



Nota clínica

Trastorno de acumulación: las urracas también maltratan a sus crías

M.ª Cristina de Hoyos López

Médico especialista en Pediatría y áreas específicas. Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). España.

Publicado en Internet:
28-marzo-2022

M.ª Cristina de Hoyos López;
mariacristina.hoyos@salud.madrid.org

Resumen

Palabras clave:

- Adolescentes
- Maltrato infantil
 - Niños
- Trastorno de acumulación

Se presenta el caso clínico de una niña de 7 años que consulta por impétigo contagioso y tras un abordaje integral biopsicosocial desde la consulta de Pediatría se diagnostica de maltrato por negligencia en relación con un trastorno de acumulación en la progenitora. La atención longitudinal e integral que realizan los pediatras de Atención Primaria sobre la salud del niño y el adolescente monitoreando la dinámica familiar resulta clave en la detección precoz de muchos trastornos mentales de inicio en la edad pediátrica, así como de situaciones de maltrato infantil en todas sus variantes.

Abstract

Key words:

- Adolescents
- Child Maltreatment
 - Children
- Hoarding Disorders

We present the clinical case of a 7-year-old girl who consulted for impetigo and received a diagnosis of negligent abuse associated with a hoarding disorder in the mother after the implementation of a comprehensive biopsychosocial intervention from the paediatrics clinic. The longitudinal and comprehensive care delivered by primary care pediatricians for the health of children and adolescents, in monitoring family dynamics, is key for the early detection of many mental disorders with onset in childhood and adolescence, as well as situations of child abuse in all its forms.

No puedo pensar en ninguna necesidad en la infancia tan fuerte como la necesidad de protección de un padre.

Sigmund Freud

La mayoría de los hombres están a un dedo de estar locos.

Diógenes de Sinope

INTRODUCCIÓN

La acumulación compulsiva de objetos no siempre es patológica. Muchas personas acumulan obje-

tos, pero no descuidan su higiene doméstica ni personal, cumplen con su trabajo y tienen relaciones sociales funcionales. El trastorno de acumulación se define como un afán por acumular o acaparar objetos, asociado a autonegligencia (abandono del autocuidado con perjuicio de la salud y el bienestar personal y de su entorno), aislamiento social y nula conciencia de enfermedad. Incluso se abocan a ruinas económicas por comprarlos o pueden recurrir a hurtos o robos para conseguirlos. El nombre de este síndrome se debe a A. N. Clark (1975) por alusión a la imagen descuidada y misantropica del conocido filósofo griego. Sin embargo, algunos autores discrepan de esta denominación y prefieren

Cómo citar este artículo: De Hoyos López MC. Trastorno de acumulación: las urracas también maltratan a sus crías. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:65-70.

«síndrome de la miseria senil», y argumentan que precisamente Diógenes de Sinope, de la escuela cínica (412-323 a. C.), preconizó lo contrario al desprenderte de todo lo material. La OMS no reconoce la denominación de síndrome de Diógenes en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), sino trastorno de acumulación (código F42.3). Y en la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* de la Asociación Americana de Psiquiatría constituye una entidad independiente del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) desde hace pocos años (2016), al consensuarse características específicas y propias¹⁻⁴.

Cuando existe acaparamiento patológico sin negligencia en la higiene personal se denomina silogomanía. En la literatura anglosajona se utilizan los términos *hoarders* y *hoarding*. El poeta mexicano Carlos Pellicer reconoció haber padecido este trastorno, y él mismo denominó su compulsión colecciónista «urraquismo», término que después ha sido incorporado en los manuales de psiquiatría para describir a esquizofrénicos que también atesoran, cual urraca en su nido, objetos que consideran atractivos (brillantes y metálicos, bisutería, piedrecitas, restos de comida, etc.). La *urraca común, pica o pega* es una ave curiosa y enigmática por su arraigo en varias culturas populares a lo largo de los siglos: en la época medieval representaba la brujería y los malos augurios, los anglosajones la vinculaban con la muerte y los chinos con la felicidad. El compositor italiano Rossini le dedicó una ópera perpetuando su rol de acaparadora. El cuerpo estriado del encéfalo de este córvido tiene el mismo tamaño relativo que el de orangutanes, chimpancés y humanos. De hecho, actualmente se le considera uno de los animales más inteligentes que existen tras corroborar investigaciones recientes su capacidad para identificar a personas individuales y hasta de reconocerse en un espejo. Quizás estos rituales ancestrales simétricos ave-humano «rellenando sus nidos vacíos» no sean simple casualidad y la filogenética tenga algo más que aclarar en un futuro.

