

## 2. F54 Factores psicológicos... [316]

### Trastorno obsesivo-compulsivo: trastorno de acumulación relacionado: F42.3

*¡Tantas cosas por cambiar!  
S. noviembre de 2016*

S. tenía por costumbre acumular cosas en su casa, como bolsas de plástico, cartón, botellas de vidrio, recipientes de material ligero, ropas, calzados y las envolturas de los regalos de Navidad, año tras año. Su familia cuando ocasionalmente sacaba a la basura algunos objetos acumulados, S. se molestaba muchísimo con ellos y se sentía mal emocionalmente. Por otra parte, S. mantenía inadecuados hábitos alimentarios: comía en diferentes horas, en diferentes cantidades y con bebidas azucaradas. Su peso corporal era de 145 kilos y una estatura de 153 centímetros. Su obesidad se calculó en percentil de 61 que corresponde a una obesidad mórbida y con grandes riesgos a su salud, incluyendo efectos nocivos en su calidad de vida.

S. refería en la entrevista:

*Al mover las cosas dejadas en los días y años, me vuelvo a encontrar con lugares que conservan tantas cosas, con muebles que sostienen lo dejado. Espacios con cosas que se usaron hace tiempo: ropa, calzado, papeles, cosas así. Toda la casa ocupada, quieta e inmovilizada: Nada sale, todo entra. Cuando algo se mueve, parece que algo dentro de mí se mueve y me siento muy mal.*

Al desarrollo del tratamiento, S. señaló:

*Con mucha paciencia, atención y ¡Orden! se vaciaron los cuartos, los pasillos, entre esto o aquello, más allá y de por acá, que tantas cosas por modificar cambiaron que la casa Creció con más espacio y un olor a limpio que da gusto. Ahora mucho sale y poco entra, los muebles dejaron de ser lugares ocupados, dando lugar a la familia y a las cosas queridas.*

El cuidado de la Salud de S. con tratamiento multidisciplinario, cognoscitivo-conductual e integral, tuvo como consecuencia la reducción de su índice de masa corporal a 36, mejora en su calidad de vida y en sus factores de riesgo.

El relato anterior, describe la condición corporal de una persona con obesidad mórbida y el ambiente donde vive. Es preciso aclarar que no todas las personas con conducta de acumulación presentan obesidad, ni todas las personas obesas son acumulativas.

¿Hay factores comunes en algunas personas con conductas acumulativa y la alimentarias, con la presencia de obesa exógena?

Los siguientes son procesos que coinciden en ambas conductas:

- 1. La inmovilidad:** En la acumulación, la conducta es dinámica cuando se dirigen a la obtención de cosas, posteriormente pasa a ser pasiva, las cosas se guardan o se quedan quietas. En la condición obesa exógena, ingresan al organismo los contenidos energéticos que se almacenan en depósitos grasos, se quedan quietos por la ausencia de intercambio energético con gasto o consumo de energía.
- 2. La personalidad:** la persona que presenta ambas condiciones es: pasiva, sedentaria, evitativa, dependiente, acumulativa, con orientación improductiva (Fromm, 2003).
- 3. Desorden psicológico:** Trastorno obsesivo-compulsivo; Trastorno por estrés postraumático o depresión.
- 4.** Las cogniciones inadecuadas y obsesivas.
- 5.** Las conductas mal adaptativas.

Características diferenciales del trastorno por acumulación con la obesidad:

Es de gran importancia diferenciar las conductas y cogniciones de los individuos para realizar una descripción diagnóstica de su condición, como en el caso de los obesos.

*Por mucho tiempo se pensó que acaparar era sólo un mal hábito de la gente desordenada, indisciplinada o glotona (Chapman, 2016).*

En el caso de S. se presentan dos grandes conductas problemáticas que se diferencian por su clasificación. Primero, la conducta acumulativa se caracteriza por los siguientes apartados:

- a) Es una entidad Diagnóstica: Trastorno de acumulación, relacionado al Trastorno Obsesivo-Compulsivo (DSM, V, 2016) cuyos criterios son:
  - Persistente dificultad para eliminar o separar de sus propias cosas, independientemente de su valor real. Esto se debe a una fuerte necesidad por conservar los bienes y evadir las molestias asociadas con la eliminación.
  - Los síntomas consecuentes de la acumulación por un gran número de bienes que el desorden progresivamente cubre (áreas de casa o el lugar de trabajo), al punto que su función original, es imposible.



