

## *Funcionamiento cognitivo en el trastorno por acumulación: estudio de un caso*

**Juan Antonio BECERRA GARCÍA**

*Universidad de Jaén*

**Manuel Javier ROBLES JURADO**

*Asociación AFAB, Jaén*

### *Resumen*

El trastorno por acumulación (TA) se caracteriza por la adquisición de objetos, la incapacidad para tirarlos y la acumulación. Este trastorno ha sido conceptualizado como un síntoma o un subtipo de trastorno obsesivo compulsivo y actualmente su clasificación es controvertida. Nos proponemos realizar un estudio cognitivo en un caso de TA y comentar las alteraciones que se presentan en este caso e identificar las características que lo diferencien de otros trastornos que presenten acumulación patológica. Las diferentes alteraciones encontradas y las características distintivas del TA se comentan en los apartados de resultados y conclusiones. Estos estudios pueden ser una buena estrategia para conocer más sobre este tipo de trastorno.

*Palabras clave:* trastorno por acumulación, cognición, estudio de caso.

### *Abstract*

Hoarding disorder (HD) is characterized by excessive acquisition of possessions, inability to discard possessions, and excessive clutter. This disorder has been conceptualized as a symptom or subtype of obsessive-compulsive disorder and currently its classification is controversial. Few studies have examined cognitive difficulties specifically associated with HD. Our aim here is realize a cognitive study on a case of HD and to comment the alterations presents in this case and to identify characteristics that separate it from other disorders that present pathological hoarding. The different found alterations and the distinctive characteristics of the HD are commented in results and conclusions sections. These studies this seems to be a good strategy for to know more of this type of disorder.

*Key words:* Hoarding Disorder, Cognition, Case study.

La conducta acumuladora se caracteriza por la acumulación de objetos, con o sin valor y/o por la incapacidad para tirar los que han llegado a ser inútiles (Frost y Hartl, 1996). Esta conducta presenta un continuo desde la normalidad (coleccionismo) hasta un extremo de acumulación patológica. Para considerar la conducta acumuladora como patológica es necesario que se acumulen en exceso objetos inútiles, que exista un número de espacios vitales desordenados hasta el nivel de dificultar la actividad normal y que todo ello cause un deterioro del funcionamiento personal de quien lo padece, como por ejemplo, problemas de pareja, aislamiento social, etc. (Lahera, Saiz, Martín, Pérez y Baca, 2006). La conducta acumuladora patológica puede presentar diferentes formas clínicas: Síndrome de Diógenes, conducta acumuladora compulsiva o trastorno por acumulación (TA), conducta acumuladora estereotipada y conducta acumuladora de animales o Síndrome de Noé. Esta conducta también puede presentarse formando parte de otras enfermedades como trastornos orgánicos cerebrales, psicosis, trastornos de la alimentación, etc. (Gómez-Feria, 2009).

Algunos estudios han descrito al TA como un subtipo de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) caracterizado por la adquisición de objetos, la incapacidad para deshacerse de estos y la acumulación. Pero cuatro características lo diferencian de otros subtipos de TOC: su escaso nivel de introspección, la ausencia de resistencia a la compulsión, la escasa motivación para el tratamiento y la pobre respuesta al tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Abramowitz, Franklin, Schwartz y Furr, 2003; Lahera, Martín-Ballesteros y Saiz-Ruiz, 2004).

Actualmente, esta siendo objeto de estudio la ubicación nosológica del TA. Diferentes estudios conceptualizan la acumulación como un grupo de conductas que frecuentemente aparecen comórbidas en el TOC, más que como un signo, síntoma o subtipo de éste (Abramowitz, Wheaton y Storch, 2008; Olatunji, Williams, Haslam, Abramowitz y Tolin, 2008; Samuels, Bienvenu, Grados, Cullen, Riddle, Liang, Eaton y Nestadt, 2008). Para precisar su ubicación, se estudian las características diferenciales del TA en relación a la conducta de acumulación propia del TOC. En el TA la conducta acumuladora ocurre por el apego emocional a los objetos o por su valor intrínseco y es vivida como egosintónica (Pertusa, Fullana, Singh, Alonso, Menchón y Mataix-Cols, 2008), mientras que la conducta acumuladora propia del TOC se caracteriza por la presencia de ideas obsesivas relacionadas con la acumulación (pensamientos mágicos de que algo malo sucederá si se desprenden del objeto), por las acciones de comprobación sobre los objetos y por ser vivida como egodistónica (Pertusa *et al.*, 2008). En este estudio los autores muestran que la conducta acumuladora presente en el TA es la más común y, aunque parece ser una entidad separada del TOC, presenta alta comorbilidad con este.

