

Evaluación y tratamiento ambulatorio de la acumulación compulsiva en un paciente con patología del espectro psicótico.

Evaluation and outpatient treatment of compulsive hoarding in a patient with psychotic spectrum disorder.

Álvaro Frías Ibáñez ^a, Carolina Palma ^b, Mireia Borrás ^c, Judit Bonet ^d, Carolina Becerra ^e, Elena Aluco ^f.

^{a, b, c, d, e y f} Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró, Barcelona, España. ^{a y b} FPCEE Blanquerna. Universitat Ramón-LLull, Barcelona, España.

Correspondencia: Álvaro Frías Ibáñez (afrias@cslm.cat)

Recibido: 15/10/2013; aceptado con modificaciones: 27/01/2014

RESUMEN: INTRODUCCIÓN. Los pacientes con acumulación compulsiva primaria tienden a presentar escasa adherencia y respuesta al tratamiento conductual ambulatorio, desconociéndose el papel que la patología comórbida del espectro psicótico pudiera ejercer en su abordaje terapéutico. Así mismo, la valoración de su gravedad y evolución clínica suele hallarse limitada a autoinformes.

CASO CLÍNICO. Se expone el caso de un varón de mediana edad, con antecedentes de acumulación compulsiva de 30 años de evolución, que desarrolló posteriormente un trastorno esquizoafectivo. Tras la implementación de psicoterapia conductual monitorizada en el domicilio por la pareja, se objetivó una remisión parcial de la acumulación compulsiva al cabo de 12 meses de tratamiento ambulatorio.

CONCLUSIONES. El uso de fotografías constituye una herramienta evaluativa que permite determinar con mayor precisión el diagnóstico clínico y la evolución de los sujetos con acumulación compulsiva. La presencia de sintomatología negativa comórbida debe estimular la supervisión de las pautas psicoterapéuticas en el propio domicilio del paciente.

PALABRAS CLAVE: acumulación compulsiva, psicosis, evaluación, tratamiento.

ABSTRACT: Patients with primary compulsive hoarding normally have a poor adherence and response to outpatient behavioral treatment, not knowing the role that comorbid psychotic spectrum psychopathology could exercise in its therapeutic approach. Likewise, the assessment of its severity and clinical course is usually limited to self-reports.

CASE REPORT. We describe the case of a middle-aged male with a 30 years evolution of compulsive hoarding, which subsequently developed schizoaffective disorder. After implementing behavioral therapy monitored at home by the couple, a partial remission of compulsive hoarding was obtained during 12 months of outpatient treatment.

DISCUSSION. The use of photographs is an assessment tool for determining more accurately the clinical diagnosis and the evolution of patients with compulsive hoarding. The presence of comorbid negative symptoms should stimulate psychotherapeutic supervision in patient's home.

KEY WORDS: obsessive hoarding, psychosis, evaluation, treatment.

Introducción

La acumulación compulsiva primaria constituye una psicopatología que reviste notable gravedad tanto desde el punto de vista psicopatológico como funcional (1). Tras una intensa década de investigación nosológica acerca de este constructo, se dispone finalmente de unos criterios operativos recogidos en la DSM-V 2013 (2) con las siguientes características: **A)** Dificultad persistente para deshacerse o separarse de las pertenencias personales, incluso aquéllas de valor aparentemente inútil o limitado, debido a la angustia y/o indecisión asociada a la intensa necesidad de guardarlas. **B)** El resultado de los síntomas es la acumulación de una gran cantidad de posesiones que llegan a llenar y saturar la casa, el lugar de trabajo u otros entornos personales (p.e. oficinas, vehículos, patios), llegando a dificultar el uso normal del espacio. Si están despejadas estas áreas vitales, es sólo debido a los esfuerzos de los demás (p.e. miembros de la familia, autoridades). **C)** Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes áreas de funcionamiento (incluido el mantenimiento de un ambiente seguro para uno mismo y los otros). **D)** Los síntomas de acumulación no se deben a una enfermedad médica (p.e. daño cerebral, enfermedad cerebrovascular). **E)** Los síntomas de acumulación no se limitan a los síntomas de otro trastorno mental (p.e. acumulación de obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, la falta de motivación en el trastorno depresivo mayor, los delirios en la esquizofrenia u otro trastorno psicótico, etc.).