[www.taringa.net/posts/noticias/4950917/Quiere-ser-la-mujer-mas-gorda-del-mundo-y-come-para-serlo.html](http://www.taringa.net/posts/noticias/4950917/Quiere-ser-la-mujer-mas-gorda-del-mundo-y-come-para-serlo.html)

≠



[atusaludenlinea.com/tag/sindrome-de-diogenes/](http://atusaludenlinea.com/tag/sindrome-de-diogenes/)

- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras de funcionamiento (incluyendo el mantenimiento de un ambiente seguro para ellos y otros).
  - La acumulación no se deben a una condición médica general (daño cerebral u enfermedad cerebrovascular).
  - Los síntomas de acumulación no son atribuibles a otro trastorno mental.
- b) Evitación de experiencias propioceptivas, cognoscitivas y emocionales (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).
- c) La presencia del trastorno de acumulación tiene un origen diferente al de la conducta alimentaria: la reserva de comida es para posibles necesidades futuras no inmediatas.
- d) Su sentido de responsabilidad está orientado hacia los objetos no a su persona o imagen corporal.
- e) Se agravan paulatinamente los hábitos inadecuados en su segunda fase (Síndrome de Diógenes) (Gómez & Prieto, 2008).

Segundo, la obesidad es una enfermedad crónica con múltiples causas. Su etiopatogenia es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Entre los factores asociados se encuentran en el nivel social, cultural o psicológico, los cuales forman parte del patrón de ingesta. El patrón mal adaptativo puede ser el trastorno de la conducta alimentaria (Diagrama 1).

La conducta alimentaria de la persona obesa, muestra las siguientes características:

**Relacionada con el Trastorno de Atracón:**

1. Comer durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, en un intervalo de 2 horas), una cantidad de comida que es considerada definitivamente más abundante de lo que cualquier persona comería en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
2. Una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentir que no se puede parar de comer o que no hay control sobre la cantidad consumida).

Los episodios de atracones se asocian a 3 ó más de las siguientes características:

1. Comer mucho más rápido de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho (a).
3. Comer porciones muy grandes sin sentir sensación física de hambre.
4. Comer en solitario por sentir vergüenza de la cantidad consumida.
5. Sensación de disgusto consigo mismo (a), sensación de culpa después de comer.

Marcada incomodidad por los atracones.

El atracón ocurre, en promedio, al menos una vez a la semana por 3 meses.

El atracón no se asocia en forma regular a conductas de tipo compensatorias (por ejemplo: purgas, ayuno, ejercicio excesivo) y no ocurre exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa u otro trastorno evitativo/restrictivo.

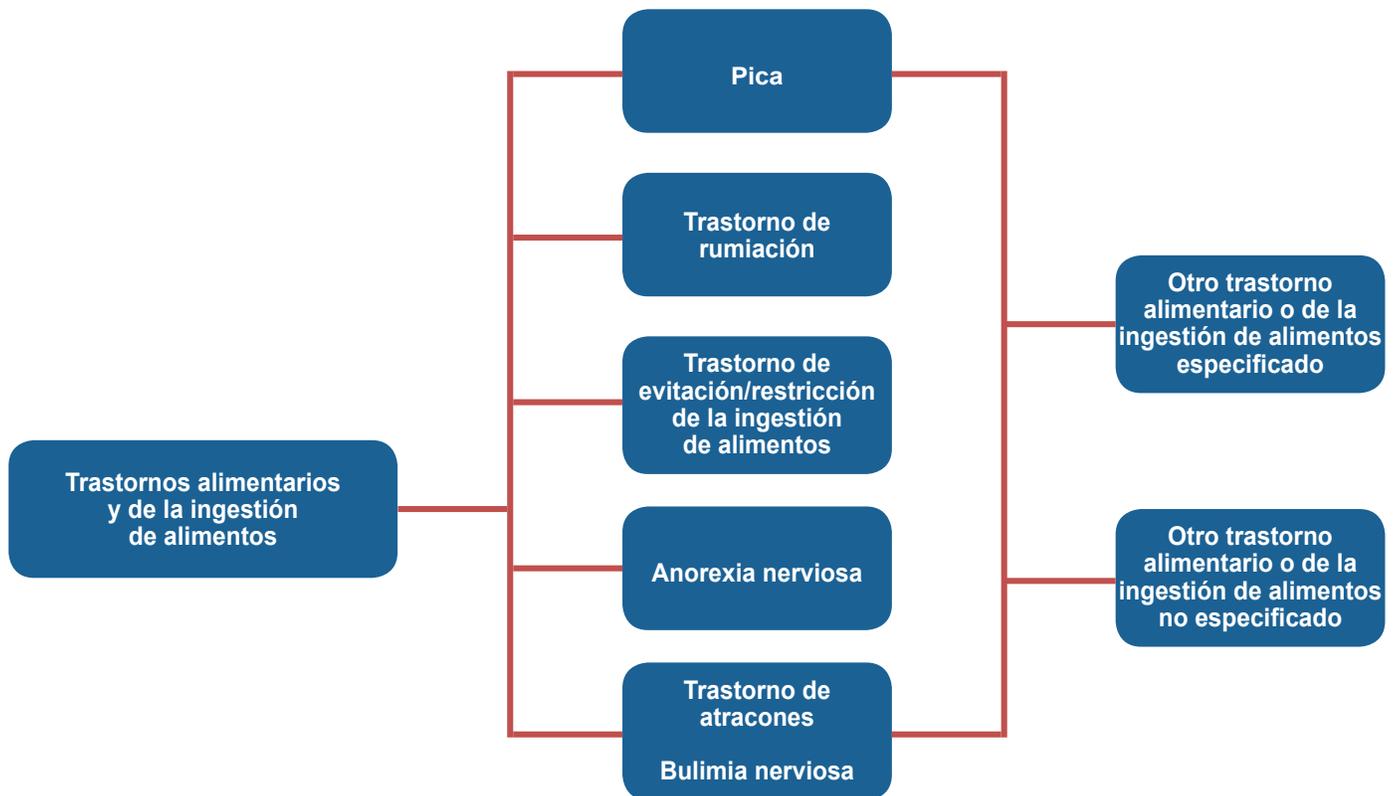
La bulimia nerviosa F50.2. Los criterios son: Subtipo bulimia nerviosa no purgativa que corresponde ahora a la categoría de trastorno por atracón.