Aunque el TA no aparece como tal en las clasificaciones nosológicas actuales, estos hallazgos referentes al TA como un síndrome clínicamente distinto al TOC, apoyan la hipótesis de diferentes autores sobre la consideración este trastorno como una nueva categoría diagnóstica en el DSM-V (Mataix-Cols, Frost, Pertusa, Clark, Saxena, Leckman, Stein, Matsunaga y Wilhelm, 2010; Pertusa, Frost, Fullana, Samuels, Steketee, Tolin, Saxena, Leckman y Mataix-Cols, 2010). El TA también presenta carac-

terísticas diferenciales con el Síndrome de Diógenes. El TA se inicia a una edad más temprana, los objetos se acumulan de manera activa, se almacenan principalmente objetos como ropa, papel, bolsas, electrodomésticos y muebles; mientras que el síndrome de Diógenes suele ser más frecuente que se inicie en personas mayores de 65 años que padecen una enfermedad mental o física primaria que lleva a una negligencia del autocuidado e higiene, lo que propicia que se acumulen basuras y residuos orgánicos, no sabiendo dar una explicación de porque acumulan (Lahera *et al.*, 2006).

El modelo cognitivo-conductual de acumulación de Frost (Frost, y Gross, 1993; Frost y Hartl, 1996) postula que la acumulación estaría determinada por cuatro elementos:

- 1) Déficit en el procesamiento de información: los pacientes que acumulan tienen dificultad en la toma de decisiones y gran preocupación por no cometer errores, también muestran déficit en la categorización y organización, un escaso nivel de discriminación entre objetos importantes y no importantes, además de un déficit en memoria y de las creencias sobre la capacidad mnésica, ya que suelen guardar las cosas por si las olvidan.
- 2) Problemas en la vinculación emocional: presentan una vinculación emocional hacia los objetos que funcionan como recordatorios de sucesos importantes del pasado.
- 3) Respuesta evitativa: estos pacientes acumulan para evitar el malestar que les produce tomar decisiones sobre que tirar, por miedo a equivocarse.
- 4) Creencias respecto a la naturaleza de las pertenencias: muestran una excesiva preocupación por los errores, sobre

la necesidad de control de las pertenencias o sobre la mayor responsabilidad que tienen respecto a las necesidades futuras (guardan los objetos por si les hicieran falta).

De acuerdo con este modelo de acumulación (Frost, y Gross, 1993; Frost y Hartl, 1996), se puede inferir que los pacientes que sufren un TA pueden presentar problemas en el procesamiento de información y en las áreas de atención, categorización, memoria y toma de decisiones. Pocos estudios han examinado las alteraciones cognitivas que se presentan en la acumulación compulsiva en general y en el TA en particular, y los que lo han hecho son relativamente recientes. Para corroborar esta afirmación, realizamos una búsqueda en MEDLINE combinando las palabras “*hoarding*” & “*neuropsychology*” y “*hoarding*” & “*cognitive*”. La primera combinación dio dos resultados; mientras que la segunda mostró un total de 27 resultados. Sin tener en cuenta los estudios realizados con animales, sujetos no clínicos y revisiones, los estudios sobre alteraciones cognitivas fueron cuatro. En estos, únicamente tres estudian el TA como tal diferenciándolo del TOC y encuentran que en el TA se presentan alteraciones en organización y recuerdo retardado de material visual (Hartl, Frost, Allen, Deckersbach, Steketee, Duffany y Savage, 2004), en organización y categorización de información (Wincze, Steketee y Frost, 2007) y en atención (Grisham, Brown, Savage, Steketee y Barlow, 2007). El estudio de Lawrence, Wooderson, Mataix-Cols, David, Speckens y Phillips (2006) encuentra un mayor déficit en la toma de decisiones en pacientes TOC con conductas de acumulación que en pacientes TOC sin estas conductas.

Pensamos que actualmente el estudio y descripción de casos clínicos puede ser

una herramienta útil para aproximarnos al conocimiento de las alteraciones cognitivas presentes en este trastorno. Nos proponemos estudiar un caso de TA comentando con detalle la naturaleza de las alteraciones que presenta el caso, específicamente un primer objetivo es ver si hay una afectación global o específica de diferentes áreas cognitivas que según los recientes estudios son relevantes en este trastorno como en las capacidades de atención, memoria y ejecutivas, además de estudiar la afectación de otras áreas como las habilidades visoconstructivas, visoespaciales y de lenguaje que nos aporten una visión más completa sobre las capacidades cognitivas que pueden estar afectadas. Un segundo objetivo, teniendo en cuenta la literatura revisada, es ver si hay características distintivas en este caso que permitan clasificarlo como TA y diferenciarlo de otros trastornos caracterizados por conductas de acumulación patológica.

## Método

### Sujeto

Se trata de una mujer de 40 años que vive con su esposo y su hijo de 9 años y que tiene nivel de estudios primarios (completó la Educación General Básica). Presenta una conducta acumuladora patológica de diferentes tipos de objetos en casa. Entre sus antecedentes familiares destaca un hermano que sufrió un retraso madurativo. No presenta ningún antecedente familiar de psicopatología. En la actualidad presenta una diabetes tipo II y no tiene otros antecedentes medicoquirúrgicos destacables. Como antecedentes psiquiátricos personales destaca una depresión postparto. La participante ha sido diagnosticada recientemente de TOC con predominio de actos compulsivos (código

de Clasificación Internacional de Enfermedades; CIE10, F42.1), muestra dificultad en el arreglo de la casa y en el cuidado de su hijo y una activa conducta acumuladora de diferentes objetos. En la última semana, además de recibir este diagnóstico, se le ha instaurado tratamiento farmacológico consistente en ISRS y benzodiazepinas. El conocimiento de este comportamiento y la accesibilidad mostrada por la paciente motivó nuestro interés por el estudio del caso.

### Instrumentos y medidas

Se administraron distintas pruebas para evaluar diferentes funciones cognitivas. La valoración de la atención y velocidad de procesamiento se realizó mediante los subtest de Dígitos y Clave de Números de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III (*Wechsler Adult Intelligence Scale-III*, WAIS-III; Wechsler, 2001). La memoria verbal inmediata y demorada se midió mediante el subtest Lista de Palabras de la Escala de Memoria de Wechsler-III (*Wechsler Memory Scale-III*, WMS-III; Wechsler, 2004). Para la valoración de la memoria visual se utilizó la Figura Compleja de Rey (Rey, 2003). La evaluación de las capacidades ejecutivas se realizó mediante los subtest de Semejanzas y Letras-Números del WAIS-III (Wechsler, 2001) y mediante el test *Stroop* de Colores y Palabras (Golden, 2007). La habilidad visoconstructiva se valoró mediante la copia de la Figura Compleja de Rey (Rey, 2003). Por último, para la valoración del lenguaje se utilizaron los subtest de Vocabulario e Información del WAIS-III (Wechsler, 2001).

Para el procedimiento de administración y corrección de las diferentes pruebas, se han seguido las normas indicadas en los manuales de las mismas. Las puntuaciones

directas obtenidas por la participante en cada prueba, fueron transformadas a puntuaciones escalares, percentiles y puntuaciones T.

### **Procedimiento**

El proceso total de evaluación duró dos sesiones. La participante fue evaluada por la misma persona en la asociación de enfermos a la que acude. En la primera sesión se pidió su consentimiento para participar en el presente estudio de caso, se realizó una entrevista para la recogida de datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales medico-psiquiátricos y para evaluar las características clínicas de su conducta de acumulación patológica. Accede también a que nos entrevistemos con el marido. El diagnóstico y tratamiento que se describe fue realizado por el psiquiatra que la trata en un dispositivo de salud mental. En la segunda sesión, se aplicaban las pruebas para la evaluación de las diferentes capacidades cognitivas.

### **Resultados**

Las características clínicas de la conducta acumuladora, se describen a continuación. Un resumen de estas se recoge en la tabla 1.

Los diferentes materiales y objetos que acumula son ropa, papel (periódicos, revistas, papeles y apuntes, facturas, cartas y folletos de publicidad) y bolsas. En cuanto a la adquisición de estos, compra algunas cosas que almacena como la ropa, revistas y periódicos y bolsas de la compra; mientras que otras las recoge de la calle (bolsas, cartas y folletos de publicidad). La ropa es almacenada en el armario, cuando está lleno, guarda la ropa en bolsas independientemente

de si esta sucia o limpia, distinguiendo únicamente entre ropa usada y nueva. En cuanto al papel y las bolsas, no hace ningún tipo de clasificación, los acumula desordenadamente metidos en bolsas en cualquier lugar de la casa.

Muestra una relación con los objetos basada en su valor intrínseco (necesidad

*Tabla 1.* Principales características clínicas de la conducta acumuladora de la participante.

#### **Descripción de las características en el caso**

##### *Material acumulado*

Ropa, papel y bolsas.

##### *Forma adquisición*

Comprándolos y recogéndolos de la calle.

##### *Orden en la acumulación*

No hay orden en acumulación de papel y bolsas. Categorizaciones caóticas en la ropa.

##### *¿Por qué acumula?*

Potencial utilidad de los objetos.

##### *Relación con los objetos*

Sobreimplicación emocional.

Le proporcionan control y seguridad.

##### *Opinión sobre su conducta*

No la considera como patológica.

Es vivida como egosintónica.

##### *Repercusiones familiares*

Mala relación de pareja.

Poca comunicación y atención a su hijo.

No hay relación con otros familiares (padres, hermanos, etc.).

##### *Repercusiones sociales*

Aislamiento social.

Evitación de situaciones sociales.

Ausencia de relaciones sociales extrafamiliares.

##### *Otras repercusiones*

Intervención de servicios sociales.

de utilizarlos en el futuro) y considera que tener almacenados los diferentes materiales le proporciona control y seguridad ante posibles necesidades futuras. No considera su comportamiento como algo patológico y vive la conducta acumuladora de forma egosintónica. Dice tener razones para guardar estos objetos y que no puede tirar las cosas (manifiesta que: “si las cosas están ahí, será por algo...”). La potencial utilidad de todos los objetos es la razón que da para almacenarlos. Por ejemplo, en el caso del papel dice que tiene que tenerlo siempre cerca para poder usarlo en limpiar la cocina, la cual esta siempre sucia según el marido. En cuanto a las bolsas, dice necesitarlas como forma de clasificar los distintos objetos, por lo que no pueden faltarle. Se muestra ansiosa, irritable y agresiva cuando su marido tiene que coger ropa para él o para su hijo o bien cuando recoge o cambia de sitio alguna de las bolsas que acumula, ya que desordena los objetos que ella ha almacenado.

El funcionamiento social debido al trastorno es dificultoso. A nivel familiar, hay un malestar generalizado, destacando una mala relación de pareja y una pobre comunicación con su hijo. No existe relación con vecinos o amigos y la relación de la participante con padres y hermanos no es muy frecuente. Se muestra ansiosa al pensar que tiene que relacionarse socialmente mostrándose reticente a salir a la calle y evitando estas situaciones siempre que le es posible. La falta de atención a su hijo ha propiciado la intervención de los servicios sociales en el domicilio.

Los resultados obtenidos en las distintas pruebas de evaluación cognitiva se presentan en la tabla 2.

Estos resultados nos indican que en el subtest de Dígitos, hay un rendimiento deteriorado, observándose también un rendi-

miento inferior al normal en el subtest de Clave de Números. En cuanto a la prueba de la Figura Compleja de Rey, se observa que, tanto en el proceso de copia como en la reproducción a largo plazo de la misma, su rendimiento es inferior a lo normal según el grupo de referencia (la figura 1 muestra la reproducción de la Figura Compleja de Rey en la fase de copia y memoria). En relación al aprendizaje de palabras y recuperación de estas, tanto en el recuerdo inmediato como en el reconocimiento, se observan rendimientos inferiores a los normales. Donde se observa un mejor rendimiento es en el recuerdo demorado de las palabras presentadas, manteniéndose dentro de la media de su grupo de edad. En los subtest de Semejanzas y Letras-Números también se evidencia un rendimiento inferior a lo esperado en relación a su grupo de edad. El rendimiento en la condición Palabra-Color del test de Stroop es claramente insuficiente, al igual que en las condiciones de Palabra y Color. Por último en las pruebas de Vocabulario e Información también se evidencia un rendimiento claramente deteriorado.

## Conclusiones

En este estudio de caso podemos observar que se presentan las principales características que los recientes estudios señalan como distintivas del TA, estas son la conducta acumuladora vivida como egosintónica y que ocurre por el apego al valor intrínseco de los objetos que se acumulan. En relación con lo anterior, la participante muestra un diagnóstico de TOC, lo que según investigaciones recientes (Abramowitz *et al.*, 2008; Olatunji *et al.*, 2008; Pertusa *et al.*, 2008; Samuels *et al.*, 2008) es frecuente que se encuentre cuando se presenta un TA, ya que estos estudios defienden el TA como

un trastorno separado del TOC. Otras características funcionales que se presentan en el TA y que también se observan en este caso son la presencia de conflictos familiares, aislamiento social y que es el deterioro de

su vida personal lo que motiva la consulta en salud mental (Lahera *et al.*, 2006). También se evidencian en el caso otras características distintivas del TA con respecto a la conducta acumuladora que se presentaba en

Tabla 2. Resultados de la evaluación cognitiva.

<i>Prueba</i>	<i>Resultado</i>
<i>FIGURA COMPLEJA DE REY</i>	
<i>Copia de la figura</i>	PD Exactitud: 25/36. PC = 10 Tipo: IV. PC < 10 Tiempo: 3-4 minutos. PC = 25
<i>Recuerdo demorado (memoria)</i>	PD Exactitud: 15/36. PC = 10 Tipo: IV. PC = 10 Tiempo: 3-4 minutos
<i>SUBTEST LISTA DE PALABRAS DE LA WMS-III</i>	
<i>Recuerdo inmediato</i>	PD: 2/12. Pe: 4
<i>Recuerdo total inmediato</i>	PD: 25/48. Pe: 5
<i>Recuerdo demorado</i>	PD: 8/12. Pe: 10
<i>Reconocimiento</i>	PD: 21/24. Pe: 6
<i>TEST DE STROOP</i>	
<i>Palabra</i>	PD: 60. PT: 20
<i>Color</i>	PD: 51. PT: 30
<i>Palabra-Color</i>	PD: 14. PT: 20
<i>SUBTEST DE LA ESCALA WAIS-III</i>	
<i>Dígitos</i>	PD: 7. Pe: 4
<i>Clave de Números</i>	PD: 56. Pe: 9
<i>Semejanzas</i>	PD: 13. Pe: 8
<i>Letras-Números</i>	PD: 6. Pe: 7
<i>Vocabulario</i>	PD: 25. Pe: 7
<i>Información</i>	PD: 7. Pe: 6

**PC:** Percentil. **PD:** Puntuación Directa. **Pe:** Puntuación Escalar (Media  $\pm$  Desviación Típica: 10  $\pm$  3). **PT:** Puntuación T (Media  $\pm$  Desviación Típica: 50  $\pm$  10). **WAIS-III:** “Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III” (*Wechsler Adult Intelligence Scale-III*, WAIS-III; Wechsler, 2001). **WMS-III:** “Escala de Memoria de Wechsler-III” (*Wechsler Memory Scale-III*, WMS-III; Wechsler, 2004).

el Síndrome de Diógenes, estas son la edad de inicio, el tipo de material acumulado, la forma y motivo por el que se acumula.

En relación con el primer objetivo propuesto, en el caso se evidencian alteraciones en prácticamente la totalidad de las capacidades evaluadas. En cuanto a las capacidades de atención y velocidad de procesamiento, se encuentran déficit en ambas, aunque estas dificultades son mayores en la atención-concentración que en la velocidad de procesamiento de la información. En memoria verbal las alteraciones más fuertes parecen encontrarse en el recuerdo inmediato de material verbal no estructurado que es repetido durante el aprendizaje y en el reconocimiento demorado de este. El recuerdo demorado de este material verbal parece estar preservado. En la capacidad de memoria visual la pobreza de la reproducción de la Figura Compleja de Rey manifiesta claramente un deterioro en la retención de material visual. Las habilidades visoconstructivas también muestran un déficit importante. Hay una pobre capacidad de inhibición de respuesta, que también indica un deterioro

de la atención selectiva, alteraciones en abstracción que evidencian rigidez cognitiva y déficit en memoria de trabajo que indican dificultad en el mantenimiento y manipulación de información presentada. En cuanto al lenguaje se muestra una comprensión y habilidad verbal deficiente.

En base a la literatura revisada, los datos obtenidos en este caso están en consonancia por lo encontrado por estudios como los de Grisham *et al.* (2007), Hartl *et al.* (2004) y Wincze, Steketee y Frost (2007) sobre alteraciones cognitivas del TA. Unido a la evidencia empírica hallada en la literatura, los hallazgos obtenidos en este estudio de caso evidencian la importancia de la evaluación cognitiva como un área más a evaluar en este trastorno ya que las dificultades pueden tener influencia en diferentes características clínicas del trastorno. Aunque como se trata del estudio de un solo caso hay que tener en cuenta los inconvenientes derivados de lo pequeño de la muestra y aunque la participante halla sido diagnosticada y este tomando la medicación desde hace solo unos días, factores como la medicación o el ni-

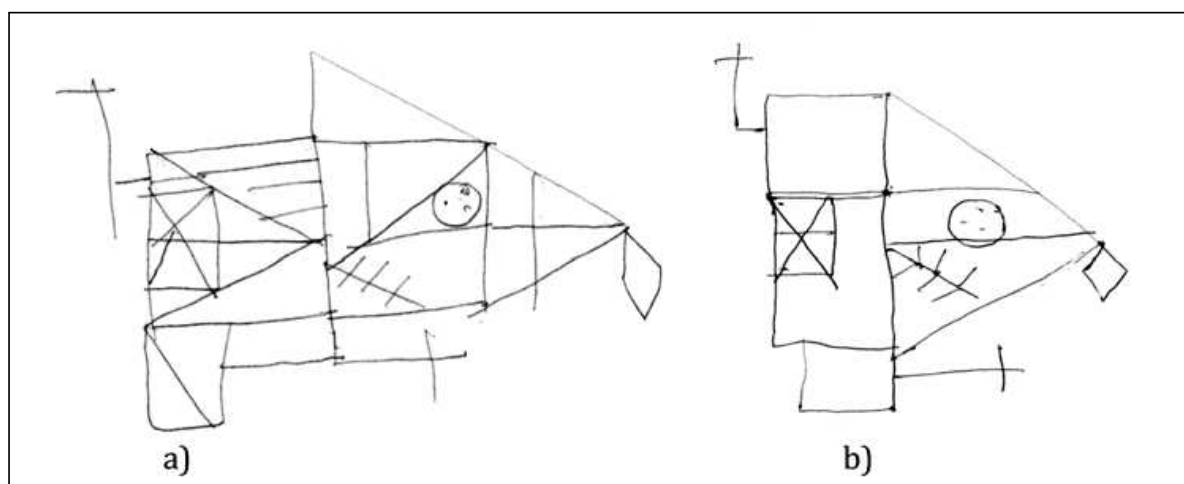


Figura 1. a) Copia de la Figura Compleja de Rey. b) Reproducción en memoria de la Figura Compleja de Rey.



vel de depresión y ansiedad pueden influir también en los resultados obtenidos en este estudio.

