

# Conductas de acumulación

Eduardo M. Oliva<sup>1</sup>

*Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, N° 4, septiembre de 2012, págs. 293 a 301.

Las conductas de acumulación son poco vistas en la práctica psiquiátrica general de consultorio externo. Se trata de un complejo conductual que pasa desapercibido, y no es esclarecido en el motivo de consulta, principalmente si el paciente concurre solo, o en el caso de que lo haga acompañado por un familiar cercano no conviviente, también es ignorado y no referido como problema. En los casos en que el que acompaña al paciente sea un conviviente, familiar o no, lo hará sólo cuando la conducta sea francamente patológica y torne casi imposible la convivencia.

El presente trabajo muestra cuales son los tipos clínicos de las conductas de acumulación y se presentan 3 casos clínicos observados por el autor.

## Introducción

Las conductas de acumulación son poco vistas en la práctica psiquiátrica general de consultorio externo.

El presente trabajo tiene como objetivo revisar la literatura publicada sobre esta compleja conducta y discutir si procede denominarlas genéricamente Síndrome de Diógenes o si éste es sólo una de las tantas formas clínicas en que el trastorno de conducta acumuladora se manifiesta.

Cabe señalar de entrada que el trastorno no está nombrado como tal en la última revisión del DSM IV.

Se puede considerar el trastorno como un continuum, que va desde formas de proceder muy comunes en humanos (cabría buscar también estas conductas en animales) y nada patológicas, hasta cuadros extremos que ponen en serio riesgo la salud del que lo padece, de las personas que conviven y hasta de la salud pública. Como se viene mencionando, la mayoría de las veces el trastorno no es registrado por el especialista debido a que es poco tomado en cuenta, ya por que el paciente no lo informa ya por ser ego sintónico, ya por padecer una anosognosia. Tampoco el familiar o la persona que acompaña al paciente lo informan dado que en los casos leves a moderados se interpreta que la persona es simplemente "desordenada", y sólo aparece como motivo de consulta en los cuadros graves,

---

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra (UBA), Doctor de la UBA, área Salud Mental. Pellegrini 753. (9103). Rawson. Provincia del Chubut. eduardom\_oliva@yahoo.com.ar

como el conocido Síndrome de Diógenes. Tampoco figura en el "repertorio" de preguntas habituales que el psiquiatra efectúa en las primeras consultas, centrándose en trastornos del eje I o II del DSM. Por otro lado tampoco los pacientes mismos que lo padecen en grado leve y aún moderado entienden que sea un problema para tratar, considerándose a sí mismos también como "desordenados", "desprolijos" o "faltos de voluntad" para ponerse a ordenar. En estos casos no es posible considerar la omisión como una anosognosia, ya que si bien no hay conciencia de "enfermedad" los grados leves no constituirían una entidad clínica en principio digna de tratarse. Si el especialista no pregunta es muy difícil que salga a la luz el tema. Así visto, parecería que al menos algunas conductas acumulativas estarían en las antípodas del TOC. A pesar que muchos autores consideran que el cuadro debería incluirse como una forma de TOC.

Hay varias definiciones de Conducta de Acumulación.

Gómez-Feria Prieto la define como "la acumulación de objetos, con o sin valor y/o por la incapacidad para tirar los que han llegado a ser inútiles". Para el mismo autor, cuando esta conducta causa problemas personales, relacionales, económicos o familiares, podemos llamarla patológica. La conducta acumuladora más conocida, y la que más aparece en los medios de comunicación últimamente es el Síndrome de Diógenes. Aquí daremos cuenta que no es el único, aunque si el más severo, y que el trastorno constituye un verdadero espectro de conductas, pero también de formas de pensar y de sentir.