Aunque no se indiquen como tal en los criterios diagnósticos referidos, dos de las características más idiosincrásicas de estos pacientes son la falta de *insight* y/o la presencia de rasgos esquizotípicos de la personalidad (3-4), cualidades que comportan con frecuencia que no busquen tratamiento, que éste no resulte eficaz o bien que minimicen la severidad de su psicopatología (5). En dicho contexto, el clínico que aborda a nivel ambulatorio a un sujeto con acumulación compulsiva primaria se enfrenta a un doble reto. Por un lado, determinar con la mayor verosimilitud la gravedad de esta sintomatología y, por otro, ofrecer un encuadre psicoterapéutico que incremente la probabilidad de que la intervención resulte eficaz.

Motivo de Consulta

Paciente varón de 50 años que acude al centro de salud mental de área por iniciativa de su pareja para valoración psicopatológica por irritabilidad y conflictividad en domicilio familiar durante los meses previos.

NOTAS CLÍNICAS

Historia del Problema

Según señala su pareja, el paciente inició 8 meses antes alteraciones de conducta en el hogar y vecindario, manifestando irritabilidad, soliloquios y suspicacia antes terceros (p.e. “mi mujer me quiere quitar los hijos”, “los vecinos la están ayudando”). A los 2 meses de debutar esta psicopatología, deciden asistir a terapia de pareja en centro privado, en cuyo seguimiento se observa adicionalmente pérdida de la distancia interpersonal, aumento de la actividad dirigida a objetivos/metras (incluyendo incremento de la acumulación compulsiva premórbida), ideación megalomaniaca (p.e. tener su propia empresa de mantenimiento), disminución de las horas de sueño (2-3 horas), verborrea y falta de conciencia de enfermedad. Según señala su mujer, la psicopatología descrita remitió de manera progresiva y espontánea a los 7 meses de debutar el cuadro clínico.

Antecedentes Personales

Nacimiento a término y sin incidencias. Desarrollo puerperal normal. Personalidad premórbida extravertida y afable, sin identificarse a través de terceros informantes posible presencia de rasgos de la personalidad esquizotípicos u obsesivo-compulsivos. Escolarización primaria finalizada, con trabajo estable en una empresa de mantenimiento posteriormente. Casado desde la adultez temprana, con dos hijos fruto de esta relación. Socialización preservada. No problemas somáticos relevantes. No antecedentes por consumo de tóxicos. Desde la adolescencia tardía, el paciente también presenta acumulación compulsiva de objetos que compra, recoge de la calle o hurta en el trabajo (p.e. herramientas, publicidad, material de papelería, utensilios de limpieza), distribuyéndolos en varias estancias de la casa, principalmente el trastero (figura 1). No refiere otros antecedentes psicopatológicos de la esfera obsesivo-compulsiva, ni episodios previos de naturaleza afectiva.

Antecedentes Psiquiátricos familiares

Familiar de primer grado con posible acumulación compulsiva sin seguimiento terapéutico.

Figura 1.

Acumulación compulsiva antes de iniciar el tratamiento conductual (junio 2012, Álvaro Frías)



Exploración Clínica

Durante la primera entrevista se hallaba consciente. Orientado en tiempo, lugar y persona. Higiene preservada. Contacto parcialmente sintónico. Hipoprosexia. Discurso espontáneo y bien estructurado morfosintácticamente, con moderada presión del habla. No se objetivan alteraciones en el contenido del pensamiento. Niega sintomatología en la esfera sensorio-perceptiva. Humor apático, hiporreactivo, con tendencia al aislamiento e hipobulia. No alteraciones en el sueño ni la alimentación. Acumulación compulsiva primaria de naturaleza egosintónica, minimizada en cuanto a su severidad y disfuncionalidad (la mujer comenta que ésta ocupa gran parte de la planta inferior de la casa, dedicándole una parte sustancial del tiempo que antes destinaba a los hijos y amistades). No realizaba crítica del episodio psicótico señalado.

Diagnóstico Diferencial

Se plantea la sintomatología referida como:

Trastorno esquizoafectivo, subtipo bipolar.

F25.0

Trastorno obsesivo-compulsivo, con poca conciencia de enfermedad.

F42.8

NOTAS CLÍNICAS

Se descarta la acumulación simple o no patológica, dada la repercusión funcional relevante y crónica a nivel laboral (robo de objetos), familiar (conflictos con pareja y menor dedicación a los hijos) y social (aislamiento progresivo). Así mismo, se descarta diagnóstico de esquizofrenia dada la presencia de sintomatología maniforme franca constatada por informantes cercanos al paciente. Se considera el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo por el solapamiento de clínica psicótica y afectiva de más de 6 meses de evolución, sin que ésta sea secundaria a ninguna condición médica o consumo de sustancias.