Tradicionalmente se ha considerado un trastorno de la edad adulta porque se viene diagnosticando

en fases muy avanzadas: la edad media de personas que inician psicoterapias es a partir de la 5.^a década de la vida. Sin embargo, los terapeutas actuales insisten en que las raíces de la acumulación compulsiva están en la edad pediátrica y debería hacerse un despistaje desde la adolescencia. En España, se estima que el 6% de la población adulta acumula objetos innecesarios y un 2-5% padecería un trastorno por acumulación; incluso hay encuestadas que hablan de un 2% entre adolescentes, aunque las investigaciones en población infanto-juvenil son muy escasas. Estudios retrospectivos norteamericanos revelan que en el 70% de los casos diagnosticados en adultos sus conductas de acumulación comenzaron antes de los 20 años, con una media de edad entre los 11 y los 15 años. Se calcula una prevalencia de 1,7/1000 de los ingresos hospitalarios en mayores de 65 años y una incidencia anual de unos 3200 casos nuevos. De ahí que entre un tercio y la mitad de los diagnosticados presenten demencia (confirmada por alteraciones estructurales de atrofia y disfunción de la corteza frontotemporal en las pruebas de neuroimagen), por lo que los estudios más recientes sugieren que este trastorno psiquiátrico podría ser también una forma de debut de una enfermedad neurológica, la demencia frontotemporal de predominio frontal, y en esta línea se centra la investigación actual. También existe comorbilidad con otros trastornos mentales, como el trastorno de personalidad, trastornos afectivos, trastorno de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo.

Se desconoce con certeza su etiología, si bien los estudios realizados en gemelos sugieren que un 50% es atribuible a factores genéticos, además de la implicación de factores ambientales (eventos traumáticos y el aprendizaje de conductas parentales de acumulación). Recientemente se ha publicado un interesante estudio realizado en 5213 participantes pediátricos que demuestra una asociación significativa entre variantes de genes serotoninérgicos y conductas de acumulación que difieren entre sexos⁵.

Y entre los factores desencadenantes se enumeran: dificultades económicas, ausencia de pareja, escaso

reconocimiento sociolaboral, conflictos familiares o pérdidas, edad avanzada, etc. El abuso de alcohol y otras drogas (cocaína, marihuana) también aparece frecuentemente asociado a este desorden^{6,7}.

CASO CLÍNICO

Niña de 7 años que acude al centro de salud (CS) acompañada de su abuela por lesiones cutáneas de varias semanas de evolución. Afebril y en ausencia de otros síntomas. A la exploración física se constatan varias placas de eccema impetiginizado supurativo en área perinasal con múltiples lesiones satélites en región axilar, torácica anterior y extremidades inferiores y superiores. Presentaba una xerosis generalizada, numerosas lesiones de rascado y arañazos en miembros superiores e inferiores en diferentes estadios, con poliadenopatías laterocervicales e inguinales bilaterales. No masas abdominales ni organomegalias. Buen estado general, desarrollo ponderoestatural aceptable (percentil 3-10) e higiene descuidada (vestimenta sucia y maloliente, despeinada, cabello deslustrado y quebradizo, uñas ennegrecidas). Era llamativa la resistencia a la exploración y la actitud irritable y desafiante de la paciente.

Se realiza un estudio analítico, objetivándose leucocitosis ($14,5 \times 10^3/\mu\text{L}$) con neutrofilia (85%), elevación moderada de reactantes de fase aguda (VSG: 55 mm/h) y ferropenia (ferritina: 5 ng/ml) con anemia (Hb: 9,5 g/dl). Serología a toxoplasma, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr: negativas. Estudio tiroideo normal.

Se diagnostica de impétigo contagioso y se pauta tratamiento con antibioterapia oral (amoxicilina-clavulánico) y tópica (ácido fusídico). Se revisa su historia clínica, constatándose que no acude a consultas de Pediatría en Atención Primaria desde los 4 años, si bien figuran varias visitas a urgencias hospitalarias por más episodios de impétigo, gastroenteritis recurrentes y procesos febriles respiratorios de vías altas. La abuela paterna reconoce que apenas ha visto a la niña en los 3 últimos años porque vive en otra ciudad y su hijo se separó de la madre de la niña de forma traumática («ella tiene mu-

chas depresiones y manías, es muy rara y fuma mucho»). El padre se encuentra fuera de España desde hace más de un año por motivos laborales y no tiene contacto con su hija ni con la madre. Tampoco en el colegio habían detectado anomalías (coincidió con los meses de confinamiento decretados por el gobierno español en la pandemia por COVID-19, además del periodo estival). Se contacta con la trabajadora social del CS, quien realiza una visita domiciliaria y comprueba las deficientes condiciones de higiene en que habita la niña con su madre: vivienda atestada de bolsas de basura, cajas de cartón y objetos de todo tipo apilados en habitaciones, cocina e incluso bañera (inutilizada); además de restos de colillas de cigarrillos, orina, heces y plumas de animales (convivían con dos gatos y cuatro jaulas de pájaros). La madre subsiste con la prestación social por desempleo y carece de familiares de apoyo desde que el padre de su hija se separó de ella. En el momento actual, la abuela paterna ha aceptado la custodia de la menor y la madre asiste a un centro de día para terapia y rehabilitación psicosocial.

DISCUSIÓN

El pediatra es el especialista que se ocupa de la salud biopsicosocial del niño y el adolescente; por ende, sus competencias también incluyen auditar que sus pequeños pacientes crecen y se desarrollan en entornos familiares que garanticen sus necesidades físicas y emocionales. En el caso clínico presentado, la atención pediátrica integral supuso la herramienta que permitió el diagnóstico principal: maltrato por negligencia. Una detallada anamnesis detectó el severo deterioro psicológico de la madre, que tiene su origen en antecedentes de abusos sexuales reiterados en su infancia por parte de un familiar, una adolescencia conflictiva, un embarazo no planificado a los 19 años, abandono por parte de su pareja al poco tiempo de nacer su hija y a todo ello se suma un confinamiento por pandemia de COVID-19 durante tres meses. Tras identificar a la menor en situación de riesgo, se articula una estrategia de intervención sociosanita-

ria multidisciplinar basada en el apoyo de equipos de salud mental y servicios sociales.

Las conductas obsesivas de acumulación son pulsiones, es decir, impulsos inconscientes ubicados en el ello, que incitan al yo a llevarlos a cabo para lograr esa satisfacción necesaria. Estas pulsiones son solo una pequeña representación del mundo interior y sus conflictos inconscientes se expresan a través de los actos y la asociación de ideas. Ya lo advirtió S. Freud, padre del psicoanálisis: «Si entendiéramos completamente las razones del comportamiento de otras personas, todo tendría sentido». Esos objetos acumulados compulsivamente por la madre podrían equipararse con el objeto transicional definido por D. Winnicott, que representan esos imprescindibles peluches de los niños pequeños que conceden seguridad y reducen la angustia de separación que experimentan al distanciarse físicamente de su madre⁸. Hace pocos meses, se colgó en redes sociales un vídeo que se hizo viral de un preescolar estadounidense que había tejido una particular relación de apego con un esqueleto de plástico con el que interactuaba constantemente a lo largo del día e incluso le sentaba frente a su cuna por la noche⁹. En esta línea, actualmente la terapia con objetos transicionales también se está aplicando en las residencias de mayores para reducir las crisis de angustia que experimentan algunas ancianas con demencia al finalizar la visita de sus hijos¹⁰. Por tanto, parece que el ser humano depende de la posesión de objetos para suplir sus carencias de seguridad y protección en todas las etapas de la vida, desde que nace hasta que muere; aunque sea más evidente en los ciclos vitales de mayor fragilidad biológica. La línea roja que separa la normalidad de la patología no solo la traza el volumen de objetos que se acumula, sino también la relación de apego que establecen con los objetos y la ansiedad que sufren al verse obligados a deshacerse de ellos. Enlazando con las teorías del apego de Bowlby, Ainsworth y Bell, el apego inseguro ansioso-ambivalente construido por la madre en su infancia habría determinado el trastorno de su personalidad. La teoría humanista de C. Rogers nos recuerda que «las personas que se sienten

apreciadas y aceptadas desarrollan actitudes afectuosas hacia sí mismas, pero si no es así desarrollan un concepto negativo de sí mismas y se sienten insatisfechas o infelices»¹¹. Por tanto, desde una perspectiva sanitaria, es imprescindible que los médicos pediatras fomenten y refuerzen en los progenitores estilos educativos de crianza positiva frente a los coercitivos-represivos y permisivos. Posicionarse en uno de estos dos polos viene demostrando desde hace muchas décadas su repercusión en la salud mental de varias generaciones. En resumen, cuidar bien es proteger educando sin sobreproteger.

En el trastorno de acumulación el enfermo no es la única víctima. En la arista más afilada de esta poliédrica enfermedad se sitúan los hijos menores de edad. Las crías de estas «urracas» escriben a lo largo de su infancia y adolescencia capítulos diarios de maltrato por negligencia u omisión que originará deterioro físico (malnutrición, infecciones recurrentes, mal control de patologías crónicas pediátricas, calendarios vacunales interrumpidos, etc.) y psíquico (trastornos afectivos y de conducta, alta incidencia de fracaso escolar, etc.) que puede tardar años o décadas en detectarse por parte de profesionales y toda una vida en reparar por parte de la sociedad. Los médicos pediatras han de permanecer atentos en la detección indirecta y precoz de esta enfermedad en los progenitores de los menores, aprovechando oportunidades durante consultas y revisiones de salud¹²⁻¹⁴. Del mismo modo, desde el ámbito escolar, los docentes y educadores en el día a día, desde su perspectiva de cercanía, pueden monitorear las condiciones físicas y emocionales en las que asisten sus alumnos a las aulas. La incidencia real podría ser muy superior a la que recogen los estudios, y en medio de circunstancias epidemiológicas que, como las recientemente vividas, obliguen a decretar un Estado de alarma y confinamiento de la población prolongado durante meses, como ha sido el caso durante 2020, indudablemente se descompensan y agravan.

Los psicólogos norteamericanos alertan de que actualmente acuden a sus consultas padres de niños *hoarders* desde incluso los 6-7 años. Por tanto, se

trata de un trastorno mental infradiagnosticado, en tanto en cuanto pervive socialmente consentido y normalizado. El daño emocional y el deterioro funcional que genera en los hijos podría minimizarse o evitarse en muchos casos. Informar más sobre esta enfermedad, darle visibilidad en redes sociales y medios de comunicación ayudaría a que la sociedad entera la asuma como lo que es, en lugar de entenderla como un estilo de vida o una simple «manía». La Pediatría de Atención Primaria es la puerta de entrada del niño al sistema sanitario público y nos dota de una oportunidad de oro, a lo largo de tres lustros, para ejercer nuestra función de protección de la infancia desde un enfoque integral y multidisciplinar; tal y como defendía el padre de la medicina social, R. Virchow, hace ya casi dos siglos: «los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en gran medida dentro de su jurisdicción».

CONCLUSIONES

- Las conductas de acumulación compulsiva comienzan ya en la adolescencia o incluso antes; si bien el trastorno generalmente se diagnostica en edades tardías. Por tanto, para no esperar hasta sus primeros «brotes», los pediatras tenemos la oportunidad de encontrar sus raíces, realizando screening en las revisiones del niño sano protocolizadas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Al adolescente que acumula y no consiente el orden, sigámosle la estela...
- La sociedad actual normaliza, consiente y justifica el desorden de los adolescentes, pero no olvidemos que una excesiva laxitud parental con determinados hábitos domésticos fomenta aprendizajes que pueden abonar el desarrollo de un trastorno mental y a la vez enmascarar su diagnóstico precoz.