Debemos de ser cautos y tener en cuenta posibles factores que pueden afectar a la ejecución, pero es cierto que las alteraciones cognitivas pueden influir de alguna forma en las características clínicas del TA. Por ejemplo, los problemas de atención y la dificultad para inhibir respuestas en personas con TA pueden contribuir a una excesiva conducta de adquisición y almacenamiento. Los problemas de secuenciación y planificación unidos a la rigidez cognitiva pueden hacer que estas personas tengan una capacidad limitada para organizar los objetos o deshacerse de ellos. Las dificultades en el mantenimiento-manipulación de la información a corto plazo y las alteraciones en comprensión y habilidad verbal pueden influir en el mantenimiento de una conversación, realizar tareas domésticas, iniciar relaciones sociales, etc. pudiendo afectar esto al funcionamiento socio-laboral de quien padece este trastorno. Los déficits de memoria en el TA también pueden hacer que se acumulen diferentes objetos como recordatorios de algún suceso importante para la persona, en consonancia con el modelo cognitivo-conductual de la acumulación de Frost.

Otras características del TA como la vivencia de la conducta acumuladora como no patológica y los déficit cognitivos pueden dificultar el tratamiento de quien lo padece, produciéndose la intervención en el trastorno cuando los problemas generados por la acumulación son de una gravedad importante. Precisar la clasificación nosológica del TA y conocer las características asociadas, como las alteraciones cognitivas y clínicas que estudiamos en este caso, son áreas prioritarias de estudio que necesitan ser de-

sarrolladas por investigaciones futuras. Un conocimiento más amplio de estos aspectos permitiría mejorar la identificación de casos, estimularía tanto el estudio como el desarrollo de tratamientos específicos y aumentaría la conciencia pública sobre el trastorno.

## Referencias

- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Schwartz, S.A. y Furr, J.M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1049-1057.
- Abramowitz, J.S., Wheaton, M.G. y Storch, E.A. (2008). The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1026-1033.
- Frost, R.O. y Gross, R.C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 367-381.
- Frost, R.O. y Hartl, T. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 341-350.
- Golden, C.J. (2007). *Stroop. Test de colores y palabras*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gómez-Feria I. (2009) Formas clínicas de las conductas acumuladoras. *Psiquiatría Biológica, 16*, 122-130.
- Grisham, J.R., Brown, T.A., Savage, C.R., Steketee, G. y Barlow, D.H. (2007). Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1471-1483.
- Hartl, T.L., Frost, R.O., Allen, G.J., Deckersbach, T., Steketee, G., Duffany, S.R. y Savage, C.R. (2004). Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding. *Depression and Anxiety, 20*, 59-69.

- Lahera, G., Martín-Ballesteros, E. y Saiz-Ruiz, J. (2004). Trastorno por acumulación como subtipo de trastorno obsesivo compulsivo. *Archivos de Psiquiatría*, 67, 289-304
- Lahera, G., Saiz, D., Martín, E., Pérez, M. y Baca, E. (2006). Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 407-410.
- Lawrence, N.S., Wooderson, S., Mataix-Cols, D., David, R., Speckens, A. y Phillips, M.L. (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*, 20, 409-419.
- Mataix-Cols, D., Frost, R.O., Pertusa, A., Clark, L.A., Saxena, S., Leckman, J.F., Stein, D.J., Matsunaga, H. y Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety* (en prensa).
- Olatunji, B.O., Williams, B.J., Haslam, N., Abramowitz, J.S. y Tolin, D.F. (2008). The latent structure of obsessive-compulsive symptoms: a taxometric study. *Depression and Anxiety*, 25, 956-968.
- Pertusa, A., Frost, R.O., Fullana, M.A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., Saxena, S., Leckman, J.F. y Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 30 (4), 371-86.
- Pertusa, A., Fullana, M.A., Singh, S., Alonso, P. Menchón, J.M. y Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *American Journal of Psychiatry*, 165, 1289-1298.
- Rey, A. (2003). *Test Rey de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Samuels, J.F., Bienvenu, O.J., Grados M.A., Cullen, B., Riddle, M.A., Liang, K.Y., Eaton, W.W. y Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 836-844.
- Wechsler, D. (2001). *WAIS-III. Escala de inteligencia Wechsler para adultos III. Manual de aplicación y corrección*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2004). *WMS-III. Escala de memoria de Wechsler III. Manual de aplicación y puntuación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wincze, J.P., Steketee, G. y Frost, R.O. (2007). Categorization in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 63-72.