Lahera, Sáiz, y Martín Ballesteros publican que los objetos acumulados son de lo más variados y extraños: papeles, diarios, recibos, tickets, cuentas, cartas, cartones, colillas de cigarrillos, ropa vieja en desuso, ropa en uso,

que se mezcla en la acumulación, medias que han perdido el par, bolígrafos gastados, frascos a veces limpios y a veces sucios, bolsas de plástico de todo tipo y tamaño, restos de comida empezada y dejada, lamparillas eléctricas rotas, hilos, botones, corchos, por sólo nombrar algunos de los cientos de objetos acumulables.

No debería descartarse la impresión ocular de la heladera que también guarda restos de comida de hace ya mucho tiempo (observación personal en un caso). Igualmente las excretas de animales domésticos, mantenidos en el interior de la vivienda en la convivencia con los mismos (observación personal).

Así planteado el asunto, el fenómeno de acumulación de objetos y hasta animales domésticos (preferentemente perros y gatos) puede obedecer a muy variadas patologías psiquiátricas que detallaremos en la siguiente clasificación tomada (con modificaciones del suscrito) de Gómez-Feria Prieto:

## Clasificación

### Conducta acumuladora normal:

a) Aparece a cualquier edad, con mayor frecuencia en la infancia ("figuritas"), o en la adolescencia (fotos de cantantes o artistas por las "fans").

b) Los objetos suelen tener un valor y se suelen intercambiar.

c) En general los objetos son almacenados en forma ordenada y/o jerárquica

d) Ausencia de autonegligencia, aislamiento social, suciedad, o restos orgánicos.

Podría decirse como comentario que en la sociedad de consumo e hiperconsumo en que vivimos se acumulan objetos que a veces tienen valor económico alto, sin llegar a ser coleccionismo, y otras veces valor económico

bajo, pero que por su rareza, o valor afectivo (recuerdos de...) son guardados sin otra causa que la nombrada, hasta que cada tanto una limpieza general nos hace comprender que atesoramos cada vez más objetos cada vez menos valiosos, sólo por guardarlos, porque nos da lástima tirarlos, porque algún día serán usados o por otras causas.

#### **Conductas acumuladoras patológicas:**

##### **Pasiva o falsa conducta acumuladora:**

Es la producida por la incapacidad de limpieza de sí mismo y de la casa producto de una enfermedad física y/o mental (demencias, adicciones, depresiones) o neurológicas (ACV, parálisis, postración severa) generalmente en personas que viven solas o "en la parte de atrás de una casa". (Forma que se está difundiendo en nuestro país, especialmente en el interior, donde se habitan casas con terreno sobrante y donde se le construye al enfermo, especialmente mental, una precaria habitación surgido de la imposibilidad de internación a la luz de las nuevas y "modernas" leyes de Salud Mental y desinstitutionalización, tanto la Ley Nacional de Salud Mental, como las Leyes Provinciales que suelen ser casi una copia. Podría presentarse en este tipo de falsa conducta acumuladora: el Diógenes secundario o pasivo, habida cuenta de donde se aloje y se atiende al enfermo.

##### **Síndrome de Diógenes Primario:**

Este síndrome es el más conocido, por su divulgación y publicidad que ha alcanzado últimamente en medios gráficos y televisivos. Acuñado en 1975 por los geriatras ingleses Clark, Mankikar y Gray, y publicado en la revista *Lancet*. Aunque hay publicaciones anteriores sobre el tema que datan de 1960 (ver bibliografía) la presentación de 1975 de los ingleses puede considerarse la descripción princeps. El síndrome toma su nombre del fi-