- Leve: de 1-3 episodios de conducta compensatoria a la semana.
- Moderada: entre 4 y 7 episodios de conducta compensatoria a la semana.
- Grave: entre 8 y 13 de episodios de conducta compensatoria a la semana.
- Extremo: 14 o más episodios de conducta compensatoria a la semana.

**Con el Síndrome del Comedor Nocturno:**

Los criterios son los siguientes:

1. Un consumo de un 50 por ciento de las calorías totales del día en forma posterior a la última comida.
2. Falta de apetito por las mañanas.
3. Despertares durante la noche tipo insomnio e ingesta nocturna.
4. Duración de al menos 3 meses.
5. No cumplir con criterios de bulimia nerviosa o síndrome del comedor por atracones.



**Diagrama 1:** Esquema de los Trastornos de la Conducta Alimentaria basados en su quinta versión. La bulimia nerviosa es un subtipo del Trastorno por Atracón (A.P.A., 2013; Vázquez et al., 2015).

Con lo anterior, la obesidad mórbida contiene en su origen y mantenimiento, patrones cognoscitivos y conductuales, aprendidos y experimentados que pueden ser a su vez factores de riesgo modificables. De esta manera la persona puede recuperar su salud y calidad de vida.

Solo se encuentra una referencia sobre la acumulación de alimentos, hiperfagia, obsesión por la comida y la obesidad, en la obesidad endógena, en el Síndrome de Prader-Willi (Dykens, et al., 1996, Solà-Aznar & Giménez-Pérez, 2006).

## REFERENCIAS

- *American Psychiatric Association* (2016). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) Quinta Edición: Suplemento, VA, EE.UU., APA Ed.
- Chapman, L. (2016) ¿Es usted un acaparador compulsivo? 5 signos que lo identifican. Disponible en: <http://www.rcinet.ca/es/2016/02/16/es-usted-un-acaparador-compulsivo-5->

signos-que-lo-identifican.

- Dykens, E.M., Leckman, J.F. & Cassidy, S.B. (1996). Obsessions and compulsions in Prader-Willi syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*, 37, 995-1002.
- Fromm, E. (2003). Ética y psicoanálisis, México, F.C.E.
- Gómez, I. & Prieto, F. (2008). Formas clínicas del síndrome de Diógenes. A propósito de tres casos. *Psiquiatría Biológica*, 15 (3), 97-9.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guildford Press.
- Larrañaga, A. & García-Mayor, R.V. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutr Hosp*, 24(6), 661-666.
- Solà-Aznar, J. & Giménez-Pérez, G. (2006). Abordaje integral del síndrome de Prader-Willi en la edad adulta. *Endocrinol Nutr*, 53(3), 181-189.
- Stunkard, A.J. (2002). *Eating Disorders an obesity a Comprehensive Handbook*. New York: Guilford press.

**DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING**