneas sobre la naturaleza de las posesiones (6). La literatura también menciona la asociación entre la TA y los eventos estresantes y traumáticos (23,24). En el paciente que describimos, están presentes los eventos traumáticos como los castigos físicos que recibía del padre, maltrato psicológico y las pérdidas familiares como de la hermana y el padre. Eventos que según se describió exacerbaron tanto la ansiedad como la acumulación.

En cuanto a los antecedentes familiares es importante mencionar la conducta acumuladora del propio padre y los mensajes que repetía de “no botar cosas para un probable uso posterior”, lo cual suele

reportarse en familias con TA (10,13). Por otro lado, la conducta autoritaria del padre puede estar asociada con que 3 de los 6 hijos hayan tenido problemas de ansiedad. Además, los altercados familiares que suelen presentarse en el TA (5,25) por disminución de comodidad, aseo y espacio no son ajenos a nuestro paciente.

El motivo de consulta, en el caso de nuestro paciente fue la ansiedad, razón por la cual, el paciente solicitó múltiples tratamientos en búsqueda de alivio. El TA no fue detectado en ninguno de los centros de atención previos y podríamos plantear más de una explicación al respecto. Tal vez debido a la baja sospecha diagnóstica de un TA o porque no parecía ser un problema para el paciente y su familia (18). La recomendación según la bibliografía revisada es realizar la entrevista al paciente evaluando los criterios diagnósticos, aun en el caso como el de nuestro paciente, donde el motivo de consulta no fue la acumulación sino la ansiedad. La sospecha del caso nos va a llevar a hacer la exploración necesaria, con preguntas directas y sencillas. Y respecto al diagnóstico diferencial es importante revisar entidades que no corresponden a un TA, por ejemplo, el síndrome de Diógenes descrito en contextos de pobreza y miseria doméstica donde es necesario descartar otros trastornos mentales como los trastornos psicóticos o demencia (26).

Se recomienda realizar una visita domiciliar para valorar adecuadamente el desorden y los riesgos, así como llevar un registro fotográfico, lo cual puede ayudar en el monitoreo posterior

La literatura menciona que la pobre conciencia de enfermedad puede acompañar a muchos pacientes con TA, por lo cual han sido reportadas intervenciones extremas y forzadas (tanto por autoridades o vecinos) debido a riesgos e insalubridad asociada a la acumulación, como poner a los pacientes en riesgos de lesiones por incendios, caídas o mala sanidad (4). El acaparamiento está asociado a malas condiciones físicas y deterioro laboral. En nuestro caso consideramos que la presencia del segundo hermano que viene a casa y hace los cambios descritos, como también el reconocimiento del caso en la consulta contribuyeron a que la evolución del cuadro se modifique y empiece a revertir. Afortunadamente la conciencia de enfermedad de nuestro paciente fue modificándose, al inicio estaba ausente y solía justificar su conducta con el razonamiento de que luego utilizaría los objetos acumulados.

En los pacientes con TA a menudo se identifica un hipersentimentalismo a las posesiones tales que “son vistas como una parte del yo y deshacerse de ellas sería cómo perder a un amigo cercano” y abarca emociones tanto positivas como negativas, desde la responsabilidad, el placer y el consuelo (27).

El TA puede también tener especificadores del diagnóstico como son la adquisición excesiva. Esto quiere decir, si además la persona compra, adquiere (o pide) objetos no necesarios o para los cuales no existe espacio suficiente en la vivienda, así como la escasa o pobre conciencia de enfermedad, los cuales se encontraban presentes desde que el paciente “adquiría” herramientas y ropas de segundo uso, entre los 25 y 48 años de edad y que ya no sucede en la actualidad. Es importante decir en caso del “estrés” reportado en el momento de la evaluación que el paciente refiere que no es tanto por la acumulación, sino por el desorden. Probablemente con el pasar de los años el paciente se sienta más cómodo con la acumulación, lo cual lamentablemente propiciaría la cronicidad. Esto coincide con recientes publicaciones, donde muestran que los estados de ánimo se asocian positivamente con la acumulación clínicamente significativa.