lósofo griego Diógenes de Sinope (413-327 AC) fundador de la escuela filosófica de la escuela Cínica que preconizaba la indiferencia hacia los bienes materiales de este mundo, lo cual parecería lo contrario de la acumulación. Esta contradicción se debe a que se tomó del filósofo su aspecto de vagabundo, alojado en cualquier lugar, con autosuficiencia y hostilidad, carente de todo y probablemente también de higiene. Son característicos de este cuadro una vivienda en pésimas condiciones de higiene, con acumulación de todo tipo de cosas servibles, inservibles, basura acumulada a veces hasta por años, excrementos de animales, alimentos en estado de putrefacción que muchas veces son ingeridos. Denominándose a esta súper acumulación con el término de "silogomanía", no hay orden, jerarquización ni finalidad, no se acumulan objetos de valor ni tampoco intercambiables. Existe casi completo aislamiento social, estado nutricional deficiente, soledad, autonegligencia, suspicacia, rechazo a la ayuda externa, a veces "delirio de pobreza", anosognosia, aparente ausencia de enfermedad mental (evidentemente sólo aparente). Para varios autores el verdadero Diógenes es el primario donde el sujeto portador no debería tener ningún trastorno mental orgánico, afectivo o psicótico. (Reyes-Ortiz 2001; también ver Calvo, Sanchez, Vilella y Marrón 1976; o Chebeli 1998). Estas opiniones se deben a que en aproximadamente la mitad de los pacientes no se encontró enfermedad psiquiátrica. Todo lo cual es objetable, a la luz de las modernas neurociencias en 2012, con nuevos métodos de neuroimágenes, y nuevos criterios sobre enfermedad mental. Podría decirse en nuestra opinión que sería casi imposible hallar un Diógenes primario absoluto. Aunque para Post supondría el estadio final de un trastorno de la personalidad. En estos casos la

personalidad premórbida estaría caracterizada por una actitud distante, aislada, desconfiada, poco o nada sociable, independiente, astuta y con postrísima interacción social. Constituiría un desorden en el que predomina la autonegligencia y las conductas de atesoramiento en condiciones miserables, principalmente descritas en ancianos, en el contexto de una personalidad compatible con algún trastorno de personalidad.

### **Conducta acumuladora y TOC**

Aquí se trata de la relación entre conducta acumuladora con el TOC. Puede verse que los autores como Samuels y col. que estudiaron esta forma de fenomenología de la acumulación en TOC vieron que podían dividirse en acumuladores y no acumuladores. También Frost encontró que la conducta de acumular se encuentra en el 30% de su muestra de 39 pacientes. Winsberg postula que el motivo en estos pacientes para esta conducta es el miedo a perder algo valioso, o útil, en el presente y/o en el futuro. Según otros, como Grignon et al, la acumulación en TOC podría ser un síntoma blando y sólo presente en algunas formas de TOC. En esos casos suele confundirse el fenómeno con "apego emocional" o vinculados al pensamiento de que perder algo podría acarrear sucesos nefastos en la vida, caso en que la conducta se torna más grave y egodistónica. De esta forma muchos opinan que podemos hablar de dos formas de conducta acumuladora en TOC: las más frecuentes: separadas del mismo, no constituyendo el síndrome principal pero sí comórbidas al trastorno obsesivo central, y las menos frecuentes consideradas como una forma especial de trastorno obsesivo compulsivo. En el último de los casos la pérdida de cualquier objeto acumulado podría acarrear una gran angustia.

A diferencia del Diógenes no se observa autonegligencia, aislamiento social, ni suciedad ni anosognosia.

### **Conducta acumuladora y compra compulsiva**

Esta conducta ya fue descrita por Kraepelin y por Bleuler más tarde, y se la denominó "oniomanía". Resulta sumamente habitual especialmente en nuestra sociedad consumista la "necesidad" de comprar.

Gomez Feria cita tres tipos de compra incontrolada: como manifestación de un TOC; como mecanismo tipo "rewards" frente sentimientos depresivos, y de aburrimiento, algo así como auto gratificación; como manifestación de respuesta al "craving" ya que podría tratarse la compra compulsiva como una verdadera e incontrolable adicción, inclusive con síntomas de abstinencia, agregándose en opinión nuestra como resultado de un "trastorno del control de los impulsos".

Todos estos cuadros cuasi neuróticos en la vieja terminología pre-DSM IV van acompañados de pensamientos y sentimientos acordes que concluyen en la necesidad de comprar, amén del bombardeo de la publicidad que nos genera la necesidad, muchas veces de objetos verdaderamente inútiles. (Recordar la publicidad "llame ya"). Registro una paciente de nuestra casuística que tenía 500 pares de zapatos, algunos sin estrenar y otros sólo usados en una sola puesta, y dejados guardados en un armario en una especie de colección. Sin duda aquí la conducta acumuladora es secundaria a la oniomanía.