- Las evidencias reiteradas de mala higiene y cuidados negligentes a menores no deben ser ignoradas o minusvaloradas en las consultas pediátricas, sino reflejadas expresa y detalladamente en su historia clínica para la detección precoz del maltrato por negligencia, entidad infradiagnosticada en nuestro medio. Los pediatras de Atención Primaria, en colaboración con la enfermería, somos centinelas de la salud infantil en nuestro modelo sanitario público y por ende los responsables de poner en marcha la maquinaria de intervención multidisciplinar que ha de defender los derechos de los menores. Un niño descuidado es la portada de un libro que debe ser leído.
- La experiencia del confinamiento decretado por el gobierno español a consecuencia de la pandemia de COVID-19 durante tantas semanas (99 días en total, desde el 15 marzo al 21 de junio de 2020) ha demostrado que pone en riesgo la salud infantil de las clases sociales más desfavorecidas al eliminar la oportunidad de supervisión y cribado que implica la asistencia presencial en escuelas y centros de salud. Por ello, se propone la protocolización de intervenciones de seguimiento estrecho a familias de riesgo con hijos menores, en un abordaje coordinado del tandem pediatra-enfermería pediátrica-trabajador social de cada equipo de Atención Primaria.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

CS: centro de salud • **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades • **DSM-5:** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5.^a edición • **Hb:** hemoglobina • **TOC:** trastorno obsesivo-compulsivo • **VSG:** velocidad de sedimentación globular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burton CL, Arnold PD, Soreni N. Three reasons why studying hoarding in children and adolescents is important. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 24:128-30.
2. Thompson C, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D, Onwumere J. A systematic review and quality assessment of psychological, pharmacological, and family-based interventions for hoarding disorder. *Asian J Psychiatr*. 2017;27:53-66.
3. Carrato Vaz E, Martínez Amorós R. Síndrome de Diógenes: A propósito de un caso. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010;30(3):489-95.
4. Mataix-Cols D. Hoarding disorder. *N Engl J Med*. 2014; 370:2023-30.
5. Sinopoli VM, Erdman L, Burton CL, Park LS, Dupuis A, Shan J, et al. Serotonin system genes and hoarding with and without other obsessive-compulsive traits in a population-based, pediatric sample: A genetic association study. *Depress Anxiety*. 2020;37:760-70.
6. Miller C. Hoarding in children. En: childmind.org [en línea] [consultado el 23/11/2020]. Disponible en: <https://childmind.org/article/hoarding-in-children/>
7. Tolin DF, Meunier SA, Frost RO, Steketee G. Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depress Anxiety*. 2010;27:829-38.
8. Brovelli B. Del concepto al objeto transicional. Contribución a la obra de Winnicott. En: psi.uba.ar [en línea] [consultado el 23/11/2020]. Disponible en www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/objeto_transicional.pdf
9. Instagram. Abigailkbrady. [en línea] [consultado el 23/11/2020] Disponible en https://www.instagram.com/reel/CFfiwXAhDPN/?utm_source=ig_embed
10. De Andrés Terán AL, Cortés Morales B. El objeto transicional y la demencia. Una aplicación clínica en la ansiedad por separación. [en línea] [consultado el 23/11/2020]. Disponible en www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/posterotd13.pdf
11. Arias Gallegos W, Carl R. Rogers and the Client-Centered Therapy. *Av Psicol*. 2015;23:141-8.
12. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. [en línea] [consultado el 23/11/2020]. Disponible en <https://previnfad.aepap.org/monografia/maltrato-infantil>
13. OMS. Sociedad internacional para la prevención del maltrato y abandono de los niños. Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. [en línea] [consultado el 23/11/2020]. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spap.pdf;sequence=1
14. Guía de la Comunidad de Madrid sobre detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo. [en línea] [consultado el 23/11/2020]. Disponible en www.madrid.org/dat_norte/WEBDAT/MARCOS/supe/convivencia/materiales/guia_protocolo_maltrato.pdf