En cuanto a la comorbilidad de nuestro paciente, por la dificultad que experimentaba al relacionarse con sus pares y el sexo opuesto en algunos episodios de la época escolar y de estudios superiores, consideramos que se debe descartar fobia social versus una personalidad evitativa, que antecedieron al TA, pues le costaba mucho trabajo salir a exponer en el colegio e incluso durante su formación técnica, y el gran miedo a la crítica; así como también las crisis de pánico. Sin embargo, las dificultades de interacción cambiaron bastante rápido. En la primera consulta el paciente difícilmente pudo comunicarse con el entrevistador pues tenía que repetir las preguntas buscando la aprobación de su hermano a la hora de dar respuesta, parpadeaba y evitaba el contacto visual, pero en la segunda y tercera cita la comunicación fue notoriamente más fluida, pudo establecer contacto visual y respondía directamente al entrevistador. Su postura y tono de voz daban cuenta de mayor seguridad al hablar, ante lo cual creemos que además de las intervenciones descritas ayudó el interés y el tiempo que el paciente dedicaba a leer y ver videos de diferentes temas. En relación con lo que se le preguntaba en consulta, el paciente aprovechaba en narrar muy sucintamente sus conocimientos adquiridos y salía muy satisfecho de la consulta. Al respecto, en la literatura que evalúa la comorbilidad

y trayectoria del TA, se indica que está asociada con depresión mayor y con los trastornos de ansiedad (incluyendo fobia social y ansiedad generalizada). También son más propensos a la depresión, sobrepeso y desnutrición, que no presentó el paciente (28). El paciente ha tenido una sintomatología depresiva transitoria, tras el fallecimiento de familiares cercanos (hermana y padre) configurando trastornos reactivos o adaptativos a los mismos mas no a una depresión mayor. En las entrevistas posteriores a dichos eventos, el paciente menciona claramente que anímicamente lo que dominaba tras las pérdidas era la ansiedad e intranquilidad y que acumular cosas le servía también para aliviarlas (29).

Aunque hay una fuerte opinión de que los síntomas de acumulación debieran ser distintos del TOC, (lo cual justificaría un diagnóstico en el DSM-5) (25), debemos tener en cuenta que el TA puede acompañar a otras formas de enfermedad mental, incluyendo al TOC, pero no confinado a éste, cuya sintomatología puede enmascarar el problema de acumulación o restarle importancia. En caso de TA con TOC puede haber síntomas que se traslapan. Hasta el DSM-IV se consideraba que la acumulación era un síntoma del TOC. A diferencia del TOC, los pensamientos del TA no son recurrentes, ni intrusivos. Algunos autores consideran que puede haber excepciones y sería válido diagnosticar la comorbilidad TA y TOC cuando los síntomas del TOC sean típicos y a su vez el TA sea severo (15). En el caso de nuestro paciente no había síntomas compatibles con el TOC.

Respecto al funcionamiento de nuestro paciente, como se describió en el relato y antecedentes, el paciente cambió muchas veces de carrera y a pesar de que, terminó su carrera no la ejerció. Las razones que daba el paciente para tales hechos fueron: La ansiedad, el aumento de sueño por el tratamiento y la preocupación de no poder cuidar a su madre enferma. Durante el tratamiento el paciente ha mostrado mayor interés por trabajar y generarse ingresos, esto favorecido por el compromiso y apoyo de sus hermanos en el proceso de tratamiento. Y finalmente respecto a la progresión de la enfermedad, consideramos que la ansiedad mejoró grandemente, la conciencia sobre el TA también mejoró, cesó la conducta acumuladora y empezó el camino de deshacerse de los objetos acumulados en forma paulatina.

En el relato, la intensificación de los síntomas guardaba relación con pérdidas familiares o frustraciones de bastante importancia para él. Un

aspecto menor pero igualmente a considerar es el hecho de que una vecina desechaba productos con pequeñas fallas pero que hasta cierto punto podría considerarse razonable guardarlos, pero este hecho consideramos que abrió las puertas para que el paciente busque otros lugares para abastecerse de más productos.

En cuanto al tratamiento, no existen estudios a gran escala que puedan indicar los tratamientos a seguir. La psicoterapia cognitivo conductual (TCC) hasta el momento es la intervención que cuenta con mayor evidencia (30,31). La TCC incluye psicoeducación, establecimiento de metas terapéuticas, técnicas motivacionales, entrenamiento en organización y toma de decisiones. Realización de prácticas para clasificar y descartar objetos, prácticas para evitar adquirirlos y la intervención sobre las creencias disfuncionales para poseer objetos. Existen estudios que muestran que, como promedio aproximado, las  $\frac{3}{4}$  partes de los pacientes tratados, mostraron mejoras significativas y mantuvieron los logros hasta un año. Se han evaluado otras intervenciones como la terapia grupal y la terapia de apoyo por pares, pero aún se necesitan mayores estudios para ser recomendados. Cuando el diagnóstico y la intervención se hace en adultos mayores, los resultados son notoriamente inferiores; por lo cual insistimos en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (26).

Los estudios de psicofármacos en TA son aún escasos. Se encontró al menos un estudio que reporta mejoría con el uso de IRSS (32) y otro en que reporta una respuesta levemente superior al tratamiento combinado de fármacos con TCC en relación a farmacoterapia sola (33), por lo que creemos que es importante recurrir a ellos para el alivio de la sintomatología más perturbadora y evaluar la evolución del tratamiento a lo largo del tiempo, no sólo en la reducción de la sintomatología sino también en la parte de la acumulación como tal (deshacerse de lo acumulado).

Finalmente, como se ha descrito en este caso, el paciente permaneció 34 años de su vida acumulando y con ansiedad que progresivamente fue empeorando. De estos, 16 años recibió diferentes tratamientos en busca de alivio a su ansiedad. Tuvo tres tratamientos previos en dos centros antes del tratamiento actual y en ninguno se consiguió diagnosticar el TA; por lo cual, insistimos en la importancia de la sospecha diagnóstica y la confirmación del diagnóstico a través de una entrevista sencilla. Por lo descrito y por la literatura revisada, pensamos que hay indicios para pensar que

el diagnóstico de TA será más factible de hallarse en un paciente con las siguientes características: a) pacientes que acudan a consulta por síntomas ansiosos o depresivos de larga data; b) pacientes que reciban tratamientos múltiples para síntomas ansiosos o depresivos con mala respuesta; c) que tengan entre 20 y 30 años de edad; y d) que tengan un funcionamiento por debajo de capacidad académica o laboral.

Si encontramos tempranamente algún indicio o característica en nuestros pacientes, aumentaremos las posibilidades de hacer un diagnóstico temprano y con ello una intervención oportuna logrando más tratamientos exitosos.

**Agradecimientos:** al Dr. Lizardo Cruzado por la revisión del artículo y al Dr. Manuel Henríquez por su contribución en la evaluación neurológica del caso.

*Conflicto de Interés:* Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

*Financiamiento:* La presente investigación ha sido autofinanciada. No ha recibido ayuda específica del sector público, comercial o entidades sin fines de lucro.

#### **Correspondencia:**

Delia P. Albornoz-Muñoz

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideoy Noguchi”

Av. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao. San Martín de Porres. Lima-Perú

Teléfono: 51-01-6149200

Correo electrónico: [palbornoz@insm.gob.pe](mailto:palbornoz@insm.gob.pe) / [pattyalbornozm@yahoo.com](mailto:pattyalbornozm@yahoo.com)

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Frías A, Palma C, Barón F, Bernáldez I, Aluco E. Estatus nosológico de la acumulación compulsiva: ¿subtipo de trastorno obsesivo-compulsivo o entidad clínica independiente? *Actas Esp Psiquiatr.* 2014;42(3): 116-24.
2. American psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington DC: American psychiatric Association; 2013.
3. World Health Organization International. Classification of Diseases (ICD11). Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Cappelletti S, Cipolloni L, Piacentino D, Aromatario M. A lethal case of hoarding due to the combination of traumatic and confined space asphyxia. *Forensic Sci Med Pathol.* 2018;15(1):114-118.
5. Mataix D. Clinical practice. Hoarding disorder. *N Engl J Med.* 2014;370(21):2023-30.
6. Ayers CR, Najmi S, Mayes TL, Dozier ME. Hoarding disorder in older adulthood. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015;23(4):416-422.
7. Castello T. El espectro obsesivo compulsivo en el DSM-5. *C Med Psicossom.* 2014;112:22-27.
8. Fontenelle L, Grant J. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2014; 36 (suppl 1):28-39.
9. Hall BJ, Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An exploration on comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depress Anxiety.* 2013;30(1):67-76.
10. Ivanov VZ, Mataix-Cols D, Serlachius E, Lichtenstein P, Anckarsater H, Chang Z, et al. Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in adolescence: A population based twin study in 15-year olds. *PLOS ONE.* 2013;8(7): e69140.
11. Roane DM, Landers A, Sherratt J, Wilson GS. Hoarding in the elderly: a critical review of the recent literature. *Int Psychogeriatr.* 2017;29(7):1077-1084.
12. Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados MA, Cullen B, Riddle MA, Liang KY, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behav Res Ther.* 2008;46(7):836-44.
13. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, Guipponi M, Cherkas L, Collier DA, Mataix-Cols D. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *Am J Psychiatry.* 2009;166(10):1156-61.
14. Mathes B, Kennedy G, Cogle J, Schmidt N. An examination of the relationship between hoarding symptoms and hostility. *J. Psychiatr. Res.* 2019;111: 121-127.
15. Cath DC, Nizar K, Boomsma D, Mathews CA. Age-specific prevalence of hoarding and obsessive compulsive disorder: a population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2017;25(3):245-255.
16. Mathews CA, Delucchi K, Cath DC, Willemsen G, Boomsma DI. Partitioning the etiology of hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Psychol Med.* 2014; 44(13):2867-76.
17. Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Glaesmer H, de Zwaan M. The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. *Behav Res Ther.* 2009;47(8):705-9.
18. Kajitani K, Tsuchimoto R, Nagano J, Nakao T. Relevance of hoarding behavior and the traits of developmental disorders among university students: a self-reported assessment study. *Biopsychosoc Med.* 2019;13:13.
19. Dozier ME, Porter B, Ayers CR. Age of onset and progression of hoarding symptoms in older adults with hoarding disorder. *Aging & Mental Health.* 2016; 20(7):736-742.

20. Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, Samuels J, Steketee G, Tolin D, et al. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(4):371-86.
21. Frost RO, Steketee G, Tolin D. Comorbidity in Hoarding disorder. *Depression Anxiety* 2011;28:876-84.
22. Saxena S. Neurobiology and treatment of compulsive hoarding. *CNS spectrum* 2008, 13:9 (suppl14) 26-36.
23. Porat-Katz B, Johnson TW, Katz I, Rachman-Elbaum S. Hoarding among Jewish Holocaust Survivors: Moving Toward a Theoretical Model. *Isr Med Assoc J.* 2018;20(11):670-673.
24. Tolin D, Meunier S, Frost R, Steketee G. Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depress Anxiety.* 2010;27(9):829-38.
25. Mathews C. Hoarding disorder: More than just a problem of too much stuff. *J Clin Psychiatry;* 2014;75(8):893-4.
26. Irvine JD, Nwachukwu K. Recognizing Diogenes Syndrome: a case report. *BMC Res Notes.* 2014;7:276.
27. Grisham J, Frost R, Steketee G, Kim H, Tarkoff A, Hood S. Formation of attachment to possessions in compulsive hoarding. *J. Anxiety Disord.* 2009;23:357-361.
28. Burki T. Hoarding disorder: a medical condition. *Lancet.* 2018;392(10148):626.
29. Marks NF, Jun H, Song J. Death of parents and adult psychological and physical well-being: a prospective u.s. national study. *J Fam Issues.* 2007;28(12):1611-1638.
30. Williams M, Viscusi J. Hoarding disorder and a systematic review of treatment with cognitive behavioral therapy. *Cogn Behav Ther.* 2016;45(2):93-110.
31. Frost R, Hartl T. A Cognitive-Behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther.* 1996;34(4):341-50.
32. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Baxter LR Jr. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res.* 2007;41(6):481-7.
33. Saxena S. Pharmacotherapy of compulsive hoarding. *J clinical of psychology.* 2011;67(5): 477-84.

Recibido: 16/12/2023 Aceptado: 26/03/2023
--