### **Conducta acumuladora como conducta ritualista, estereotipada (coleccionismo forzoso)**

Se trata de una conducta repetitiva, forzada, sin finalidad, que generalmente aparece

en sujetos con lesiones cerebrales tales como demencias, especialmente la DFT demencia fronto temporal en su forma frontal. Algunos de los S. de Diógenes secundarios o quizá una cantidad importante de ellos estarían vinculados a afecciones neurológicas que afectan el cortex fronto temporal: atrofias, aneurismas y tumores. An y col. corroboraron con estudios de RMN funcional la participación de un sustrato neurológico prefrontal en la conducta acumulativa grave como es el Diógenes primario y secundario.

Otro de los cuadros orgánicos incluidos en esta forma es el Síndrome de Prader-Willi, trastorno causado por una deleción en el cromosoma 15 que produce retraso mental, pies y manos pequeños, baja estatura, alta frecuencia de síntomas TOC y conducta acumuladora. También hay descripciones de este comportamiento en el Gilles de la Tourette, y adultos autistas. En ancianos solitarios y sin familia ni antecedentes pueden confundirse las formas primarias de las secundarias del síndrome de Diógenes (por falta de datos y estudios neuropsiquiátricos).

#### **Conducta acumuladora fetichista**

Como el título lo anuncia, suelen verse algunos casos de acumulación, por parte de varones parafílicos fetichistas, de ciertas prendas íntimas de mujer y zapatos, usados como "fetiches". (Fetichismo acumulativo).

#### **Síndrome de Noé**

Podría tratarse de una variante de conducta acumulativa, que suele verse socialmente hasta cierto punto normal. El tema ha sido estudiado por Petronek y Petronek y Nathanson, quienes la definen como el acúmulo de animales, preferentemente perros y gatos dentro del domicilio, con el intento de incrementar su número y causando a veces en los ani-

males un gran sufrimiento por el encierro y condiciones de vida impuestos, a fin de no perderlos o que se escapen, pero sin una atención adecuada, malas condiciones de higiene y alimentación y un hábitat no adecuado a las especies colectadas. Comparte con el Diógenes: aislamiento social, rechazo de la ayuda externa, hostilidad ante su intento y anosognosia. Muchas veces suelen acompañar el atesoramiento de los animales sus excretas, dentro del domicilio donde habitan los mismos junto con el sufriente, e incluso con cadáveres de animales hace tiempo ya muertos, también acumulados. A veces acompañan estos síntomas ausencia aparente de enfermedad mental, y la considerable pestilencia del lugar.

En muchas ocasiones el cuadro pasa desapercibido, y es conocida la figura del anciano que alimenta gatos y /o perros callejeros, o los lleva a su casa interpretándose como una conducta en cierta forma altruista hacia los animales abandonados, dado que se produce un intercambio de afecto entre los mismos, viéndose esta conducta como más aceptada socialmente y hasta con cierta simpatía o comprensión ya que se trata de ancianos solitarios que buscan compañía y afecto en los animales "adoptados".

#### **Casuística personal**

##### *Caso 1*

Mujer de 45 años. Divorciada. A pesar de tener dos hijos, nunca la visitan, vive sola, aislada, bulímica, convive con 8 perros encerrados en una pequeña vivienda, donde los animales se alimentan, orinan y defecan dentro de la vivienda, donde asimismo la paciente come y duerme. Además acumula objetos inservibles, no saca los residuos domiciliarios por temor a que sean objeto de "trabajos" por

lo cual también los acumula y no permite la ayuda de sus familiares ni la entrada de los mismos, pues teme que la "internen" como ya han querido hacerlo una vez. La paciente concurre a la consulta por su propia voluntad, por un estado severo de angustia, ya que "personas de la cuadra de su casa practican el rito Umbanda y le realizan trabajos para intentar matarla".

Llama destacadamente la atención el muy mal olor que la enferma trae en si y en sus ropas, lo que obliga a abrir las ventanas en pleno invierno, para que, una vez finalizada la entrevista, pueda ingresar al consultorio el próximo paciente. También dada su obesidad mórbida sólo se maneja en taxis o remises, llamando también la atención la dificultad que tiene para que acepten llevarla por su mal olor. Todos estos datos son aportados a posteriori por la familia, quien conoce el problema. Portadora de un Delirio Persecutorio, además de una combinación de Síndrome de Diógenes y de S. de Noé, padece alucinaciones cenestésicas por las cuales a través de la distancia los Umbanda le envían por alguna forma de "trabajo a distancia" que desconoce, sensaciones en los genitales que le provocan repetidos orgasmos nocturnos. Presenta completa falta de conciencia de enfermedad mental, aislamiento social, abandono de su empleo, alejamiento de la familia y de amistades, mal estado general: obesidad extrema, descuido de su salud física, y negativa a realizar tratamientos médicos y psiquiátricos para su "ansiedad". La única salida es para concurrir a una iglesia evangélica, donde el pastor la protege de los "trabajos" y por eso se mantiene viva. Blindó su casa cerrando las ventanas con soldadura, y colocando rejas, por lo que ante un incendio le resultaría imposible escapar de urgencia, ya que entre los objetos acumulados a veces se le pierden las llaves de la

única puerta y tarda horas, en encontrarlas entre los escombros y por su imposibilidad de agacharse por su extrema obesidad. Se solicitó la internación psiquiátrica, vía judicial, pero el Equipo Interdisciplinario que actuó a pedido del Juez, por la aplicación de la Ley Provincial de Salud Mental denegó la internación compulsiva por entender el derecho de la paciente, a vivir en su intimidad como mejor le parezca, no constituyendo enfermedad mental pasible de internación. Diagnóstico: Trastorno Delirante y Síndrome de Noé combinado con Síndrome de Diógenes.

### **Caso 2**

Mujer de 56 años, viuda, con un hijo que está casado y no vive con la paciente. Conviene con un hombre algo menor, es jubilada y vive de la jubilación y de lo que aporta su compañero. Se encuentra globalmente orientada, aseada, vestida con ropas acordes, no padece ideas delirantes ni alucinaciones. No padece deterioro cognitivo. Concorre a la consulta por un estado depresivo, que es recurrente en ella, de tipo endógeno, presentando antecedentes familiares de depresión. No ideas suicidas, no antecedentes de suicidio en la familia, no fuma ni bebe alcohol, realiza una vida poco sociable, camina poco debido a su artrosis. Nunca refirió en la consulta ni en la anamnesis sufrir ningún tipo de conducta acumulativa. Hasta que el suscripto debió concurrir a su domicilio por pedido de su compañero, por una descompensación de su depresión que la mantenía en cama con intento de abandono del tratamiento. Allí, se pudo constatar el dato que faltaba de su patología, observándose no sólo un fenomenal desorden en el dormitorio donde es examinada, sino también en su comedor, y de paso, para explorar y evaluar mejor el cuadro insospechado hasta esa ocasión, solicité pasar al baño. En todos

los ambientes, incluyendo la cocina, reinaba no sólo desorden sino acumulación de objetos mezclados: telas con panes, botones, cáscaras de fruta pelada antigua, corchos, prendas de verano y de invierno por doquier, papeles tipo facturas, boletas, tickets, algodones usados para la higiene femenina en cualquier lugar y fuera del baño, por nombrar lo visto en esa visita. A la salida, dado que el conviviente me acompañó hasta la puerta, le pregunté que opinaba y que pasaba que estaba todo tan "desordenado" (acumulado) recibiendo por toda respuesta y con total naturalidad que su señora es "un poco desprolija" y que las cosas que guarda lo hace por las dudas de necesitarlas algún día. Diagnóstico: Síndrome Depresivo en paciente con conducta acumulativa presuntivamente asociada a su estado depresivo crónico. Con conciencia de enfermedad depresiva de larga data, sin conciencia de conducta acumulativa patológica.

### Caso 3

Paciente varón de 73 años. Vive solo, y aunque tiene una hija de 40 años, ella vive en Neuquén, por lo que lo visita muy poco, y por la forma de vivir cuando lo visita se aloja en casa de un familiar.

Justamente en uno de sus viajes a la ciudad donde resido, la hija me consulta narrándome como vive su padre, solicitándome lo acompañe a casa del mismo, presentándome como un amigo que la ayudó a alcanzarle unos regalos que le traía. El paciente se presentó muy reticente a dejarme pasar, con la excusa de que habíamos llegado de sorpresa y no había tenido tiempo para limpiar.

Finalmente ante la insistencia de su hija para dejarme entrar por el favor de haberla alcanzado en auto, ya que vive en un barrio retirado, accede a permitirme ingresar. Contacto de una mirada, que tiene ropa sucia tira-

da por los rincones, basura en bolsas que emiten muy mal olor, restos de comida de varios días atrás junto a comida recién preparada. Refiere su hija que a veces ha llegado y visto que su padre a determinada hora cena, pero no siempre, ante su gran sorpresa, come la comida del día, sino que saca de la heladera comida vieja y pan duro, sin conciencia de la posible intoxicación que esto pudiera acarrearle. Además vive en absoluta soledad, salvo estas visitas. Es hostil y suspicaz, apilando todo tipo de objetos comestibles con no comestibles, malas condiciones higiénicas de la vivienda, y de si mismo, mal olor generalizado, con la costumbre de no bañarse sino de pasarse un trapo húmedo por el cuerpo, y ponerse siempre la misma ropa, que casi nunca lava. Refiriéndome la hija que cuando quiso "poner orden" el paciente se puso furioso impidiéndole que tire nada, que "todo le servía" y que si quería, ordenase la casa de ella. Ante la hostilidad manifestada y el estado de cosas de la vivienda y de su padre, concurrió a consultarme, solicitando atención para el mismo por lo que al cierre del presente artículo, se le pidió una RMN de cerebro. Diagnóstico: Síndrome de Diógenes, posiblemente secundario a enfermedad neurológica, ya que el paciente es diabético, tabaquista, e hipertenso, sin conciencia ninguna de enfermedad física ni mental. Criado en el campo dice haber ido al médico una o dos veces en su vida, curándose con yuyos como en el campo, donde se crió y vivió gran parte de su vida como puestero de estancia.

### Conclusiones

Simplificando, los afectados de Trastorno de Conducta de Acumulación (siguiendo la terminología del DSM IV) deben diferenciarse del Síndrome de Diógenes clásico. Aunque

como nada es blanco o negro en Psiquiatría, los matices pueden verse en los casos presentados, casi todos combinados.

Los primeros, (T. de C. A.) en un 25 % según Saxena y Col. podrían tener rasgos de espectro TOC. Suelen padecer de una forma de conducta que es en parte secreta, limitada al ámbito doméstico, la mayoría mujeres mayores de 40 años, donde en este conjunto de signos y síntomas predomina una tendencia a acumular objetos, en ocasiones "guardando sin tirar nada por las dudas que los necesite", en otras obteniéndolos de contenedores, y en los más graves: hurtándolos. La acumulación incluye de todo, ocupando paulatinamente espacios vitales de la casa, que a veces se hace intransitable. Otros síntomas son: la procrastinación, la indecisión, las conductas de evitación, y la depresión. No debe confundirse este cuadro, aunque probablemente emparentado, con el coleccionismo normal, o el gusto de poseer objetos antiguos, ni con el S de D. (Wincze y Col., Jefferys y Col., Saxenas y Col., Gomez-Feria y col.). En esta conducta, el trastorno de acumulación en todas sus variantes se trata de la inmensa dificultad para deshacerse de objetos, papeles, o cualquier cosa que pueda ser útil potencialmente en el presente o en futuro.

Contrariamente, el Síndrome de Diógenes "clásico", primario, constituye un cuadro casi dramático, "demencial", dadas las características señaladas en esta revisión: aislamiento social, conductas hostiles, acumulación grotesca de objetos, materia orgánica en descomposición, muebles, ropas, basura de cualquier tipo y antigüedad, amén del deterioro físico y social, y autonegligencia con abandono personal.

## Bibliografía

- Saxena, S.; Brady, A. et al. Recent advances in compulsive hoarding. *Curr. Psych Rep* 2008, 10: 297-303.
- Frost, R.O.; Hartl, T.L. Cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav. Res Ther*, 1996;34:341-50.
- Lahera, C.; Sáiz-Gonzalez, D., Martín-Ballesteros et al. Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2006; 34: 403-7.
- Calvo Sánchez, P.; Vilella, J.; Marrón, J. Síndrome de Diógenes. Un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido. *Actas Dermosifilogr.* 1976, 67:225-32.
- Samuels, J.; Bienvenu III, O.J., Riddle MA et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: result from a case-control study. *Behav. Res. Ther.* 2002, 40: 517-28.
- Frost, R.O.; Krause, M.S.; Steketee, G. Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behav. Modif.* 1966, 20: 116-32.
- Saxena, S. et al. Paroxetina treatment of compulsive hoarding. *J. Psychiatry Res.* 2007, 41:481-7.
- Pertusa, A.; Fullana, M.A., Singh S et al. Compulsive hoarding; OCD symptom, distinct clinical syndrome or both. *Am J Psychiat.* 2008, 165:1289-98
- Clark, A.N.; Mankikar, G.D., Gray, I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, 1975, 15:366-8
- Hahm, D.S.; Kang, Y.; Cheong, S.S., Na, D.L. A compulsive collecting behavior following an A-com aneurismal rupture. *Neurology.* 2001, 56:398-400
- Beatson, A.W. Imaginary poverty. *Br. Med J.* 1960, 2:468.
- Gómez-Feria Prieto, I. Formas clínicas del síndrome de Diógenes. A propósito de tres casos. *Psiqu. Biol.* 2008,15: 97-9.
- Reyes-Ortiz, C.A. Diogenes síndrome. The self-neglect elderly. *Compr Ther*, 2001, 27: 117.
- Chebeli, S. Le syndrome de Diogène: état pathologique ou expression du libre arbitre. *Sinapse.* 1998: 144-35-8.
- Beauchet, O., Imler, D., Cadet, L. et al. Le syndrome de Diogène du sujet âgé: forme clinique d'un dysfonctionnement frontal. A propos de quatre observations. *Rev. Med Interne.* 2002,23: 122-31.
- Gomez-Feria Prieto, I. Formas clínicas de las conductas acumuladoras. *Psiqu Biol*, 2009, 16 (3), 122-30.



- Volle, E.; Beato, R.; Dubois, B. Forced collectionism after orbitofrontal damage. *Neurology*, 2002, 58:488-90.
- An, S.K.; Mataix-Cols, D.; Laurence, N.S. et al. To discard or not to discard: the neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiat*.2008,14,318.
- Jefferys, D.; Moore, K.A. Pathological hoarding. *Arst Fam Physician*. 2008, 37:287-241.
- Petronak, G.J. Hoarding of animals: an under recognized public health problem in a difficult to study population. *Public Health Reports*.1999,152, 772-7.
- Petronak, G.J. Theoretical perspective to inform assessment and treatment strategies for animals boarders. *Clin Psychology Rev*. 2009, 29:247-81.
- Hanon, C.; Pinquier, C., Gaddour, N. et al: Le syndrome de Diogène, une aproche transnosographique, *L Encéphale*. 2004, XXX: 315-22
- Frost, R.O.; Kim, H.J.; Morris, C., et al: Hoarding compulsive buying and reasons for saving. *Behav Res Ther* 1998, 36. 657-64