Tratamiento y Evolución

Durante los 12 primeros meses de seguimiento en nuestra unidad, el paciente no presentó recaída de la sintomatología maniforme ni positiva referida. Destacaba notable pérdida de funcionalidad psicosocial derivada de hipobulia, apatía e hipoprosexia, comportando aislamiento social, distanciamiento conyugal y pérdida del empleo. Se realizó exploración neurológica complementaria (TAC, RMN, EEG, analítica general), sin hallazgos de interés.

En cuanto a las intervenciones implementadas, ha mantenido adherencia a tratamiento psicofarmacológico con risperidona 1mg/día y carbonato de litio 400mg/día durante los primeros 13 meses de seguimiento psicofarmacológico. El tratamiento psicológico durante los primeros 12 meses de psicoterapia ha consistido en sesiones de periodicidad mensual (45 min./sesión), tanto en formato individual como de pareja. El objetivo principal ha sido la reducción de la acumulación compulsiva. Las intervenciones efectuadas han sido las propias de la terapia cognitivo-conductual, principalmente exposición con prevención de respuesta tanto para las posesiones de las que debía desprenderse como para las que tenía que evitar recoger. Previo a ello, el paciente efectuó un listado de los objetos acumulados, categorizándolos por orden de importancia y/o valencia emocional (ropa, peluches, papeles, utensilios, etc.). La retirada de enseres respetó esa jerarquía de exposición con el fin de exponerle a niveles de ansiedad tolerables a cada momento del proceso de intervención. A la par, se trabajó adicionalmente los sentimientos de pérdida (duelo) cuando retiraba un objeto de casa que poseía una connotación emocional con alto valor simbiótico (p.e. ropa de su infancia y adolescencia). Adicionalmente, se realizó psicoeducación con la pareja con el fin de poder monitorizar el cumplimiento de las tareas para casa. A través de este tratamiento, se consiguió una reducción parcial de dicha psicopatología durante los primeros 12 meses (figura 2). Por una parte, se desprendió de una proporción significativa de utensilios y papeles, ocupando el resto de los mismos un menor número de metros cuadrados y con un

mayor orden y distribución. La retirada de objetos más relevantes (p.e. ropa) está siendo más lenta y selectiva.

Figura 2.

Acumulación compulsiva tras 12 meses de tratamiento conductual (junio 2013, Álvaro Frías)



Conclusiones

La acumulación compulsiva primaria constituye una psicopatología tradicionalmente asociada al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), entidad clínica donde se ha categorizado como una dimensión o subtipo del mismo (6). A lo largo de la última década, se han emprendido numerosos estudios que han cuestionado este planteamiento, propugnándose su estatus como una entidad clínica independiente que adicionalmente presentaría elevada comorbilidad con otras patologías mentales, principalmente el TOC (7-,8). De hecho, una de las cualidades que distingue la conducta acumuladora primaria de las obsesiones/compulsiones propias del TOC es su carácter egosintónico, acercándose más a la idea sobrevalorada que a la idea intrusiva per se (9). A partir de este mayor grado de egosintonía puede explicarse la menor adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad entre este grupo de pacientes. En conjunto, estas cualidades fenomenológicas alejan claramente al TOC de la acumulación compulsiva (10). En el ámbito de la comorbilidad, se ca-

rece además de estudios que hayan evaluado la co-ocurrencia de trastornos psicóticos (esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo) en esta población, a pesar de haberse constatado una alta prevalencia de rasgos esquizotípicos de la personalidad en sujetos con acumulación compulsiva (3). A nivel etiopatogénico, la asociación específica entre acumulación compulsiva y trastornos psicóticos dista de ser un fenómeno estudiado empíricamente, si bien numerosas investigaciones han postulado diversos mecanismos explicativos de naturaleza neurobiológica en relación a la comorbilidad entre psicosis y TOC en general (11).

En el ámbito evaluativo, el clínico que atiende a un paciente con acumulación compulsiva primaria en un marco ambulatorio se enfrenta al reto de valorar a un sujeto que no suele acudir por iniciativa propia a tratamiento, siendo derivados con frecuencia bajo presión familiar o por los servicios sociales de área (5). La información recogida del propio implicado tiende a minimizar la gravedad de la acumulación compulsiva, pudiendo ésta justificarse en márgenes clínicamente no significativos (3). Este hecho obliga a disponer de una metodología complementaria a la entrevista clínica estándar, la cual posibilite objetivar con mayor precisión el alcance y severidad de esta psicopatología tanto a nivel transversal como longitudinal. En relación a ello, se ha postulado el uso de fotografías como herramienta adicional (12), resaltando el presente caso la utilidad de este procedimiento tanto en la evaluación previa al tratamiento como en la determinación de la potencial mejoría durante o tras el mismo. Así mismo, el uso de fotografías puede ser un reforzador positivo para el paciente, pudiendo evidenciar los cambios cualitativos que resultan más difíciles de calibrar en el día a día. La constatación de estas diferencias también puede incrementar la conciencia de enfermedad acerca del trastorno, muchas veces normalizado por el paciente antes de acceder a realizar tratamiento psicológico.

En el plano interventivo, los sujetos con acumulación compulsiva primaria suelen presentar una baja adherencia y respuesta al tratamiento conductual ambulatorio, hecho que se ve acrecentado ante la dificultad para monitorizar su grado de participación a lo largo del proceso terapéutico, incluyendo el cumplimiento de las tareas prescritas para casa (13-14). Pese a que diversos ensayos abiertos señalan la idoneidad de incorporar sesiones de terapia de conducta en el domicilio del paciente (15-16), la dificultad para extrapolar este encuadre a la práctica clínica del Sistema Nacional de Salud obliga a adoptar medidas alternativas para optimizar la eficacia de la intervención psicológica. En dicho contexto, se dispone de algunos estudios piloto que plantean el uso de soportes telemáticos (17) o bien visitas domiciliarias realizadas por un asistente social (18). En cuanto al papel del núcleo familiar, se carece de investigaciones que hayan evaluado intervenciones de naturaleza sistémica, en gran medida porque estos pacientes suelen estar solteros y/o vivir solos (19). Independientemente del procedimiento, el caso descrito apoya la necesidad de implementar con estos sujetos un tratamiento ambulatorio con una

supervisión periódica, sobre todo si presentan sintomatología negativa y/o depresiva comórbida que interfiera en su capacidad de volición.

En conclusión, los sujetos con acumulación compulsiva primaria constituyen un subgrupo de pacientes que presentan unas características idiosincrásicas a la hora de ser evaluados y tratados a nivel ambulatorio. Por un lado, se precisa una metodología más objetiva para calibrar su gravedad y evolución, siendo el empleo de fotografías una herramienta promisoría. Por otro lado, requiere un encuadre terapéutico con monitorización inter-sesiones de las pautas psicoterapéuticas prescritas para casa, siendo necesario el empleo de figuras terapéuticas auxiliares. Por último, son preceptivas investigaciones empíricas para poder determinar el influjo de los trastornos del espectro psicótico en su curso y abordaje terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Saxena S, Ayers CR, Maidment KM, Vapnik T, Wetherell JL, Bystritsky A. Quality of life and functional impairment in compulsive hoarding. *J Psychiatr Res* 2011; 45: 475-80.
- (2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author, 2013.
- (3) Frost RO, Steketee G, Williams LF, Warren R. Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behav Res Ther* 2000; 38: 1071-81.
- (4) De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 350-8.
- (5) Pertusa P, Fullana MA, Singh S, Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D. Hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1289-98.
- (6) Abramowitz JS, Wheaton MG, Storch EA. The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2008; 46: 1026-33.
- (7) Hall BJ, Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depress Anxiety* 2013; 30: 67-76.
- (8) 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*. En prensa.
- (9) 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: 371-386.
- (10) Pertusa A, Frost RO, Mataix-Cols D. When hoarding is a symptom of OCD: A case series and implications for DSM-V. *Behav Res Ther*. 2010; 48: 1012-1020.
- (11) Frías A, Palma C. Comorbilidad entre trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia: prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Actas Esp Psiquiatr*. En prensa.

NOTAS CLÍNICAS

(12) De la Cruz LF, Nordsletten AE, Billotti D, Mataix-Cols D. Photograph-aided assessment of clutter in hoarding disorder: is a picture worth a thousand words? *Depress Anxiety* 2013; 30: 61-6.

(13) Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 440-6.

(14) Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Cons Clin Psychol* 2003; 71: 1049-57.

(15) Muroff J, Steketee G, Rasmussen J, Gibson A, Bratitotis C, Sorrentino C. Group cognitive and behavioral treatment for compulsive hoarding: a preliminary trial. *Depress Anxiety* 2009; 26: 634-40.

(16) Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1461-70.

(17) Muroff J, Steketee G, Himle J, Frost R. Delivery of internet treatment for compulsive hoarding (D.I.T.C.H.). *Behav Res Ther* 2010; 48: 79-85.

(18) Muroff J, Steketee G, Bratitotis C, Ross A. Group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for hoarding: a pilot trial. *Depress Anxiety* 2012; 29: 597-604.

(19) Torres AR, Fontenelle LF, Ferrão YA, do Rosário MC, Torresan RC, Miguel EC, et al. Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: a multicenter study. *J Psychiatr Res.* 2012; 46: 724-32.