



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

"Características fenomenológicas, diagnósticos coexistentes y frecuencia del síndrome de atesoramiento compulsivo en una población clínica de pacientes que acuden a consulta en el Instituto Nacional de Psiquiatría".

Tesis para obtener el diploma de

Psiquiatra

Dr. Erik Marco Antonio García Muñoz

Dr. Luis Vargas Álvarez
Asesor Teórico

Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza
Asesora Metodológica

México D.F., Marzo del 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

- Marco Teórico. P.1
- Planteamiento del problema P. 18
- Justificación P. 19
- Hipótesis P. 20
- Objetivos P. 20
- Material y método P. 21
- Procedimiento general P. 29
- Análisis Estadístico P. 30
- Consideraciones Éticas P. 21
- Resultados P. 22
- Análisis de resultados y discusiones P. 46
- Fortalezas y limitaciones P. 55
- Conclusiones P. 60
- Bibliografía P. 61

Agradecimientos

In Memoriam, Fernando García Meza (†), nuestro capitán.

A mis padres, Marco Antonio y Luz Amparo, hermano, Alan, y familia por su apoyo incondicional y por guiarme en el camino de la sabiduría, el autoconocimiento y la superación.

A Dulce, mi compañera de equipo y de vida, por estar ahí como un puerto seguro en las tempestades habituales.

A mis tutores y maestros quienes siguiendo los designios de Hipócrates me enseñaron de manera desinteresada el camino del humanismo médico.

A mis amigos y compañeros, en especial a la generación de Psiquiatría 2009-2013, quienes apoyaron de forma importante este trabajo.

Y principalmente, gracias a mis pacientes y sujetos de estudio quienes de forma desinteresada, y a pesar de desazón de la patología mental, apoyaron esta investigación con su tiempo, paciencia.

Marco Teórico

Introducción. Epidemiología.

La acumulación de objetos se presenta como parte de un continuo desde la normalidad hasta un extremo patológico. Lo redactado en la literatura recoge conductas normales como el acopio funcional, el coleccionismo y el extremo patológico del atesoramiento compulsivo. El acopio funcional es una conducta evolutiva vista en varias especies de animales y en todos los grupos humanos, basada en las necesidades y tiene un valor adaptativo así como de anticipación por ejemplo, el hacer la despensa de un mes. El coleccionismo es un fenómeno común que es caracterizado por ser una conducta organizada, con un propósito establecido (gusto, necesidad, jerarquizar...) cuyo fin es la organización más que la acumulación de los objetos. Estos objetos, a menudo son apreciados por otros coleccionistas, por lo que se convierten en moneda de cambio para constituir la colección. El coleccionista individualiza cada objeto según sus características, colocándolo en el lugar que le corresponde en el sistema correspondiente como álbums, cajas, muebles, estantes especiales, etc.¹ El atesoramiento compulsivo fue definido por Frost como un síndrome caracterizado por tres criterios principales: 1) la adquisición y dificultad para tirar y desprenderse de objetos que aparentan (para otros) ser inútiles o de valor muy limitado; 2) Presencia de lugares de vivienda o trabajo lo suficientemente atestados para restringir las actividades para las que dichos espacios fueron diseñados 3) Malestar o disfunción clínicamente significativo ocasionada por la conducta o consecuencia del atesoramiento. Es un síndrome poco estudiado en la psiquiatría, sin embargo, no es poco común ya que de acuerdo con Samuels y cols.² El atesoramiento clínicamente significativo se encuentra en aproximadamente 5.3% de la población. Este

síndrome se ha asociado a diversos trastornos mentales por ejemplo, esquizofrenia, demencia, trastornos del espectro autista, trastornos de la conducta alimentaria, retraso mental, trastornos neuropsiquiátricos que son resultados de lesiones cerebrales o de síndromes genéticos (p.ej. Síndrome de Prader-willi), trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo pero más comúnmente ha sido asociado como subtipo del trastorno obsesivo-compulsivo³ (TOC); se ha estimado que del 18 a 42% de los pacientes con este trastorno, tienen conducta atesoradora. A pesar de ello, en las clasificaciones internacionales no figura como un síntoma o parte de la clasificación de estos síndromes salvo en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad en el DSM-IV⁴ en cuyo quinto criterio se establece el estatuto sobre la incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental, pero no así en el trastorno anancástico de la personalidad de la CIE-10.

El diagnóstico de trastorno por atesoramiento compulsivo es una nueva entidad diagnóstica propuesta para el DSM-5. Diversos estudios han comprobado que los pacientes que reportan los síntomas caracterizados del trastorno por atesoramiento solo 18% tienen diagnóstico de TOC, mientras las comorbilidades más amplias son con el Trastorno Depresivo Mayor en un 53%, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada en un 24% cada una.⁵ Un estudio reciente demostró que una gran mayoría de pacientes que se presentaban a la consulta de un hospital psiquiátrico con una queja por un trastorno por ansiedad, 13.1% presentaban atestamiento importante en sus casas, 18.5% reportan problemas en desechar pertenencias u otros objetos y 24.6% reportan problemas desechando objetos. Los pacientes que tuvieron

mayor reporte de síntomas con atesoramiento fueron los diagnosticados con Trastorno de ansiedad generalizada en 29% y posteriormente los diagnosticados con TOC (17%), fobia social (15%) y el resto con fobia específica o trastorno de pánico (6.7% y 19.4% respectivamente). La gravedad del atesoramiento se correlacionó con rasgos de ansiedad y síntomas depresivos. Los pacientes con atesoramiento compulsivo reportaron mayor gravedad en síntomas depresivos o ansiosos, más alteración en dominios de trabajo, socialización y relaciones familiares. Es de hacer notar que la gran mayoría de los pacientes que reportaron síntomas de atesoramiento tuvieron un diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad Generalizada, dado que estos pacientes muestran poca confianza en sus habilidades para resolver problemas y un sentido disminuido de tolerancia a la incertidumbre, características que también son compartidas con los atesoradores.⁶

El atesoramiento compulsivo, siendo visto como trastorno aparte del TOC o como parte del TOC, ha propiciado que diversos estudiosos realicen análisis de costos del tratamiento tanto gubernamentales como para los propios pacientes. Un estudio en la ciudad de San Francisco (San Francisco Task Force on Compulsive Hoarding) estimó que los costos gubernamentales de provisión de servicios asciende a U\$6.4 millones de dólares por año.⁶ El atesoramiento puede producir riesgos a la salud como parasitosis, infestaciones, caídas, incendios o incapacidad para comer en casa. Además de ello, se ha reportado un gran número de condiciones médicas crónicas que son comórbidas con el trastorno por atesoramiento lo que genera mayor utilización de los servicios de salud y mayor número de días no trabajados. Así mismo, la alteración funcional y discapacidad parecieran estar relacionados a

los síntomas depresivos y de ansiedad comórbidos⁷. Según Saxena y cols.⁸ los atesoradores tuvieron una menor satisfacción con su vida que los demás pacientes psiquiátricos incluyendo los pacientes con TOC presentando una alta tasa de desempleo pues sólo 15% del total de estos pacientes tienen empleo lo que genera calificaciones en la calidad de vida que son comparables inclusive a los pacientes con esquizofrenia, TOC grave y menores que otros pacientes psiquiátricos. Hay que tomar en cuenta que el atesoramiento compulsivo empeora con la edad, por lo que al paso del tiempo la carga económica social y personal se incrementa.

Aspectos fenomenológicos.

Se sabe que esta conducta está comúnmente asociada con el almacenaje de comida principalmente en roedores y aves que es parte del ciclo vital normal de estas especies e inclusive de los humanos a etapas tempranas. Gesell y sus colegas han demostrado que cerca del segundo año de vida, la gran mayoría de los niños realizan algún ritual que está encaminado al desarrollo de alguna habilidad como la alimentación, control de esfínteres y vestido. El atesoramiento como ritual tiene un pico a los 6 años, cuando se reporta que el 60% de los niños presentan esta conducta.^{9, 10}. Estos datos sugieren que los rituales obsesivos-compulsivos son conductas conservadas evolutivamente y reaparecen en transiciones del desarrollo^{11,12}. De acuerdo a lo expuesto por Leckman y cols.¹³, es posible que en la historia evolutiva de la humanidad existieron épocas de privación de alimento por lo que el acúmulo de víveres fue una conducta adaptativa y probablemente dio mayores posibilidades de sobrevivencia y preservación de la especie humana.

La conducta de coleccionar pareciera haber pasado a través de la evolución debido a lo propuesto por McGuire y Troisi¹⁴ en su modelo darwiniano de la conducta: los organismos vivientes, humanos o no, en algún momento necesitan arreglar su medio ambiente de manera que les permitan obtener nutrientes eficientemente, reproducirse y evitar la muerte antes de la reproducción. La selección natural favoreció estos sistemas para producir patrones integrados de conductas y con la evolución del cerebro humano, se adicionaron capacidades que permitieran un proceso de la información más complejo y sofisticado primordialmente en cuanto al pensamiento simbólico. Cada modelo conductual puede ser separado en cuatro componentes: motivaciones o metas, sistemas automáticos, algoritmos y capacidades funcionales.

Las motivaciones están basadas en sistemas de información encausados que ejercen influencia en la dirección, persistencia e intensidad de las conductas. Los sistemas automáticos son conjuntos fisiológicos y psicológicos con sustratos anatómicos que seleccionan, categorizan y priorizan la información interna y externa, facilitándola, restringiéndola o sobreexpresándola. Esta información es codificada en forma de algoritmos que la estructuran y median finalmente la conducta. Los algoritmos son aprendidos y mejorados en asociación con las emociones, y son respuestas evolutivamente seleccionadas para resolver problemas adaptativos y promover cambios conductuales.

De acuerdo a Maier¹⁵, no hay una definición oficial de atesoramiento aunque la gran mayoría de los estudios que han evaluado el atesoramiento como síndrome aparte de los trastornos donde también se puede encontrar han

tomado las definiciones de Frost y Hartl. Por esta razón, sólo pocos estudios se han enfocado en dirección del atesoramiento. Es considerado, más bien, como un síntoma del TOC o del trastorno de la personalidad. La gran mayoría de los estudios hacen mención de esto pero a menudo fallan en explicar la definición que se usó. Tampoco hay consenso acerca de la medición del atesoramiento. La gran mayoría de los instrumentos que se han usado para evaluar al atesoramiento provienen de la medición del fenómeno como la escala Yale-Brown para síntomas obsesivo-compulsivos (Y-BOCS) para estudiarlo en el caso del TOC. Además, la mayoría de los estudios separan a los pacientes como parte de dos fenómenos y un grupo misceláneo:

- Ancianos que acumulan basura principalmente, descuidan sus hogares y su cuidado personal. Varios presentan diferentes diagnósticos como demencia, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno bipolar, TOC y abuso o dependencia a etanol. A menudo la denominación de síndrome de Diógenes es usado.
- Estudios que hacen mención especial a pacientes con TOC en los que el atesoramiento forma parte de los síntomas principales.
- Reportes de casos de atesoramiento en pacientes con otros trastornos psiquiátricos y neuropsiquiátricos como trastornos de la alimentación, juego patológico, daño cerebral, esquizofrenia, síndrome de Prader-Willi, trastornos del espectro autista, trastorno por tics e inclusive en sujetos sin algún trastorno psiquiátrico.

Frost y cols.¹⁶ han sido los que más han estudiado a este fenómeno. Se destaca que el atesorado como característica principal tiene la dificultad por tirar pertenencias. La inspección cercana de la naturaleza de los objetos colectados ha revelado que los individuos coleccionan y guardan una gran variedad de diversos objetos, a menudo llenando sus hogares con objetos que inclusive no sacan de sus empaques. A menudo, estos objetos se mezclan con basura y las razones para coleccionar, expuestas anteriormente, son similares a las personas que acumulan pero que no atesoran. El atesorador presenta varias características cognitivas que Frost y Hartl¹⁶ describieron como un modelo basado en la conducta. Gran parte de la conducta de acopio se encuentra sobre creencias sobre la naturaleza y significado de las pertenencias. Muchos pacientes tienen una conexión especial con ellas y cada una de estas creencias está relacionada a una sobreestimación catastrófica o pérdida:

1. Creencias sobre la necesidad de perfección y evitación de errores futuros: "Guardo periódicos para leer todas las noticias y contarlas a mis nietos cuando nazcan. Si no lo hiciera así, sería una falla para mí".
2. Creencias sobre utilidad futura de objetos: "Guardo estos objetos pues en un futuro los podría utilizar"
3. Creencias sobre apego emocional con los objetos: "Amo mis objetos como si fueran un tesoro"

4. Creencias sobre el control de las pertenencias: "Como los objetos son parte de mí, nadie podría tirar mis objetos porque sería tirar una parte de mí".
5. Creencias sobre la memoria: "Si no guardo estos apuntes tal vez no pueda recordar la información vertida en ellas y luego no pueda encontrarla".

A pesar de que el atesoramiento pareciera estar dirigido por ideas obsesivas de atesoramiento y el acto de atesorar pareciera una compulsión, existen un número de diferencias que hacen distinto al trastorno por atesoramiento de TOC.⁵

1. Los pensamientos relacionados al atesoramiento no son experimentados como intrusivos y no son repetitivos en la misma manera en que se relatan las obsesiones comunes que son normalmente descritas como egodistónicas y ansiogénicas. El problema y el estrés visto en los pacientes con atesoramiento compulsivo es debido a las consecuencias de la acumulación y no por el pensamiento de creer un objeto como propio, que en una gran cantidad de casos ocasiona un sentimiento placentero de felicidad.
2. Al contrario de las obsesiones que ocasionan que un individuo acumule, los pacientes atesoradores no buscan eliminar sus pensamientos con respecto de las pertenencias con su debido a su naturaleza egosintónica que contrasta con los pacientes con TOC en quienes el insight es una variable temporal y fluctuante.

3. Estudios recientes de correlación han mostrado que los síntomas obsesivo-compulsivos clásicos con los de atesoramiento se relacionan muy poco en comparación con otras medidas de gravedad como la ansiedad o depresión, mientras que los síntomas TOC clásicos se correlacionan adecuadamente unos a otros.

4. Contrario a lo observado con los síntomas obsesivo-compulsivos, los síntomas de atesoramiento tienden a empeorar con el paso del tiempo; el malestar y la disfunción aparecen relativamente tarde en el curso del padecimiento sobretodo ligado a la participación en la limpieza de las casas o de los espacios atestados por parte de terceras personas, parientes o autoridades

Contrario a pacientes con TOC que tienen obsesiones fenomenológicamente claras relacionadas al atesoramiento, los pacientes con atesoramiento compulsivo presentan una alta comorbilidad de compras compulsivas o adquisición de objetos gratis, siendo estas conductas reportadas en un aproximado de 80% de los sujetos.

En el estudio de calidad de vida por Saxena⁸, los atesoradores compulsivos tienen menores puntajes en las medidas subjetivas de satisfacción con la seguridad con los que estos paciente se sienten inseguros y menos satisfechos con los servicios de seguridad en las calles de su vecindario y menos satisfacción en los sentimientos de protección de ser robados o atacados, en combinación con que los atesoradores tienen mayores puntajes en la escala

de victimización, siendo 9% del estimado ser víctimas de un crimen violento y 23% víctimas de un crimen no violento, lo que contribuiría a generar creencias paranoides habitualmente vistas en estos pacientes siendo una creencia que se podría agregar también asociada a este modelo previamente diseñado.

A este respecto, diversas investigaciones han señalado que los eventos traumáticos pudieran estar ligados al inicio de la sintomatología acumuladora y estos sucesos correlacionan de acuerdo a la gravedad del mismo trastorno por atesoramiento.¹⁷ Pertusa y cols.¹⁸ reportaron que los síntomas de atesoramiento se desencadenaron o empeoraron después de un evento traumático en 11% de los atesoradores sin TOC y 24% de los atesoradores con TOC. Otro evento relacionado es la privación material o monetaria. En el estudio de Landau y cols.¹⁹ los atesoradores con o sin TOC reportaron mayor número de eventos traumáticos que otros pacientes psiquiátricos o controles sanos, siendo importantes aquellos relacionados con desastres naturales o provocados por personas, sin embargo, los atesoradores sin TOC relacionaban estos eventos con el inicio de su sintomatología. El número y gravedad de estos eventos estaba correlacionado con la gravedad de los síntomas de atesoramiento. Considerando el inicio de los síntomas, 13.6% de los atesoradores ligaban su sintomatología a algún evento estresante, 15.9% a estresores actuales, 31.5% a situaciones típicamente neutrales (como cambio de casa, vivir solo, etc.) y 38.6% no identificaron relación alguna, contrario a los pacientes con atesoramiento y TOC quienes ligaron el inicio de sus síntomas a un estresor en 10.8%, 18.9% a estresores actuales y 59.5% no identificaron algún evento. Esto da una idea de que el trastorno por atesoramiento podría estar ligado a experiencias traumáticas sobretodo en relación a pérdida de

pertenencias debido a desastres. Una posible explicación es que estos eventos dirigen al individuo a percibir el mundo como impredecible e incontrolable lo que predispondría a una búsqueda de confort y seguridad en las pertenencias sobre las cuales podrían ejercer algún grado de control. De igual manera, los atesoradores sin TOC reportan más estresores generados por el hecho de que otras personas, principalmente familiares cercanos, desechen sus pertenencias. Contrario a lo pensando, en este estudio no se encontró relación con el inicio o gravedad de los síntomas e historia pasada de privación monetaria. En línea con lo expuesto por Frost y Hartl, los estresores relatados por los pacientes atesoradores estaban relacionados a temas de pérdidas como la muerte de un miembro familiar importante, el fin de una relación, divorcio, ser desahuciado de una enfermedad, despidos, quedarse sin hogar o el robo de un hijo por una expareja. Esto sugiere que el atesorador ejerce su mayor control sobre las pertenencias por un sentido de seguridad que es puesto a prueba posterior a una pérdida significativa.

Aspectos neurobiológicos.

Se observa que tanto en personas que acumulan sin tener una patología y aquellos que presentan un atesoramiento compulsivo presentan indecisión, perfeccionismo y dificultad para la categorización como características cognitivas; el estudiar la causa de estos déficits podría hallar los correlatos neurales en estos pacientes.

A este respecto y como una conducta evolutivamente conservada, el estudio de la acumulación como síndrome se ha basado en modelos animales. Los roedores murinos han sido los principalmente estudiados debido a que el atesoramiento forma parte su ciclo vital, y lo descrito es que el acopio de

alimento es una conducta que es altamente selectiva del polo anterior en el cerebro de la rata y requiere de procesos cognitivos altamente desarrollados evolutivamente como la secuenciación y la flexibilidad cognitiva. Se ha demostrado que la conducta atesoradora se ve influida por mecanismos subcorticales y corticales siendo la corteza medial prefrontal o las proyecciones dopaminérgicas del núcleo accumbens hacia esta área cortical las que más se han asociado a cambios en la acumulación normal de comida cuando resultan lesionadas.^{20, 21, 22} De igual manera, parece que diversos estímulos que influyen sobre el desarrollo de estas áreas corticales, como lesiones a edades tempranas (antes de las semana 10 de vida de la rata) en la amígdala o en la corteza cingulada anterior, alteran la conducta de acumulación normal en los roedores. La corteza cingulada anterior se ha relacionado también al acúmulo de alimentos dado que las lesiones en esta área alteran los circuitos dopaminérgicos que parten desde el núcleo accumbens, por lo que se ha propuesto por lo tanto que las interacciones entre estas dos áreas están implicadas en la planeación de estrategias.²³

Diversos estudios neuropsicológicos han dirigido nuevas investigaciones hacia la búsqueda de las áreas implicadas en la conducta atesoradora en humanos. Se ha demostrado que estos individuos tratan al objeto como único, lo que ocasiona mayor ansiedad, categorización más lenta y con mayor número de categorías que son más prominentes cuando se trata de pertenencias. Esto podría deberse a dificultades o déficits en el procesamiento de la información sensorial, atención y toma de decisiones. En línea con lo expuesto por Frost y Hartl estos pacientes muestran mayor perfeccionismo, rigidez cognoscitiva, indecisión y evitación, características que son consecuencia de estos déficits.

Los pacientes con atesoramiento se desenvuelven peor en pruebas atencionales y de inteligencia no verbal, que son muestra de la dificultad en la categorización, habilidad que requiere de planeación, desarrollo de estrategias para agrupar, atención sostenida, control de impulsos y habilidades en toma de decisiones mismas que son fallas comunes en este tipo de pacientes.²⁴ En un estudio más reciente, Grisham y cols.²⁵ reportan que los pacientes atesoradores muestran mayor número de categorías cuando se les ordena realizar acomodo por grupos y toman más tiempo en ordenar, funciones relacionadas con la planeación de estrategias y con alteraciones en la memoria a corto plazo. Las áreas mayormente implicadas son la corteza prefrontal dorsolateral y parietal bilaterales.

Basados y precedidos por los hallazgos en animales y en series de casos de pacientes con lesiones neurológicas, muchas investigaciones se han puesto en marcha para encontrar correlatos neurobiológicos que podrían explicar los hallazgos neuropsicológicos en los pacientes con atesoramiento. Al saber que la corteza medial prefrontal de los roedores tiene homología con la corteza dorsomedial prefrontal de los primates y que ésta y la corteza cingulada anterior se han visto implicadas en alteraciones en la conducta atesoradora diversos estudios se han realizado buscando la actividad de dichas áreas cerebrales en pacientes con atesoramiento:

- En el estudio dimensional de subtipos de TOC, Mataix-cols y cols.²⁶ utilizaron resonancia magnética funcional (fRM) con un paradigma de imágenes aversivas relacionadas al subtipo predominante de TOC determinado mediante la lista de verificación de síntomas de la escala Y-BOCS, demostraron un incremento de actividad en el giro precentral

- superior izquierdo, giro fusiforme izquierdo y la corteza orbito frontal derecha en pacientes con TOC subtipo predominante de atesoramiento.
- En el protocolo desarrollado por Saxena y cols.²⁷ utilizando PET, se demostró que los individuos con TOC subtipo de atesoramiento tienen menor metabolismo cerebral en el giro cingulado posterior derecho y mayor en la corteza dorsolateral prefrontal en relación con sujetos control. Comparado contra sujetos con TOC sin atesoramiento, los atesoradores tuvieron menor metabolismo de glucosa en el cíngulo anterior dorsal bilateral y la gravedad de los síntomas se correlacionó negativamente con el metabolismo de esta área.
 - En un estudio morfométrico utilizando imagen por Resonancia Magnética (iRM) por parte de Anderson y Damasio²⁸ que evaluó a nueve pacientes con lesiones cerebrales que habían desarrollado después de la lesión síntomas de atesoramiento contra 54 que no lo tenían, se encontró que las áreas mayormente concordantes en los sujetos con conducta atesoradora eran la corteza prefrontal medial, específicamente en lesiones que involucraban el polo orbitofrontal y la corteza cingulada anterior. Otras áreas de interés fueron lesiones en el núcleo accumbens y la corteza temporal pero en menor cantidad de pacientes.
 - Respecto a un protocolo que utilizó iRM con morfometría basada en voxel por parte de Gilbert, Mataix-cols y cols.²⁹ se correlacionó el

atesoramiento con el volumen de la corteza premotora izquierda distinto de los subtipos de contaminación, simetría y de revisión.

- En un estudio derivado de su protocolo anterior, Saxena y cols.³⁰ enrolaron a 20 adultos con atesoramiento compulsivo –siguiendo los criterios de Frost y Hartl- y 18 controles. Se demostró, por medio de PET, que los individuos acumuladores tenían menor metabolismo de glucosa en la corteza cingulada anterior bilateral tanto en su parte dorsal como ventral. La gravedad del atesoramiento se asoció a bajo metabolismo en la corteza cingulada anterior dorsal derecha, la corteza cingulada posterior derecha y putamen bilateral. No hubo diferencias significativas en el metabolismo en áreas relacionadas al TOC.
- En lo publicado por An y cols.³¹ se demostró que utilizando fRM y un paradigma de provocación de ansiedad por medio de fotografías e imaginaria, los individuos con TOC con subtipo predominante de atesoramiento tenían mayor activación en la corteza prefrontal ventromedial que aquellos pacientes TOC sin síntomas de atesoramiento. Comparando con los resultados tanto de sujetos control como de los pacientes TOC sin atesoramiento, los pacientes con atesoramiento mostraron mayor activación en sistemas frontolímbicos como la corteza prefrontal ventromedial, la corteza medial temporal, tálamo y corteza sensorimotora.
- Tolin y cols.³² realizaron un paradigma de toma de decisiones para desechar objetos personales y su correlato con la activación de áreas

revisadas por fRM. Al momento de tomar las decisiones, los sujetos eran escaneados en áreas de interés. Esto demostró que los individuos con atesoramiento tienen un proceso de toma de decisión más dificultoso y con mayor actividad en la corteza orbitofrontal lateral, el giro parahipocampal, giro temporal superior y medio, giro frontal medial y corteza cingulada anterior.

Además de esto, respecto a hallazgos genéticos se ha reportado que hasta el 78% de los familiares de primer grado de paciente con síntomas de atesoramiento reportan tener alguna conducta atesoradora. Un estudio en gemelos reportó que la heredabilidad del atesoramiento es de aproximadamente 50%. Varios genes se han asociado además al atesoramiento como el gen de la COMT en el cromosoma 22q11.21, del receptor tipo 3 a tirosin-cinasa (NTRK3) en 15q25.3 y polimorfismos en el gen SLCA1 que codifica para el transportador neuronal de glutamato.¹³

En conclusión, los estudios de lesiones en animales y humanos, además de los de neuroimagen implican los circuitos fronto-limbicos en la génesis del atesoramiento compulsivo. Es interesante remarcar dos puntos de importancia: Estos hallazgos contrastan con los hallazgos neurobiológicos del TOC en el que se implican mayormente los circuitos frontoestriatales; por otro lado, estos hallazgos han sido encontrados en pacientes en los que se ha revisado la presencia de TOC mediante la escala Y-BOCS o sólo siguiendo criterios de atesoramiento sin investigar la presencia de TOC lo cual podría establecer al atesoramiento como un constructo separado del TOC. ¹³ También es de destacar que este trastorno se ha asociado con un patrón familiar importante

y con hallazgos en diversos genes distintos a aquellos a los que el TOC ha sido correlacionado.

En este respecto tratando de separar al atesoramiento sólo como un subtipo de TOC, Pertusa y cols.¹⁸ realizaron un estudio clínico fenomenológico de casos y controles en el que comparó 27 pacientes con atesoramiento que no cumplían con criterios para TOC, 25 pacientes con TOC con subtipo principal de atesoramiento, 71 pacientes con TOC sin atesoramiento, 19 pacientes con trastorno de ansiedad y 21 sujetos controles. Los hallazgos de importancia fueron que los pacientes que tenían atesoramiento con o sin TOC tenían una mayor historia familiar para atesoramiento, acumulaban objetos similares salvo cartas, recibos, billetes, medicamentos y objetos extraños (uñas, cabello, orina, heces fecales, pañales usados, etc.) que fueron mayormente acumulados en el grupo de TOC con atesoramiento; también los pacientes difirieron en el sentido que los pacientes con atesoramiento no reportaron que el acúmulo fuera por alguna razón distinta que el valor intrínseco o emocional del objeto y no tuvieron obsesiones-compulsiones relacionadas a lo atesorado como los pacientes con TOC de los que un cuarto de la muestra reportó miedo a consecuencias catastróficas, verificación de que los objetos no hayan sido tirados, necesidad de tirar objetos en un número determinado como "de suerte" o la necesidad de realizar compulsiones mentales cuando tiraban los objetos. Los pacientes con TOC y atesoramiento tuvieron mayor gravedad de síntomas que aquellos sin TOC.

Medición de gravedad. Clinimetría

A pesar de estos estudios, la calificación de la gravedad de los síntomas ha sido controversial como lo mencionó Maier. A este respecto, Frost y cols. desarrollaron el Inventario de Atesoramiento Revisado siendo un instrumento que evalúa las diversas dimensiones del atesoramiento. Se trata de un cuestionario autoaplicable de 23 preguntas que se dividen en tres subescalas: adquisición, dificultad para desechar y atestamiento de sitios. Los estudios de validación y test-retest han hecho que este sea el instrumento mayormente usado para evaluar la presencia y gravedad del atesoramiento.³³ Sin embargo, esta escala no tiene un puntos de corte por lo que para calificar la gravedad de los síntomas de atesoramiento en los diversos estudios se han tomado puntos arbitrarios de esta escala, por ejemplo, en el estudio de Pertusa descrito anteriormente se tomó como punto de corte 40 puntos en el cuestionario, mientras que en los estudios de imágenes se han tomado valores entre 30 y 40.

Sin embargo, la pregunta continúa para aquellos sujetos que se encuentran por debajo de los puntos tomados de esta escala. Parecería que podría hablar de que existen más puntos dentro del espectro de la acumulación sin llegar a extremos patológicos. Lo observado en este respecto, y al saber que es una conducta que se presenta en animales y en humanos sin patología, es que podría dividirse a la acumulación en dos puntos: un acopio funcional que tomaría en cuenta a la acumulación por necesidad expuesta anteriormente y al coleccionismo, y otro acopio disfuncional que incluiría conductas acumuladoras que provocan malestar significativo ya sea para el que lo presente o para las personas que lo rodean o por las consecuencias de la acumulación, siguiendo a Frost, con la dificultad para ocupar lugares debido

al atestamiento en diversos grados. Este acopio disfuncional incluiría a un estilo de acopio por apego real en el que hay acumulacion de objetos que están vinculados con un afecto hacia una persona como cartas, fotografías, escritos, etc. Y el acopio por desorden donde la persona acumula grandes cantidades de objetos simplemente por la dificultad para ordenar pero no tiene ninguna dificultad por que alguien ordene o incluso tire lo objetos en conjunción con el atesoramiento compulsivo.

Planteamiento del problema

¿Cuál será la prevalencia, características sociodemográficas, clínicas, fenomenológicas de pacientes con síndrome de atesoramiento compulsivo en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría?

Justificación

El síndrome de atesoramiento compulsivo es un problema clínico relativamente frecuente pero subdiagnosticado y que ocasiona una gran disfunción personal, laboral y social no sólo en el sujeto que lo presenta sino en los cohabitantes ya que afecta en las relaciones interpersonales y vuelve inservibles diversos espacios que puedan ser ocupados para una función específica. Constituye también un problema de salud pública tanto por su frecuencia, como por el hecho de que la acumulación puede ocasionar el incremento de fauna nociva, ocasionar accidentes que van desde caídas hasta incendios y por lo tanto, genera estilos de vida insalubres.

Dada la frecuencia del síndrome de atesoramiento compulsivo y el deterioro en el funcionamiento, además del hecho que es subdiagnosticado es necesario contar con estudios que evalúen este problema clínico en nuestro país dado que no existe, hasta nuestro conocimiento, ninguna investigación al respecto en los países latinoamericanos, por lo que la información sobre este síndrome proviene de estudios en el extranjero y desconocemos las particularidades del mismo en nuestra población.

Hipótesis

- El síndrome de atesoramiento compulsivo se presentará con una frecuencia aproximada al 2% en la población clínica del INPRF.
- El síndrome de atesoramiento compulsivo se presentará con más frecuencia en los pacientes evaluados con un diagnóstico concerniente a los trastornos del espectro obsesivo.
- El síndrome de atesoramiento compulsivo presentará características clínicas muy variables dependiendo del diagnóstico primario de cada paciente.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia del síndrome de atesoramiento compulsivo en población clínica de una institución psiquiátrica
- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que cursen con este síndrome

Material y método.

- **Tipo de estudio.**

Prospectivo, transversal, heterodémico y descriptivo de acuerdo a la Clasificación de Feinstein.

- **Universo de estudio, muestra, selección y tamaño.**

Pacientes que acudieron al INPRF a consulta de primera vez del Instituto Nacional de Psiquiatría y a consulta subsecuente en las diversas clínicas de subespecialidad, principalmente en la Clínica de TOC y trastornos del espectro del Instituto Nacional de Psiquiatría en el período comprendido entre marzo del 2011 y marzo del 2012.

- **Criterios de inclusión:**

- Edad mayor de 18 años.
- Sexo femenino o masculino
- Escrutinio positivo para atesoramiento compulsivo por medio del Inventario de Almacenamiento Revisado (SI-R).
- Paciente que aceptaron participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Se buscó preferiblemente que acudieran con un familiar quien confirmó la información y que también firmó consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

- Edad menor de 18 años.
- Escrutinio negativo para atesoramiento negativo

- Cualquier condición que impidió al paciente firmar consentimiento informado o contestar adecuadamente los cuestionarios.

Escalas e instrumentos:

1. Instrumento de escrutinio. Inventario de Atesoramiento Revisado (SI-R).

Versión en Español.

Para determinar si los pacientes podrían incluirse dentro del estudio se hizo un escrutinio inicial el Inventario de Atesoramiento Revisado (SI-R).³⁴ Se trata de un cuestionario de 23 preguntas que evalúan las características principales del síndrome de atesoramiento, propuesto por Frost y Hartl, al cual se le realizó un análisis factorial resultando en tres dimensiones principales:

- Atestamiento
- Adquisición
- Dificultad para desechar.

Esta escala muestra consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.92$) así como validez temporal debido a la replicación prueba-reprueba realizada por Frost y cols.³³ llegando a tener concordancia importante ($\kappa = 0.86$ para la puntuación total del SI-R, 0.89 para la subescala de dificultad para desechar, 0.90 para atestamiento y 0.78 para adquisición) sin encontrar cambios significativos estadísticamente en la evaluación temporal ($p > 0.10$). Así mismo, muestra buena validez de constructo siendo comparada con otras medias para atesoramiento como el Inventario para Cogniciones sobre el almacenamiento

(SCI por sus siglas en inglés) y de criterio siendo comparado con las medidas en población abierta y en pacientes con TOC sin atesoramiento.

Al tratarse de una edición española, por consenso dentro de nuestro grupo de investigación de TOC y Trastornos del Espectro, se hizo una adaptación al español de México sin variar de forma importante el significado de las preguntas.

La versión en español tiene una buena consistencia interna $\alpha = .87$ total, $.80$ para la subescala de adquisición, $.79$ para atestamiento y $.83$ para dificultad para desechar. Tiene validez test-retest adecuada, $r = .78$ para la escala total. Tiene una validez convergente adecuada con el Inventario de Síntomas Obsesivo-Compulsivos (OCI-R) de $.50$ y validez divergente adecuada comparado con el Inventario de depresión de Beck de 0.42 .

Se consideró como escrutinio positivo para este estudio cuando el paciente indicó un grado leve en al menos dos subescalas del SI-R o una puntuación total mayor de 41. Los puntos de corte y gravedad se encuentran descritos en la tabla 1.

Puntajes	Cortes	Gravedad
Total	41	67
Atiborramiento	17	29
Dificultad para desechar	14	22

2. Escala/Entrevista de valoración de Atesoramiento (*Hoarding Rating Scale Interview, HRS-I, Versión en Español*). Entrevista a Paciente.

Esta escala fue desarrollada por Tolin y cols.³⁵ como una entrevista semiestructurada que toma entre 10 a 15 minutos su aplicación y que requiere de un clínico calificado en el interrogatorio del atesoramiento compulsivo. Nuestra versión fue traducida por el grupo de investigación, revisada por consenso y finalmente retraducida al inglés por un intérprete-traductor fuera del grupo de investigación. Esta retraducción fue enviada al autor original, David F. Tolin, quien dio su visto bueno para la validación de la escala y aceptó la retraducción como adecuada. Nuestra versión evalúa mediante seis preguntas los dominios del síndrome de atesoramiento compulsivo al paciente de la siguiente forma:

- Pregunta 1. Es una pregunta dicotómica que evalúa la presencia del síndrome de forma global
- Pregunta 2. Evalúa en una escala de tipo Likert de 0 a 8 el ítem de dificultad para desechar
- Pregunta 3. En la misma escala, evalúa el dominio de adquisición excesiva
- Pregunta 4. Siguiendo la misma técnica, evalúa el dominio de atiborramiento
- Pregunta 5. Se evalúa un ítem de molestia ante el trastorno.

- Pregunta 6. Se evalúa el grado de disfunción por el padecimiento y de conciencia de enfermedad.

La escala original muestra adecuada consistencia interna ($\alpha= 0.97$), validez de constructo comparado con los instrumentos principales para evaluación del atesoramiento, el Inventario de Almacenamiento revisado (SI-R) y la Escala Visual de Valoración de Atesoramiento (CIR) con valores que cursan desde 0.71 a 0.94 con todos los ítems significativos. También validez de contenido y validez temporal (valores de r que van de 0.746 a 0.961 con todos los ítems significativos). Si bien esta entrevista no está validada en español, se realizó la misma tomando los valores del SI-R para validez convergente y validez de contenido.

3. Instrumento de escrutinio sobre atesoramiento para el familiar. Escala/Entrevista de Valoración de Atesoramiento (*Hoarding Rating Scale-Interview*, HRS-I, Versión en Español). Cuestionario a Familiar Acompañante.

Esta escala está también basada en la entrevista-escala de valoración de atesoramiento (*Hoarding Rating Scale-Interview*³⁵). Nuestro grupo realizó una adaptación, traducción y retraducción de esta escala para interrogar de forma directa al familiar sobre la patología del paciente. Nuestra versión evalúa mediante 7 preguntas los dominios del síndrome de atesoramiento compulsivo al familiar de la siguiente forma:

- Pregunta 1. Es una pregunta dicotómica que evalúa la presencia del síndrome de forma global

- Pregunta 2. Evalúa en una escala de tipo Likert de 0 a 8 el ítem de dificultad para desechar
- Pregunta 3. En la misma escala, evalúa el dominio de adquisición excesiva
- Pregunta 4. Siguiendo la misma técnica, evalúa el dominio de atiborramiento
- Pregunta 5. Se evalúa un ítem de molestia ante el trastorno.
- Pregunta 6. Se evalúa la disfunción que el trastorno le provoca al paciente
- Pregunta 7. Se evalúa la disfunción que el trastorno genera en la familia.

Las propiedades clinimétricas de esta escala en su versión en español están por validarse y se reportaran como datos preliminares en la tesis.

4. Formato de datos sociodemográficos y clínicos.

Este formato fue diseñado para esta investigación e incluye datos como nombre, sexo, escolaridad, estado civil, expediente del INP, dirección y teléfono. Este formato incluirá además, el diagnóstico psiquiátrico principal y comorbilidad, así como uso, abuso o dependencia de sustancias. Respecto al diagnóstico principal se evaluó la forma de inicio del trastorno, la edad de inicio y el tiempo en semanas entre el inicio del padecimiento y la llegada a atención especializada. Este formato fue llenado por el investigador con base en una entrevista corta con el sujeto de estudio y revisión del expediente clínico.

5. Escala Visual de Valoración de Atiborramiento (Clutter Image Rating scale)³⁶

Se trata de una escala visual que consta de tres series de imágenes que se numeran de uno al nueve. Estas imágenes se catalogan de acuerdo al cuarto presentado en fotografías pertenecientes a la recámara, sala y cocina y valora distintos grados de atestamiento del sitio, siendo valores significativos cuando se calificaba algún cuarto con la fotografía del cuatro al nueve. Posteriormente, el paciente tiene que evaluar el atestamiento en otros cuartos de su casa (pasillos, comedor, auto, lugar de trabajo, garaje, sótano y un ítem para "otros espacios"), basándose en las imágenes correspondientes a la sala. La escala tiene buenos datos clinimétricos: correlación intraclase de 0.56 a 0.71 y un $\alpha=0.84$, correlación con la subescala de atestamiento del SI-R de 0.72 y con el ítem de atestamiento del HRS-I de 0.82.

6. Cuestionario de objetos acumulados y cogniciones relacionadas (COACR):

Se trata de un cuestionario desarrollado por el equipo del proyecto de Atesoramiento de la clínica de TOC y Trastornos del Espectro del INPRF para esta investigación. Este cuestionario consta de tres partes: la primera de ellas consta de describir los diez objetos atesorados en mayor cantidad o importancia. La segunda parte evalúa el tiempo en que se adquieren los mismos, siendo evaluada mediante un código: el número uno corresponde a "presente" que es calificado de esta manera, si el paciente ha adquirido el objeto de dos meses a la fecha; el número dos corresponde a "pasado" y se califica de esta manera si el objeto acumulado fue adquirido anterior a dos

meses y actualmente no lo adquiere, y “presente y pasado”, correspondiente al número tres, si el paciente ha adquirido el objeto incluso antes de dos meses y los continúa adquiriendo hasta la actualidad.

En la tercera parte se hace un cuestionario sobre las razones principales que tienen los pacientes atesoradores para acumular sus objetos. Posteriormente y con base en el motivo del paciente, se clasifica la creencia de acuerdo a una lista de cogniciones relacionadas a atesoramiento, acorde con lo expuesto por Frost y Steketee en su modelo cognitivo-conductual del atesoramiento compulsivo³⁷ y con el modelo propuesto por los investigadores de este estudio, para probar otras formas de acumulación en personas sin atesoramiento compulsivo; para ello se desarrollaron cuatro propuestas para las formas de acumulación consideradas: acopio funcional, coleccionismo, acopio disfuncional por desorden y acopio disfuncional por apego real. Adicionalmente, se agregó una clasificación por obsesión y otra para razones no consideradas.

7. Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO-31).

Este cuestionario fue creado por un consenso internacional sobre TOC (*Obsessive Compulsive Cognition Working Group OCCWG*) en 1997 con el fin de evaluar creencias y presunciones de los pacientes que ocasionan que los pensamientos intrusivos se evalúen de forma errónea y estos se conviertan en obsesiones y compulsiones. En el caso de Iberoamérica, este cuestionario fue validado en Argentina por Rodríguez-Biglieri R y cols.³⁸ Y cuenta con 31 items, ya que 13 de los 44 items originales resultaron con poca correlación intraclase. Estos 31 items están agrupados en cuatro factores importantes: perfeccionismo

y necesidad de certeza, importancia y control de los pensamientos, responsabilidad por daño y, por último, sobreestimación del peligro. Cuenta con buena validez, explicando los cuatro factores el 62.033% de la varianza, y un α de Cronbach de 0.9377. La correlación prueba-reprueba fue adecuada ($r=0.83$). La validez convergente fue con la escala Yale-Brown de Síntomas Obsesivo-Compulsivos (Y-BOCS) con $r=0.715$ y validez divergente con el Inventario de Depresión de Beck baja ($r=.161$ $p=0.80$).

8. Escala de impresión clínica global (CGI).

Este instrumento puede ser utilizado en cualquier evaluación diagnóstica. Permite valorar el estado del paciente en un periodo de hasta 3 días antes del momento de evaluación. Consta de un solo reactivo en el que el clínico asigna una calificación de 0 a 6 en donde 1 indica sin enfermedad, 2 enfermedad limítrofe, 3 levemente enfermo, 4 medianamente enfermo, 5 marcadamente enfermo, 6 gravemente enfermo y 7 dentro de los pacientes más gravemente enfermos. La calificación se basa en el juicio médico y experiencia del médico en la patología a evaluar. La validez de la escala se da por la asumida capacidad clínica del evaluador.

Procedimiento general de la investigación.

1. Se captaron pacientes de primera vez de la consulta externa quienes se les invitó a realizar el instrumento de escrutinio inicial con el SI-R al paciente y con el HRS-I Cuestionario a familiar, posterior a que el paciente y el familiar se les explicara, leyeran y firmaran

voluntariamente el consentimiento informado. Para hacer el comparativo con los pacientes con TOC, se captaron pacientes de primera vez y subsecuentes de la clínica de TOC y trastornos del espectro.

2. Cuando el sujeto de investigación tuvo un puntaje de 41 en el total de la sumatoria del SI-R o por lo menos puntaje significativo en dos de las tres subescalas del SI-R, de acuerdo a lo previamente expuesto en la sección de escalas e instrumentos, se le invitó a participar en la segunda etapa del estudio que consistió en una segunda entrevista con el paciente para corroborar la presencia de atesoramiento compulsivo. Además se recabaron datos demográficos.
3. Posterior a la realización de entrevistas y recabar datos demográficos, se evaluaron mediante entrevistas semiestructuradas (HRS-I) y cuestionarios específicos sobre dominios del atesoramiento y cogniciones (COACR, CIR y CCO-31).
4. Posterior a la evaluación de los sujetos de investigación, se realizó una revisión del expediente clínico para completar los datos sociodemográficos y clínicos, así como establecer el diagnóstico principal con el que cursa el sujeto de investigación.

Análisis estadístico:

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y

desviación estándar (DE) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los distintos grupos diagnósticos se utilizó la Chi Cuadrada (χ^2) para contrastes categóricos y U de Mann-Whitney para variables ordinales, mientras que para las variables continuas se utilizó ANOVA de un vía. Todos los resultados fueron de dos colas. Para realizar correlaciones entre los puntajes de las escalas (principalmente sobre el inventario de atesoramiento revisado) y las variables del estudio se utilizó coeficiente de correlación de *Pearson* en caso de variables paramétricas a nivel intervalar o coeficiente de correlación de *Spearman* en caso de ser variables no paramétricas (ordinales o continuas).

Consideraciones éticas

A todos los pacientes se les explicó el procedimiento de investigación, los objetivos de la misma y los posibles riesgos que esta conllevaba por lo que tendrían que firmar carta de consentimiento informado. La firma de dicho documento implicó que el sujeto de investigación entendió la explicación, leyó y comprendió el procedimiento general de la investigación y su papel dentro de la misma. Se garantizó la confidencialidad mediante la identificación del paciente únicamente por número de folio de los documentos y su expediente, así como se mantuvieron resguardados. Cabe señalar que el estudio no tuvo costo alguno al paciente y esto mismo se les hizo saber en la carta de consentimiento informado. Debido a la naturaleza descriptiva del mismo, cualquier etapa del estudio representa un riesgo mínimo ya que la naturaleza de las preguntas pudieran generar ansiedad. En caso de que esto sucediera se brindará la contención debida.

Resultados

- **Frecuencia del síndrome de atesoramiento compulsivo**

En el periodo de junio del año 2011 a febrero 2012, se aplicaron un total de 153 cuestionarios de escrutinio SI-R en la consulta psiquiátrica general, de los cuales resultaron positivos 20 casos, lo cual genera una prevalencia de este fenómeno de 13.07% en población psiquiátrica general de nuestra muestra. En la Clínica de TOC se aplicaron 31 cuestionarios de escrutinio, en el período de diciembre del 2011 a abril del 2012, obteniéndose cinco cuestionarios positivos lo cual generó una prevalencia de 16.12% de reporte de síntomas de atesoramiento en la población con TOC.

- **Conformación de los grupos de estudio**

De los 20 casos hallados, dos fueron identificados como pacientes con diagnóstico primario de TOC por lo que se excluyeron del grupo que decidimos nombrar "Ateoradores sin TOC", el cual tuvo una población final de 18 sujetos. Los dos sujetos excluidos de la población anterior fueron incluidos en un grupo de 14 sujetos de estudio de la Clínica de TOC y T. del Espectro con conductas de atesoramiento al grupo que denominamos "Ateoradores con TOC" que tuvo una población de 16 pacientes.

- **Datos sociodemográficos de los grupos**

La edad media de inicio de la conducta acumuladora de los pacientes con "ateoramiento sin TOC" fue de 20.61 años mientras que la edad media de los pacientes con TOC fue de 18.90 años. No hubo diferencias significativas entre los grupos ($F=0.089$ (1,26) $p=0.768$). La muestra total constó de 19 mujeres (67.9%) y 15 hombres (32.1%), encontrándose una mayor prevalencia de

hombres en el “grupo de atesoramiento con TOC” y de mujeres en el grupo de “atesoramiento sin TOC”. No hubo diferencias en cuanto a estado civil u ocupación, sin embargo, hubo diferencias significativas en historia familiar de Trastorno obsesivo compulsivo, siendo más frecuente en el grupo de atesoradores con TOC teniendo una potencia estadística marcada. Los resultados completos se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2. Variables sociodemográficas entre grupos

Variable	Grupo Atesoradores No TOC (N=18)		Grupo Atesoradores TOC (N=16)		F	p
	Media	DE	Media	DE		
Edad de Inicio	20.61	13.77	17.94	12.6	0.346	0.561
Años de estudio	12.94	4.734	13.50	4.382	0.125	0.726
	N	%	N	%	t ^{c1}	P
Mujeres	14	77.7	5	31.25	7.438	0.006
Casados, Unión Libre	7	38.8	2	12.5	3.031	0.082
Trabajo o Estudio	12	37.5	5	50	2.892	0.089
Historia familiar de TOC	0	0	8	50	11.769	.001

¹Se realizó Coeficiente de correlación Phi. Todas las pruebas fueron valoradas para dos colas

- **Diagnósticos más comunes coexistentes con el atesoramiento**

Se hizo una revisión de los diagnósticos comórbidos más frecuentes, y éstos se clasificaron en dos tipos, uno al que denominamos “Diagnóstico principal” que es el diagnóstico por el cual el paciente acudió al Instituto Nacional de Psiquiatría y por el cual es tratado, y el otro al que llamamos “Diagnóstico secundario” que se refiere al primer trastorno comórbido al diagnóstico principal desde el punto de vista jerárquico y para el cual el paciente también está recibiendo tratamiento.

- **MUESTRA TOTAL (PACIENTE DE LA CONSULTA PSIQUIATRICA GENERAL Y PACIENTES DE LA CLINICA DE TOC)**

Cuando se analizan los datos de toda la muestra, tanto de los pacientes de la consulta externa como de los pacientes captados de la Clínica de TOC, se encontró que los diagnósticos más comunes (sin contar el TOC) fueron el Trastorno depresivo mayor (47.7%), y el T. de ansiedad generalizada (20.58%).

Valorado por grupos diagnósticos, dentro del grupo de "Ateoramiento sin TOC" el diagnóstico principal más común fue el Trastorno depresivo mayor (61.1%) seguido por el trastorno de angustia (11.1%), mientras que en los pacientes con "Ateoramiento y TOC" el diagnóstico de TOC fue el más frecuente (68.8%), seguido por 18.8% que su diagnóstico más frecuente era comorbilidad entre esquizofrenia y TOC. En cuanto a los diagnósticos secundarios valorados por grupos diagnósticos, los más comunes en el grupo de "ateoradores No TOC" fueron el Trastorno de Ansiedad Generalizada (63.6%), mientras que en el grupo de "ateoradores con TOC" el diagnóstico más frecuente fue el mismo TOC (31.3%) y el Trastorno depresivo mayor (18.8%).

Al conjuntar ambos tipos de diagnósticos, principal y secundario, y compararlos entre los grupos sin tomar en cuenta el diagnóstico de TOC, los únicos que tuvieron diferencias significativas fueron el Trastorno depresivo mayor y el trastorno por ansiedad generalizada, más frecuente en los "ateoradores sin TOC". Valorados por grupos diagnósticos, los trastornos del afecto y los de ansiedad distintos del TOC fueron significativamente más

frecuentes en los "atesoradores sin TOC". Los datos completos se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Diagnósticos primarios y secundarios coexistentes con atesoramiento de acuerdo al grupo diagnóstico. *p \geq 0.05						
Diagnósticos más comunes	Ateoradores				Análisis	
	TOC (n=16)		NO TOC (n=18)		t ^{Cl}	P
	Recuento	%	Recuento	%		
Trastorno Mental sec. causa médica	3	18.75	1	5.55	0.434	0.5101
Esquizofrenia	3	18.75	0	0	1.738	0.1874
Trastorno bipolar	0	0	1	5.55	0.916	0.3386
Trastorno depresivo mayor	4	25	12	66.6	4.349	0.0370*
Distimia	0	0	1	5.55	0.916	0.3386
Trastorno de angustia	0	0	2	11.1	0.415	0.5194
T. Ansiedad generalizada	0	0	7	38.8	5.637	0.0176*
T. Estrés Postraumático	0	0	1	5.55	0.916	0.3386
Hipocondriasis	1	6.25	0	0	0.004	0.9523
Trastornos de la alimentación	1	6.25	1	5.55	0.007	0.9315
Tricotilomania	1	6.25	0	0	0.004	0.9523
T. Déficit de Atención	1	6.25	1	5.55	0.007	0.9315
Diagnósticos por grupos en pacientes con atesoramiento con o sin TOC						
T. afectivos	4	25	14	77.7	7.471	0.006
T. ansiedad (distintos a TOC)	0	0	9	50	8.463	0.003
T. del espectro TOC (sin incluir TOC)	2	12.5	0	0	0.666	0.414

• PACIENTES DE LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA GENERAL CON ATESORAMIENTO

Con base en la revisión de expedientes de todos los pacientes captados en la consulta psiquiátrica general, se encontró que el diagnóstico principal más frecuente fue el Trastorno Depresivo mayor que se presentó en el 60% de la muestra, seguido por el Trastorno de angustia (10%) y por el Trastorno bipolar, la Distimia, el Trastorno de Ansiedad generalizada y el Trastorno psiquiátrico secundario a causa médica que tuvieron una prevalencia del 5 % cada uno de ellos. Interesantemente, en la muestra de la consulta externa, sólo un paciente fue diagnosticado con TOC como diagnóstico principal. En el caso

de los diagnósticos secundarios, el de mayor frecuencia fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada con 59%, seguido por el Trastorno psiquiátrico secundario a causa médica (9%). Cabe señalar que el 40% de la muestra, no tenía un diagnóstico secundario.

Finalmente, conjuntando ambos tipos de diagnóstico, se encontró que el diagnóstico más frecuente en pacientes atesoradores captados en la consulta externa fueron el Trastorno Depresivo Mayor (40.6%) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (25%). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo sólo se presentó en 6.3%. Cabe señalar que el grupo de trastornos de ansiedad ocupa el 40.7% de los diagnóstico comórbidos, mientras los trastornos del afecto ocupan el 46.8% del total de la muestra. (Tabla 4)

Tabla 4. Diagnósticos más comunes en pacientes atesoradores de la consulta externa general		
	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Mental sec. causa médica	2	6.3
Trastorno bipolar	1	3.1
Trastorno depresivo mayor	13	40.6
Distimia	1	3.1
Trastorno de angustia	2	6.3
T. Ansiedad Generalizada	8	25.0
T. Obsesivo-Compulsivo	2	6.3
T. Estres Postraumático	1	3.1
Trastorno por atracción	1	3.1
T. Déficit de atención	1	3.1
Total	32	100.0

5. Objetos más comúnmente acumulados

Para evaluar los objetos acumulados, se utilizó el COACR que clasifica a los objetos por grupos, como ropa, artículos de higiene personal, utensilios de

cocina, etc. en un total de 25 posibles categorías de objetos. Al aplicar el cuestionario en los pacientes de la muestra, se encontraron un total de 314 objetos diferentes acumulados, ya que a pesar de que se preguntaron sobre 10 objetos principales, algunos pacientes reportaron menos objetos. Si bien el instrumento brinda una lista de 25 distintas clasificaciones de objetos (la mayoría de ellas tiene tres o más ejemplos) los pacientes podían responder en la hoja de objetos acumulados más de un artículo de la misma subclase. Por ejemplo, la categoría "periódicos, libros, folletos y trípticos", se reporta con una frecuencia de 30 veces, esto debido a que un mismo paciente podría reportar que acumulaba periódicos y libros lo cual contabilizó dos reportes de esta categoría.

Los objetos más frecuentemente encontrados se reportan en la tabla 5 y están constituidos principalmente por materiales impresos como periódicos, libros, folletos, trípticos (8.2%) así como otros objetos que no fueron incluidos dentro de la lista inicial, como vidrio, materiales de construcción, artículos religiosos, etcétera y que se recogieron dentro de la categoría de "otros" (8.0%). Estos objetos fueron seguidos en frecuencia por la ropa nueva o usada (7.5%) y las notas antiguas de trabajo o apuntes de la escuela (6.3%).

Tabla 5. Frecuencias de reporte de objetos en los pacientes acumuladores en 34 pacientes atesoradores		
	Frecuencia en que los pacientes reportaron acumular el objeto	Porcentaje
Periódicos, libros y material impreso	34	8.2
Otros	33	8.0
Ropa o calzado nuevo o usado	31	7.5
Notas antiguas de trabajo o apuntes escolares	26	6.3
Material de Papelería	22	5.3
Revistas	21	5.1
Cajas o empaques	21	5.1
Utensilios para Higiene y Arreglo	16	3.9
Cd's, cassettes, Discos, DVD's	15	3.6
Recibos de nomina, estados de cuentas bancarias, tickets de compra	15	3.6
Juguetes	14	3.4
Pines, souvenirs	8	1.9
Utensilios cocina	8	1.9
Correspondencia personal	7	1.7
Aparatos electrónicos (Incluido cables)	7	1.7
Artículos Desechables (platos, vasos, utensilios de unicel o plástico)	6	1.4
Herramientas	6	1.4
Objetos bizarros (Restos de cabello, comida podrida, desechos orgánicos)	6	1.4
Joyería	5	1.2
Medicamentos	5	1.2
Material de Limpieza	4	1.0
Información electrónica	2	.5
Material de Mercería (Botones, agujas, listones)	1	.2
Animales	1	.2
Total	314	100

Valorado por grupos, los objetos mayormente acumulados en los "Atesoradores con TOC" fueron los periódicos y el material impreso (93.3% de los pacientes), la ropa y calzado (73.3%) y las cajas o empaques usados (73.3%), mientras que en los "Atesoradores sin TOC", los objetos mayormente

acumulados fue la ropa nueva o usada (88.9%), los objetos catalogados como "otros" (77.8%) y las notas antiguas de trabajo o apuntes escolares antiguos (77.8%).

La distribución de los tipos de objetos fue muy similar entre ambos grupos diagnósticos, sin embargo hubo diferencias significativas entre los Pacientes Atesoradores con TOC y los pacientes Atesoradores sin TOC en la frecuencia de acumulación de algunos objetos: los pacientes "atesoradores con TOC" acumularon mayor número de objetos bizarros (desechos corporales, cabello, uñas, comida podrida), periódicos, libros, tickets de compra y aparatos electrónicos.

Por su parte, los pacientes con "atesoramiento sin TOC" tuvieron una tendencia significativa a acumular una variedad mayor de objetos que los pacientes "atesoradores con TOC", los cuales pertenecieron a la categoría de "otros". Los datos completos se encuentran en la tabla 6.

Tipos de Objetos (N=266)	Grupo Atesoramiento				Análisis	
	TOC (N=10)		NO TOC (N= 18)		t ^{Cl}	P
	N	% de pacientes	N	% de pacientes		
Ropa	11	73.3	16	88.9	1.1331	0.249
Material Limpieza	2	13.3	1	5.6	0.599	0.439
Revistas	10	66.7	10	55.6	0.423	0.515
Cd's,cassettes	7	46.7	9	50	0.036	0.849
Correspondencia	2	13.3	7	38.9	2.694	0.101
Notas antiguas, apuntes escolares	8	53.3	14	77.8	2.200	0.138
Material de Papeleria	11	73.3	10	55.6	1.117	0.290
Recibos de nomina, estados de cuentas bancarias, tickets de compra	7	46.7	8	44.4	0.016	0.898
Aparatos electrónicos	6	40	2	11.1	3.718	0.05*
Cajas, empaques	11	73.3	9	50	1.866	0.172
Mercería	0	0	1	5.6	0.859	0.354

Pines, souvenirs	3	20	6	33.3	0.733	0.392
Joyería	2	13.3	4	22.2	0.435	0.510
Utensilios para Higiene y arreglo	5	33.3	10	55.6	1.630	0.202
Utensilios cocina	2	13.3	5	27.8	1.021	0.312
Artículos desechables	5	33.3	2	11.1	2.418	0.120
Medicamentos	1	6.7	4	22.2	1.540	0.215
Animales	0	0	1	5.6	0.859	0.354
Información electrónica	2	13.3	0	0	2.555	0.110
Herramientas	2	13.3	4	22.2	0.435	0.510
Juguetes	7	46.7	7	38.9	0.203	0.653
Objetos Bizaros (desechos corporales, comida podrida, cabello)	4	26.7	0	0	5.462	0.019*
Periodicos, Libros, Folletos, Tripticos	14	93.3	11	61.1	4.632	0.032*
Otros	7	46.7	14	77.8	3.422	0.064

Valorado por género y grupo diagnóstico, las mujeres con "atesoramiento sin TOC" tuvieron mayor reporte de acumulación de ropa que sus contrapartes masculinas (χ^2 : 7.875 $p=0.005$), mientras que las mujeres con "atesoramiento con TOC" presentaron mayor acumulo de materiales desechables que los varones con TOC (χ^2 : 7.35 $p=0.007$)

Los varones atesoradores con TOC acumularon más artículos de papelería (folders, carpetas, hojas, plumas, cuadernos nuevos, libretas, etc.) que sus contrapartes femeninas (χ^2 :4.261 $p=0.039$). Por otra parte, el acúmulo de aparatos electrónicos fue casi exclusivo de los pacientes varones "atesoradores sin TOC" (χ^2 : 7.875 $p=0.005$), al igual que el acúmulo de herramientas (χ^2 : 18.000 $p<0.001$). Existieron tendencias significativas (aunque de menor poder estadístico) hacia que las mujeres sin TOC acumularon mayor cantidad de cartas antiguas, así como notas antiguas de trabajo y apuntes escolares inservibles. (χ^2 : 3.273 $p=0.070$ para ambos). Las prevalencias completas se encuentran en las Figuras 1 y 2.

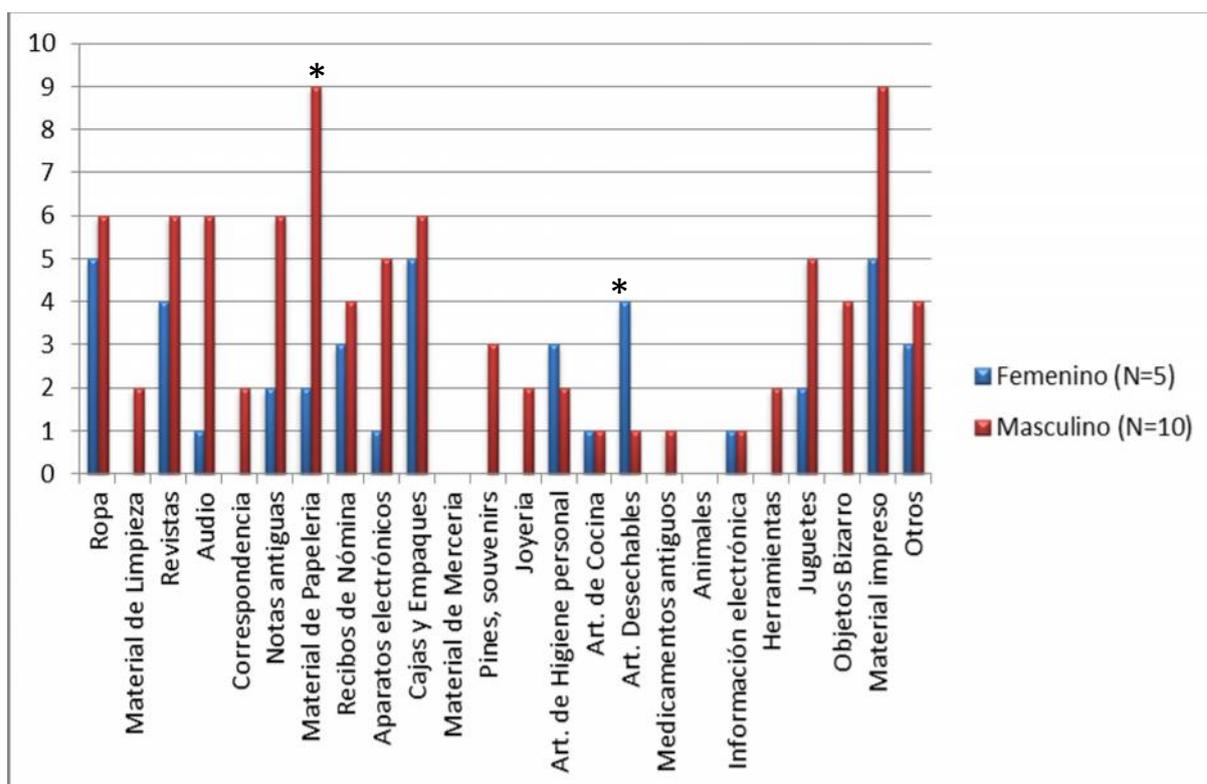


Fig. 1 Prevalencia de Objetos acumulados por Género en Pacientes "Ateoradores con TOC"
 *= $p > 0.05$

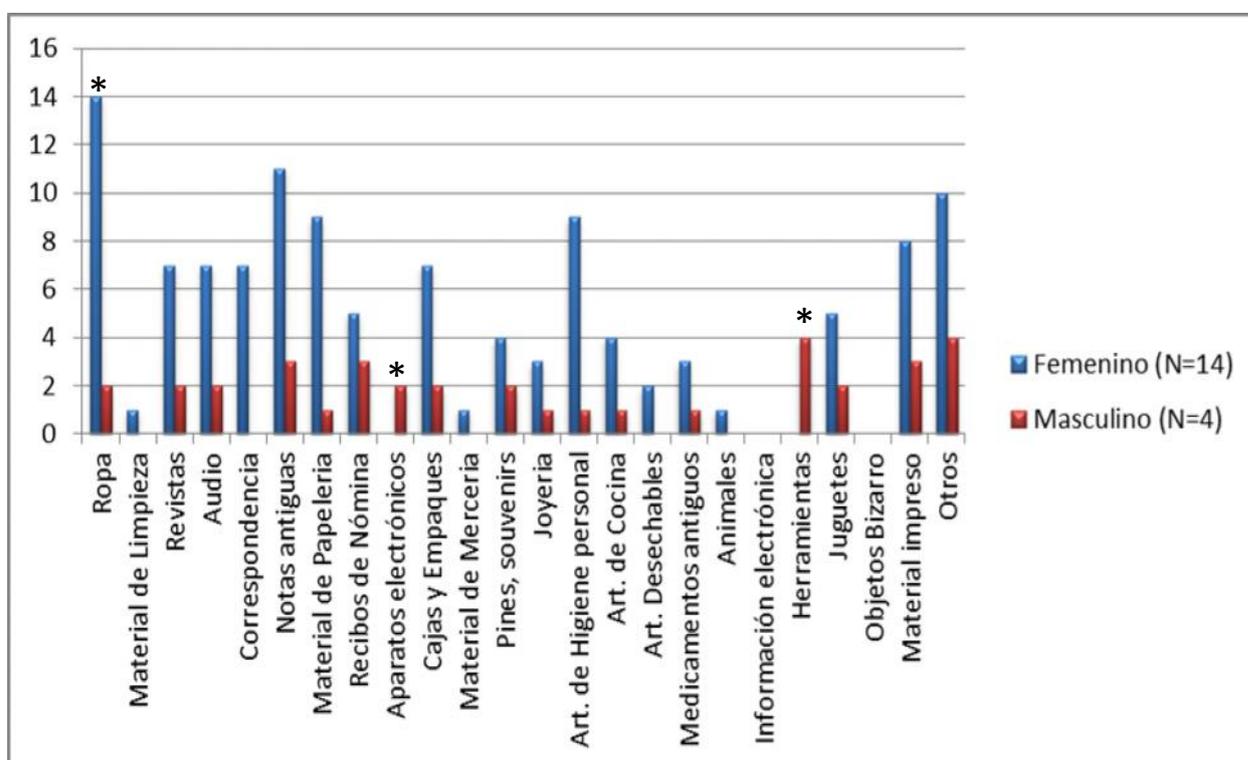


Fig. 2 Prevalencia de Objetos acumulados por Género en Pacientes "Ateoradores Sin TOC"

*= $p < 0.05$

6. Razones para acumulación

En el instrumento diseñado por nuestro equipo de investigación, el Cuestionario de Objetos Acumulados y Cogniciones Relacionadas (COACR), recogimos las distorsiones cognoscitivas más comúnmente asociadas a la acumulación como fueron descritas por Frost y Hartl¹⁶, además agregamos obsesiones específicas asociadas a la acumulación y otras razones para acumular. Como describimos previamente, existen formas de acumulación no necesariamente patológicas lo que es importante tomar en cuenta para diferenciar del atesoramiento compulsivo. Estas últimas las evaluamos en las primeras cuatro causas de acumulación: acopio funcional, coleccionismo, acopio disfuncional por desorden y por apego real.

En cuanto a las cogniciones asociadas al atesoramiento compulsivo, las proporciones fueron muy similares en todas las distorsiones, salvo en las obsesiones agresivas (temor catastrófico ante las consecuencias del desechar) y varias (obsesiones de orden/simetría, supersticiosas, misceláneas) en las que el grupo "Atesoradores con TOC" tuvo una alta frecuencia y en el grupo de "atesoramiento sin TOC" no se presentaron. También el temor ante la necesidad del uso futuro del objeto, que fue más frecuente en el grupo de "atesoramiento sin TOC" pero sólo alcanzó una tendencia significativa. Los datos completos se encuentran en la tabla 7.

Razones	Atesoradores Con TOC			Atesoradores sin TOC			Análisis	
	Frecuencia de reporte	Media	DE	Frecuencia de reporte	Media	DE	F	p
Acopio funcional	4	0.33	0.488	9	0.5	0.857	0.445	0.510
Coleccionismo	11	0.73	1.1	8	0.44	0.856	0.721	0.402
Acopio Disfuncional por Desorden	3	0.20	0.561	2	0.11	0.323	0.324	0.573
Acopio Disfuncional por Apego Real	2	0.13	0.352	5	0.28	0.461	0.990	0.327
Apego Irracional Al Objeto	22	1.47	1.642	20	1.11	1.231	0.505	0.483
Sentimiento Irracional sobre Responsabilidad y Control	7	0.47	0.834	17	0.94	1.955	0.775	0.385
Obsesiones Agresivas (Temor a las consecuencias catastróficas)	18	1.20	1.612	0	0	0	10.034	0.003
Obsesiones Varias (Orden/Simetría, Supersticiones/Verificación)	6	0.4	0.632	0	0	0	7.247	0.011
Temor ante la Necesidad Futura de un Objeto	57	3.80	2.455	96	5.33	2.223	3.541	0.069
Creencias Relacionadas ante la Pérdida de Memoria e Indecision	12	0.80	1.014	14	0.78	1.060	0.004	0.952

7. Clinimetrías

Al realizar la comparación de los puntajes de las escalas de atesoramiento, se observó que la gravedad entre ambos grupos de atesoramiento fue muy similar, valorado por el inventario revisado de atesoramiento (SI-R) y la Escala/entrevista de Valoración de Atesoramiento en su versión de entrevista a paciente (HRS-I). Sin embargo, diferencias significativas se obtuvieron en el ítem de "Otros espacios" y "carro" de la Escala Visual de Imágenes de Atesoramiento (CIR) y hubo una tendencia significativa en la pregunta 6 de la HRS-I al respecto de conciencia de enfermedad, disfunción social, laboral o académica.

A pesar que no existieron diferencias significativas, es notable que los lugares donde más atesoraron los pacientes "atesoradores con TOC" fueron en la recámara, el comedor y el cuarto de herramientas y los pacientes "atesoradores sin TOC" donde más atesoraron fue en los pasillos, el cuarto de herramientas y la sala. Los datos completos aparecen en la Tabla 8.

Tabla 8. Valores de Clinimetrías y Comparación entre Grupos.				
Escala/Dominio	TOC (n=16)	NO TOC (n=18)	F	p
	Media (D.E)	Media (D.E)		
Inventario revisado de Atesoramiento (SI-R)				
SI-R Atiborramiento	18.47 (8.21)	21.00 (7.236)	0.888	0.353
SI-R Adquisición Excesiva	15.33 (4.419)	17.44 (4.768)	1.713	0.200
SI-R Dificultad para desechar	18.47 (4.121)	19.33 (3.911)	0.383	0.541
SI-R Puntaje Total	52.27 (11.889)	57.78 (11.914)	1.754	0.195
Escala/Entrevista de Valoración de Atesoramiento. Entrevista a Paciente (HRS-I)				
HRS-I. Dificultad para Desechar	6.10 (1.287)	6.06 (1.731)	0.16	0.901
HRS-I. Adquisición Excesiva	4.00 (2.108)	4.78 (1.592)	0.949	0.337
HRS-I. Atiborramiento	4.50 (1.354)	4.33 (1.940)	0.25	0.874
HRS-I. Malestar por síntomas	4.80 (1.932)	5.33 (2.058)	1.405	0.245
HRS-I. Conciencia de Disfunción y Enfermedad	4.50 (1.90)	5.83 (1.383)	3.710	0.063
HRS-I. Puntaje Total	23.90 (4.149)	26.33 (4.602)	1.754	0.195
Cuestionario de Creencias Obesivas de 31 items (OBQ-31)				
OBQ. Perfeccionismo	45.50 (13.597)	49.22 (12.34)	0.656	0.424
OBQ. Control de Pensamiento	33.79 (16.263)	35.83 (13.548)	0.151	0.700
OBQ. Responsabilidad del Daño	33.00 (10.311)	36.94 (10.137)	1.175	0.287
OBQ. Sobreestimación del Peligro	26.21 (11.410)	29.72 (11.955)	0.705	0.408
OBQ. Puntaje total	138.50 (43.318)	151.72 (40.604)	0.788	0.382
CGI Basal				
Puntaje total	5.06 (1.289)	3.39 (0.850)	20.401	<.001
Escala Visual de Imágenes de Atesoramiento (CIR)				
	Rango promedio	Rango promedio	z	p
CIR.Sala	17.38	17.61	-0.070	0.959
CIR.Cocina	18.28	16.81	-0.499	0.653
CIR.Recámara	19.50	15.72	-1.133	0.257
CIR.2da Recámara	16.66	18.25	-0.488	0.625
CIR.Comedor	17.13	17.83	-0.212	0.832
CIR.Pasillos	18.28	16.81	-0.438	0.661
CIR.Garage	18.72	16.42	-0.722	0.470
CIR.Atico, Azotea o Cuarto herramientas	15.38	19.39	-1.189	0.235
CIR.Carro	14.19	20.44	-1.992	0.046
CIR.Lugar Trabajo	17.72	17.31	-0.125	0.9
CIR.Otros	14.06	20.56	-1.961	0.05

8. Datos clínicos iniciales de la versión en español de la HRS-I.

El alfa de Cronbach de la escala es de 0.518 con correlaciones inter-elementos bajas de -0.240 (dado que la pregunta 5 se clasifica a la inversa en gravedad) hasta 0.668, pero con un coeficiente de correlación intra-clase para medidas individuales de 0.114 (gl: 33-136) con una $p < 0.01$ y para medidas promedio de 0.448 (GL: 33-136) con una $p < 0.01$.

La validez convergente de la HRS-I entrevista a paciente es adecuada como se puede mostrar en la tabla 9. La pregunta 2 de la HRS-I consistente en dificultad para desechar correlaciona adecuadamente con la subescala de dificultad para desechar de la SIR. La pregunta 3 de la HRS-I, que evalúa adquisición excesiva, correlaciona adecuadamente con la subescala de adquisición excesiva de la SI-R. La pregunta 4, que cuestiona sobre presencia de espacios inhabitables secundarios a atiborramiento, es controversial pues tiene una correlación adecuada con todas los subdominios, principalmente con dificultad para desechar del SI-R. Cuando esta se correlaciona con medidas específicas para atiborramiento en el CIR, la pregunta 4 resulta la más significativa principalmente para Recámara y para Sala como puede verse en la Tabla 10. La pregunta 5, concerniente a grado de molestia, no presenta correlaciones significativas puesto que no existe en el SI-R una pregunta o dimensión al respecto de la misma. La pregunta 6 concerniente al grado de disfunción correlaciona de manera positiva con todas las escalas salvo adquisición excesiva, demostrando que esta es la pregunta que más validez tiene. La principal correlación con esta pregunta es con la subescala de atiborramiento.

		HRS-I Paciente. Pregunta 2	HRS-I Paciente. Pregunta 3	HRS-I Paciente. Pregunta 4	HRS-I Paciente. Pregunta 5	HRS-I Paciente. Pregunta 6
SI-R Atiborramiento	<i>R</i>	.073	.221	.367*	.205	.591**
	<i>p</i>	.687	.215	.035	.253	.000
SI-R Adquisición excesiva	<i>R</i>	.113	.495**	.374*	-.092	.188
	<i>p</i>	.531	.003	.032	.612	.294
SI-R Dificultad para Desechar	<i>R</i>	.421*	.400*	.421*	.102	.417*
	<i>p</i>	.015	.021	.015	.573	.016

		Sala	Cocina	Recamara propia	2da recámara	Comedor	Pasillos	Garage	Azotea	Carro	Trabajo	Otros
HRS-I Paciente. Pregunta 2	<i>r</i>	.068	.209	.463	-.024	.125	.342	-.212	.148	-.118	-.215	.048
	<i>p</i>	.702	.236	.006	.895	.481	.048	.229	.404	.507	.223	.787
HRS-I Paciente. Pregunta 3	<i>r</i>	.087	-.074	.540	.184	.025	.182	.045	.457	.034	-.110	.115
	<i>p</i>	.625	.678	.001	.298	.890	.302	.801	.007	.847	.535	.519
HRS-I Paciente Pregunta 4	<i>r</i>	.453	.131	.516	.204	.288	.114	-.237	.034	.239	-.057	.257
	<i>p</i>	.007	.460	.002	.248	.099	.520	.178	.849	.174	.749	.142
HRS-I Paciente. Pregunta 5	<i>r</i>	-.035	-.042	-.364	.066	.109	-.016	-.047	.002	.168	.256	.202
	<i>p</i>	.843	.815	.034	.710	.541	.928	.790	.993	.343	.144	.252
HRS-I Paciente. Pregunta 6	<i>r</i>	.237	-.036	.247	.347	.125	.268	-.028	.423	.114	-.081	.239
	<i>p</i>	.177	.838	.159	.044	.482	.125	.873	.013	.520	.650	.174
HRS-I Paciente. Puntaje Total	<i>r</i>	.210	.012	.358	.215	.158	.244	-.158	.272	.104	-.002	.239
	<i>p</i>	.233	.947	.038	.222	.373	.164	.372	.119	.559	.991	.174

Análisis de resultados y discusiones.

El atesoramiento compulsivo es un síndrome que es poco reportado por los pacientes por sí mismos y habitualmente el reporte de éste es dado por los familiares o por vecinos cuando la conducta lleva a una disfunción grave o

afecta a terceros. El atesoramiento, catalogado como subtipo de TOC, ha sido clásicamente propuesto como un subtipo con menor insight en las conductas, con peor pronóstico por esto mismo así como ser uno de los subtipos más resistentes a tratamiento.¹³

Sin embargo, cuando éste se busca intencionadamente, el diagnóstico puede ser realizado en una variedad de poblaciones clínicas. Por ejemplo, en el estudio de Tolin, et.al.⁶ se demostró que del 12 a 25% de los pacientes que buscaban atención por trastornos de ansiedad en un centro psiquiátrico reportaron síntomas de atesoramiento compulsivo de manera significativa, principalmente en aquellos con trastorno de ansiedad generalizada y fobia social. Nosotros encontramos que el diagnóstico de atesoramiento, valorado mediante el SI-R, fue encontrado en el 13.07% que es similar a lo hallado por Tolin en su estudio. En conjunto, el hallazgo del 16.12% de los pacientes con TOC reportaron síntomas de atesoramiento, es consistente con el hallazgo previo que existe una prevalencia entre 18 y 42% de reporte de síntomas de atesoramiento en la población TOC⁵

Se sabe también que el atesoramiento como conducta está presente en una variedad de diagnósticos. Al contrario de Tolin, planeamos la investigación desde una perspectiva metodológica de tipo fenomenológica, lo que permitió la evaluación del fenómeno del atesoramiento dentro de diversas entidades clínicas. Lo encontrado en este estudio fue significativo dado que nuestra muestra existieron pacientes con diagnósticos primarios de trastornos afectivos, de ansiedad, del espectro TOC, de la conducta alimentaria, secundarios a causa médica (siendo la disritmia paroxística el diagnóstico que

incurrió dentro de esta categoría) e inclusive por déficit de atención. Esto es consistente con lo descrito por Frost y cols. al respecto de que el atesoramiento concurre con una gran variedad de diagnósticos.⁶

Es de hacer notar que la mayor parte de nuestros pacientes concurre con un diagnóstico de algún trastorno afectivo; el trastorno depresivo mayor (TDM) es el que se presentó con más frecuencia como diagnóstico primario. En un artículo reciente, Frost y cols.³⁹ revisaron los patrones de comorbilidad en una población extensa de atesoradores y encontraron que más del 50% de los pacientes atesoradores cursan con TDM. Nuestra muestra replica justamente este hallazgo en una población menor de atesoradores ya que el 42.9% de toda la muestra cursa con TDM como diagnóstico principal. Hay que tomar en cuenta que el Trastorno Depresivo Mayor es uno de los diagnósticos más frecuentes así como el más comórbido.

Otro diagnóstico muy frecuente en nuestra muestra fue el Trastorno por ansiedad generalizada, encontrado en 38.8% de la muestra de "atesoradores sin TOC" (20.5% de la población completa), lo cual replica el hallazgo de una prevalencia de 28.5% en el estudio de Tolin y cols.⁶. El trastorno por atesoramiento y el Trastorno de Ansiedad Generalizada comparten ciertas características en común, por ejemplo, la indecisión y la dificultad para tolerar la incertidumbre. Las frecuencias del trastorno depresivo mayor como el trastorno de ansiedad generalizada contrastan de forma importante con la prevalencia de TOC en nuestra muestra al azar captada de la consulta externa (6.3%). Este hallazgo replica los resultados tanto del estudio de comorbilidad de Frost³⁹, como el de Tolin⁶ y coloca de nueva cuenta al

atesoramiento compulsivo como una entidad aparte del TOC pero con comorbilidad importante que lo relaciona a él. Sin embargo, esto podría explicarse también dado que la gran mayoría de los pacientes con TOC son valorados en la Clínica de TOC y Trastornos del espectro donde no se realizó un escrutinio tan numeroso como el realizado en la consulta psiquiátrica general.

El hecho de separar a la muestra en dos grupos conformados en pacientes con y sin TOC, permitió hacer una valoración importante en variables fenomenológicas y clinimétricas. Los pacientes con TOC cursaron con comorbilidades más graves como esquizofrenia. Además de ello, la enfermedad y las comorbilidades le ocasionaron mayor gravedad global. Esto se demostró por los resultados de la escala CGI en donde los pacientes con TOC obtuvieron mayor puntaje que los pacientes atesoradores no TOC.

Otro punto importante es que los pacientes "atesoradores con TOC" tuvieron historia familiar para TOC en el 50% de la muestra, mientras que los "atesoradores no TOC" no tuvieron historia familiar. Un hallazgo también significativo fue la mayor proporción del sexo femenino en el grupo de "atesoradores no TOC"

Al respecto del análisis de los objetos acumulados, vemos que los más comunes fueron el material impreso y la ropa nueva o usada. Como hallazgo en toda la muestra, el encontrar estos objetos como los mayormente atesorados va acorde con lo encontrado en diversas poblaciones^{1, 18}. Sin embargo, es de hacer notar que la acumulación de material impreso y

aparatos electrónicos fue mayormente en el grupo de "atesoradores con TOC" mientras que la acumulación de objetos bizarros fue distintiva de este grupo. Curiosamente, el acumulo de estos objetos fue siempre asociada con una obsesión. Este hallazgo va acorde con lo planteado en el estudio por Pertusa y cols. sobre la naturaleza de acumulación de estos objetos¹⁸. En el grupo no TOC los objetos no dispuestos en el análisis inicial que denominamos "otros objetos" fueron los de mayor frecuencia y hubo tendencia significativa con respecto al grupo con TOC. Esto podría implicar que los pacientes "Atesoradores sin TOC" llegan a tener mayor diversidad en el acúmulo de objetos. Como un análisis adicional, dividimos los grupos en géneros dentro de los grupos y demostramos que existen diferencias importantes entre los objetos que acumulan las mujeres y los hombres con y sin patología obsesivo-compulsiva. Cabe señalar que el género femenino en su totalidad se reportaron como acumuladoras de ropa aunque sólo con diferencia significativa en el grupo de pacientes "atesoradores sin TOC", en tanto los hombres "atesoradores no TOC" acumularon mayor cantidad de artículos electrónicos y herramienta, mientras que en el grupo de "atesoradores con TOC" la diferencia residió en el acumulo de material de papelería. Así mismo existieron diferencia significativa en relación al acúmulo de artículos desechables en mujeres pacientes del grupo "atesoramiento con TOC". Esto nos demuestra que el género juega un papel muy importante en la variación de la fenomenología de la acumulación, así como la patología en si.

Al respecto de las razones para acumular, denotamos una gran variedad de condiciones que estimulan el atesoramiento. Inicialmente, Frost¹⁶ describió cuatro razones principales por las que los pacientes acumuladores llegan a

atestar sus domicilios, sin embargo, estas habían quedado resumidas en dos: temor ante la necesidad futura de un objeto y apego irracional al mismo. Pertusa y cols.⁵ por otro lado notaron que los pacientes TOC además de manifestar estas razones, cursan con sintomatología obsesiva-compulsiva distinta al valor intrínseco del propio objeto principalmente y relacionado a obsesiones de orden y simetría, supersticiosas o de tipo agresivas siendo estas últimas las de mayor frecuencia.

Por los avances en la investigación de este trastorno, se sabe que los atesoradores cursan con dificultad en la toma de decisiones y mayor estrés en la toma de riesgos, por lo que esto se torna difícil y habitualmente, estos pacientes llegan a posponer y dejar de lado la tarea de desechar³². En conjunto con esto, se maneja la propuesta que la acumulación es parte de un continuo desde la normalidad al extremo patológico, pero esto nunca ha sido evaluado en poblaciones clínicas y no clínicas¹. Por esta misma razón el COACR se diseñó uniendo todas estas creencias con el fin de evaluarlas todas en su conjunto, a sabiendas que los atesoradores no necesariamente tendrán todos los objetos acumulados de forma patológica y que las razones para acumular varían de acuerdo a lo atesorado. En los 314 tipos de objetos valorados en la muestra pudimos observar que entre estas cuatro primeras razones de acumulación (acopio funcional, coleccionismo, acopio disfuncional por apego real y por desorden) no encontramos diferencias significativas entre grupos diagnósticos. Esto demuestra que estas formas de acumulación está presente indistintamente de patología.

Como lo proponíamos en la hipótesis, las razones que los pacientes daban para acumular, de acuerdo al COACR, fueron muy similares en los grupos de pacientes con "atesoramiento con TOC" y "atesoramiento sin TOC". Por otra parte, el acúmulo debido al temor de la necesidad futura de un objeto por el mismo valor intrínseco de lo atesorado, se observó con mayor frecuencia en el grupo no TOC pero solo con tendencias significativas. Esto abre la pauta a varias cosas: como primer punto, hay una relación directa entre el atesoramiento y el TOC en cuanto al tipo de errores de pensamiento, ya que no hubo diferencias significativas entre los grupos de atesoramiento. Sin embargo, hay algunos que son distintivos de clase como las obsesiones específicas en los "atesoradores TOC" quienes refirieron obsesiones específicas de tipo agresivas (temor a las consecuencias catastróficas, descrito en dos objetos), orden y simetría o contaminación (un objeto cada una) que ocasionaron que el atesoramiento fuera una compulsión derivada de ellas.

De importancia, por los resultados de este estudio, consideramos que no existe una "estructura de pensamiento obsesiva pura" respecto a la conducta acumuladora; esto lo describimos debido a que los pacientes con atesoramiento y TOC presentan una combinación de pensamientos no obsesivos (apego irracional, temor ante la necesidad futura, temor ante problemas de memoria, etc.) y obsesivos (pensamientos agresivos, contaminación, orden/simetría o supersticiones) ante diferentes objetos. Por ello, ponemos en duda la existencia de una dimensión de atesoramiento per se en cuanto al TOC, sino como un síndrome presente en las otras dimensiones del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (orden/simetría, Contaminación/limpieza,

agresivas/verificación, etc.) y como entidad distinta, sin síntomas obsesivos, el llamado Trastorno por Atesoramiento.

Los resultados en las escalas valoradas fueron muy similares entre ambos grupos de pacientes, sobre todo en el Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO-31). Este último cuestionario es importante ya que fue diseñado con la base del modelo cognitivo-conductual del TOC que propone que la interpretación que dan los pacientes sobre sus pensamientos intrusivos los convierten finalmente en obsesiones y estos sistemas de creencias ocasionan que persistan a lo largo del tiempo.⁴⁰ Bajo este esquema, nosotros esperábamos que los pacientes con "atesoramiento sin TOC" tuvieran diferencias significativas con mayor puntaje de prevención al daño que los pacientes con "atesoramiento y TOC", sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas. Esto puede deberse a que los pacientes con y sin TOC cuentan con una estructura cognitiva muy similar, lo cual los predispone a la disfunción. Resultados muy similares a éste se han dado en otros trastornos que comparten características con el TOC, por ejemplo, en un estudio reciente en pacientes con trastornos de la alimentación, Naylor y cols.⁴¹ aplicaron el CCO en conjunto con varios cuestionarios, demostrando que los pacientes con trastornos alimentarios presentan una estructura cognitiva que predispone a la psicopatología y al ejercicio compulsivo por puntajes importantes en la subescala de perfeccionismo/temor a la incertidumbre. Los pacientes con TOC también presentan puntajes altos. Hay que recordar que el CCO fue diseñado como un instrumento que evalúa los errores de pensamiento previos al desarrollo de una patología del espectro obsesivo-compulsivo, por lo que los hallazgos de este

estudio basados en los errores de pensamiento generan una evidencia mayor de que el atesoramiento compulsivo se encuentra dentro del mismo espectro TOC.

Las puntuaciones para la escala SI-R resultó similar para otras poblaciones y son consistentes con los puntos de corte propuestos para la escala.⁴²

Otro resultado importante arrojado por la entrevista al paciente de la HRS-I fue la diferencia entre los puntajes de la pregunta seis que evalúa conciencia de enfermedad y disfunción, entre los pacientes con "atesoramiento con TOC" y "atesoramiento sin TOC". El resto de las preguntas no reportó resultados significativos. Esto pudiera deberse a que los pacientes con atesoramiento y TOC presentan mucha más gravedad porque cuentan con una menor conciencia de la disfunción que les genera el atesoramiento o los problemas derivados de éste. Este estudio va acorde con lo expuesto por Pertusa y cols.¹⁸ que reporto inicialmente que estos pacientes tienen pobre *insight*. Jakubovski y cols.⁴³ quienes demostraron en una amplia muestra de pacientes con TOC que la única dimensión que correlacionaba para pobre *insight*, medido mediante la Escala de Valoración de Creencias de Brown (BABS), fue el atesoramiento; esto demostró que entre más gravedad de estos síntomas, menor conciencia de enfermedad. No obstante, la evaluación de esta pregunta sólo mostró tendencia significativa posiblemente relacionada al tamaño de la muestra y a que nuestros pacientes, mostraron distinta gravedad.

Un último aporte de nuestro estudio fue que los pacientes con “atesoramiento sin TOC” guardaban en lugares más diversos, como closets, baños, jardines, etc., en inclusive en el auto familiar y no sólo en los sitios estipulados dentro de la Escala Visual de Atiborramiento (CIR) original³⁶. Es notable el que los “atesoradores No TOC” tuvieron mayores puntajes que los “atesoradores TOC” en la gran mayoría de los sitios estipulados salvo la recámara propia y el garaje; independientemente de las diferencias estadísticas, podríamos concluir que los pacientes “atesoradores sin TOC” resultan más invasivos en los espacios correspondientes a otras personas, mientras que los pacientes con “atesoramiento con TOC”, tienden a ser más restringidos en sus espacios de acumulación.

Al respecto de la propiedades clinimétricas de las escalas traducidas y adaptadas para la evaluación del atesoramiento en pacientes mexicanos son tendientes a buenos datos clinimétricos, sin embargo, aún quedan varios procedimientos que realizar así como incrementar el número de la muestra puesto que se requiere una n mínima de 50 y esto solo fue evaluado en 34 individuos.

Fortalezas y limitaciones:

Este estudio cuenta con una serie de limitaciones. La primera de ellas es la falta de un grupo de pacientes controles con el que pudiéramos comparar los hallazgos en las escalas clinimétricas como el realizado por Pertusa y cols¹⁸. No obstante, otros estudios de comorbilidad y fenomenología del atesoramiento como el Frost³⁹ o el de Tolin⁶ tampoco se ocupó un grupo control y se utilizó

sólo la comparación diagnóstica entre grupos como variable principal para buscar diferencias. Tampoco se llevó a cabo una evaluación prospectiva sobre el diagnóstico principal y secundario ya que se obtuvo de forma retrospectiva de la historia clínica del paciente. Esto pudo ocasionar que ciertos diagnósticos no hayan sido valorados y a su vez, podría explicar que no encontráramos comorbilidad con compras compulsivas o cleptomanía que son trastornos comórbidos frecuentes con el atesoramiento compulsivo, así como otros diagnósticos del espectro obsesivo-compulsivo que no son evaluados de forma estricta en la consulta psiquiátrica general. Las escalas de valoración de atesoramiento (SI-R, CIR y HRS-I) no son útiles para diferenciar el atesoramiento TOC del atesoramiento como entidad aparte del TOC y son propiamente escalas de gravedad. Aún siendo conscientes de esto, la HRS-I no ha sido validada en español al igual que la CIR. Este estudio fue, además, un primer paso para la validación de estas escalas.

Otra limitación, quizás la más importante, es el tamaño de la muestra. El que se hayan contado sólo con 34 pacientes puede generar un error tipo II, por lo que los resultados tendrán que tomarse con cierta cautela. Por otro lado, los resultados de comorbilidad podrían verse sesgados en razón que la gran mayoría de pacientes que se atienden en el Instituto de Psiquiatría corresponden a pacientes que cursan con Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada. Aún así, cabe hacer notar que existieron pacientes de varios diagnósticos principales y secundarios.

A pesar de estas limitaciones, el estudio cuenta con varias fortalezas. Es uno de los primeros estudios que se realizan en pacientes atesoradores TOC y no TOC

en Iberoamérica y el primero en México. Hasta donde sabemos, sólo existe un estudio en Brasil que se encargó de la validación del SI-R en portugués pero incluyeron pacientes con TOC sin definir si estos tenían o no atesoramiento o si eran pacientes con atesoramiento sin TOC⁴⁴ y existe un estudio multicéntrico que incluyó pacientes con TOC y atesoramiento, más no evaluó el atesoramiento como un constructo distinto al TOC⁴⁵. Además de ello, hasta la fecha no existen estudios que hayan comparado objetivamente la estructura cognoscitiva de los pacientes atesoradores con y sin TOC que valida de forma fenomenológica la noción de que el atesoramiento comparte características cognitivas similares con el TOC, como un padecimiento dentro del espectro obsesivo-compulsivo.

También es el primer estudio que evalúa que tipo de objetos acumulan los pacientes con este diagnóstico en países iberoamericanos, pero más importante aún, estudia que tipo de objetos son mayormente acumulados por sexo y por trastorno teniendo resultados muy interesantes. La noción de la acumulación como un continuo que va desde la normalidad hasta la patología es por primera vez evaluado en un estudio, ya que incluimos cuestiones sobre razones de acumulación que se encuentran en la población sin patología mental asociada; aunque no se han incluido aún en el estudio personas sin trastornos psiquiátricos que acumulen objetos por los motivos no patológicos como el coleccionismo, estas razones se han quedado en la descripción teórica y no se habían propuesto límites claros, como lo hicimos en el instrumento diseñado para esta investigación, el COACR. Finalmente, el desarrollo de instrumentos y escalas específicas para evaluar el atesoramiento

en población hispanohablante, sin duda abrirá mayor camino a futuras investigaciones sobre este padecimiento.

Otras investigaciones tendrán que valorar el hallazgo hecho por Frost y cols.³⁹ y replicado en nuestro estudio al respecto de la comorbilidad del atesoramiento con el Trastorno depresivo mayor, pues abre interrogantes sobre la neurobiología común del Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno por Atesoramiento. Se sabe que una de las principales áreas asociadas al atesoramiento compulsivo es la corteza cingulada anterior^{3, 26-28} cuya disfunción implica diversos déficits neuropsicológicos como mayor tiempo y estrés en la toma de decisiones³², alteraciones en la visualización espacial y disminución en el tiempo de reacción.²⁴ Por su parte, el trastorno depresivo mayor también está asociado a una disfunción de la corteza cingulada anterior: estudios de anatomía patológica, estudios volumétricos de tamaño neuronal y densidad glial⁴⁶, así como estudios de neuroimagen funcional han demostrado que existe tanto una disminución del volumen como en la actividad de esta área cortical, principalmente en su porción subgenual y dorsal, lo cual se puede relacionar con la gran cantidad de déficit neuropsicológicos que acompañan a los episodios afectivos así como a algunos síntomas clínicamente significativos como la disminución en la atención, motivación y energía⁴⁷; también es importante hacer notar que la disfunción o lesión de esta región cerebral está asociada a varios síntomas como apatía, disminución en la planeación, dificultad en la toma de decisiones, anergia, aislamiento social.⁴⁸ Dado estas premisas, la coexistencia del trastorno depresivo mayor en conjunto con el trastorno por atesoramiento podría ser una manifestación de la disfunción de la corteza cingulada anterior.

Como dato adicional, queremos agregar una propuesta al respecto de los términos con los que se define este padecimiento. Diversas palabras han sido empleadas para determinar las características de este trastorno. Una de ellas proviene del inglés *clutter* cuya traducción es "una serie de objetos tirados en una superficie desordenada". Esta palabra fue traducida por nosotros como *atiborramiento* que es referido al efecto de atestar un lugar de algo, especialmente de cosas inútiles, dado que es lo más parecido a la definición original en inglés. El término *Hoarding* es aún más controversial. Comúnmente, el término *Hoarding Disorder* ha sido traducido como "trastorno por acumulación" en la literatura de habla hispana; no obstante, *hoarding* proviene del verbo *to hoard* cuyo significado se traduce como "acumular y esconder o almacenar una gran cantidad de objetos de valor o dinero" por lo cual, *acumulación* cuya definición es "juntar y amontonar" quedaría corta en su definición para toda la fenomenología del trastorno y esta palabra de por sí, está inmersa en la definición de *hoard*, lo que la invalida. Nosotros proponemos el término *atesoramiento* que si bien tiene la definición de acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española como "el efecto de reunir y guardar dinero o cosas de valor" por una parte y en otra definición como "la retención de dinero o riquezas" da una idea más general del fenómeno clínico de los pacientes con atesoramiento no debido a TOC. Recordemos que, aunque para los observadores externos los objetos que guarda el paciente parecieran innecesarios e incluso inservibles, el paciente denota a sus pertenencias como tesoros o como objetos únicos que no podrán ser substituidos ya sea por su utilidad o valor intrínseco o su aspecto sentimental. Los objetos se vuelven verdaderamente cosas de valor para el paciente y son

retenidas aún en contra de la voluntad de las demás personas. Preferimos dejar el término *acumulación* para definir la conducta de juntar, almacenar y amontonar que va desde la normalidad (acopio funcional, coleccionismo, disfuncional por desorden y disfuncional por apego real) hasta el extremo patológico del atesoramiento compulsivo.

Conclusiones:

De acuerdo a los hallazgos de este estudio, el atesoramiento se encontró en una proporción mayor de la que esperábamos (13.07%) pero muy parecidas a lo propuesto en otras poblaciones clínicas de consulta psiquiátrica general, mientras que similar a otros reportes, se encontró una prevalencia de 16.12% de atesoramiento en población con TOC.

El patrón de comorbilidad fue parecido al que se ha reportado e influye de forma significativa en la presentación de este cuadro. A pesar que hubo similitudes importantes entre grupos, un hallazgo principal es la mayor prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad distintos del TOC, principalmente Trastorno de ansiedad generalizada, en el grupo de "Ateosoradores sin TOC". Es notable también que en la población de "Ateosoradores con TOC" un diagnóstico frecuente fuera la comorbilidad de esquizofrenia y TOC.

Además de ello, existen diferencias fenomenológicas y clinimétricas significativas entre pacientes con atesoramiento con y sin TOC, también influidas por el género. El patrón de acúmulo de objetos bizarros se comprueba nuevamente que es distintivo del atesoramiento relacionado al TOC, ya que

este fenómeno siempre estuvo relacionado a la presencia de obsesiones. Es interesante también que los "Ateoradores sin TOC" tuvieran mayor prevalencia de acumulación de diversos objetos y que acumularan en lugares más diversos, lo cual los hace más invasivos y más heterogéneos respecto a objetos que los pacientes del grupo "atesoramiento con TOC" quienes acumulaban más frecuentemente en la recámara y en espacios propios.

De cardinal importancia, no comprobamos una entidad fenomenológica obsesiva pura del atesoramiento, ya que los pacientes "ateoradores con TOC" presentaron una combinación de obsesiones y pensamientos no obsesivos como razones principales para el acumulo de objetos. Este hallazgo remarca la importancia de evaluar al atesoramiento como un síndrome que pudiera encontrarse comórbido con TOC (previamente denominado atesoramiento relacionado con TOC) así como a otros trastornos mentales como esquizofrenia, o como entidad distintiva, denominada Trastorno por Ateoramiento, pero no como una dimensión específica del TOC.

Bibliografía:

¹ Lahera G, Saiz-González D, Martín-Ballesteros E, et.al. Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (6): 403-407.

²Samuels JF, Bienvenu DJ, Grados MA, et.al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behav Res Ther* 2008; 46: 836-844

³ Saxena S. Neurobiology and treatment of compulsive hoarding. *CNS Spectr* 2008; 13 (9 Suppl 14): 29-36

⁴ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV-TR). Washinton DC: American Psychiatric Association.

⁵ 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

⁶ Tolin DF, et.al. Hoarding among patients seeking treatment for anxiety disorder. *J Anxiety Dis* 2011; 25 (1): 43-48

⁷ Tolin DF, Frost RO, Steketee G. The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psych Res* 2008; 160: 200-211

-
- ⁸ Saxena S, et.al. Quality of life and functional impairment in compulsive hoarding. *J Psychiatr Res* 2011; 45(4): 43-48
- ⁹ Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA, Pauls D: Ritual, habit, and perfectionism: The prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Dev* 1997; 68:58-68
- ¹⁰ Zohar AH, Felz L: Ritualistic behavior in young children. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29:121-128
- ¹¹ Leckman JF, Bloch MH. A Developmental and Evolutionary Perspective on Obsessive-Compulsive Disorder: Whence and Whither Compulsive Hoarding?. *Am J Psychiatry* 2008; 165:10: 1229-1233
- ¹² Lanier DL, Estep DQ, Dewsbury DA. Food hoarding in muroid rodents. *Behav Biol* 1974; 11: 177-187.
- ¹³ Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, et.al. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(4): 371-386
- ¹⁴ McGuire Michael, Troisi Alfonso. *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, England, 1998.
- ¹⁵ Maier T. On phenomenology and clasification of hoarding. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 323-337
- ¹⁶ Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioural model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 1996; 34: 341-350
- ¹⁷ Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behav Res Ther* 2007; 45: 2581-2592
- ¹⁸ Pertusa A, Fullana MA, Singh S, et.al. Compulsive Hoarding: OCD Symptom, Distinct Clinical Syndrome, or Both?. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1289-1298
- ¹⁹ Landau D, Iervolino AC, Pertusa A, et.al. Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *J Anxiety Dis* 2011; 25(2): 192-202
- ²⁰ Kalsbeek A, De-Bruin JP, Feenstra MG, et.al. Neonatal thermal lesions of the mesolimbocortical dopaminergic projection decrease food-hoarding behavior. *Brain Res* 1988; 475: 80-90.
- ²¹ De Brabander JM, de Bruin JP, van Eden CG. Comparison of the effects of neonatal and adult medial prefrontal cortex lesions on food hoarding and spatial delayed alternation. *Behv Brain Res* 1991; 42: 67-75.
- ²² Lacroix L, Broersen M, Weiner I, Feldon J. The Effects Of Excitotoxic Lesion Of The Medial Prefrontal Cortex On Latent Inhibition, Prepulse Inhibition, Food Hoarding, Elevated Plus Maze, Active Avoidance And Locomotor Activity In The Rat. *Neurosci* 1998; 82(2): 431-442
- ²³ Walton ME, Groves J, Jennings KA, et.al. Comparing the role of the anterior cingulate cortex and 6-hydroxydopamine nucleus accumbens lesions on oprante effort-based decisión making. *Eur J Neurosci* 2009; 29: 1678-1691.
- ²⁴ Grisham JR, Brown TA, Savage CR. Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1471-1483
- ²⁵ Grisham JR, Norberg MM, Williams AD. Categorization and cognitive deficits in compulsive hoarding *Behav Res Ther* 2010; 48: 866-872
- ²⁶ Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, et.al. Distinct Neural Correlates of Washing, Checking, and Hoarding Symptom Dimensions in Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:564-576
- ²⁷ Saxena S, Brody AL, Maidment KM, et.al. Cerebral Glucose Metabolism in Obsessive-Compulsive Hoarding. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1038-1048.
- ²⁸ Anderson SW, Damasio H, Damasio AR. A neural basis for collecting behaviour in humans. *Brain* 2005; 128: 201-212
- ²⁹ Gilbert AR, Mataix-Cols D, Almeida JR, et al. Brain structure and symptom dimension relationships in obsessive-compulsive disorder: A voxel-based morphometry study. *J Affect Disord* 2008;109:117-126.
- ³⁰ Saxena S. Neurobiology and Treatment of Compulsive Hoarding. *CNS Spectr* 2008;13 (9, Suppl 14):29-36

-
- ³¹ AN SK, Mataix-cols D, Lawrence NS, et.al. To discard or not to discard: the neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psych* 2009; 14: 318-331
- ³² Tolin DF, Kiehl KA, Worhunsky P, et.al. An exploratory study of the neural mechanisms of decision making in compulsive hoarding. *Psychol Med* 2009; 39: 325-336
- ³³ Frost RO, Tolin DF, Steketee G, et.al. Measurement of compulsive hoarding: Saving inventory-revised. *Behav Res Ther* 2004; 42(10): 1163-1182
- ³⁴ Tortella-Feliu M, Fullana MA, Casera X, et.al. Spanish version of the savings inventory-revised: adaptation, psychometric properties, and relationship to personality variables. *Behav Modif* 2006; 30(5). 693-712
- ³⁵ Tolin DF, Frost RO, Steketee G. A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatr Res* 2010; 178: 147-152
- ³⁶ Frost RO, Steketee G, Tolin DF, et.al. Development and Validation of the Clutter Image Rating. *J Psychopathol Behav Assess* 2008; 30:193-203
- ³⁷ Frost RO, Steketee GS. Hoarding: Clinical Aspects and Treatment Strategies. En: Jenike Michael, Baer Lee, Minichiello William (Ed.). *Obsessive-compulsive Disorders. Practical Management*. 3th edition. Mosby, St. Louis, MO, USA, 1998
- ³⁸ Rodríguez-Biglieri R, Vetere G. Adaptación Argentina del Cuestionario de Creencias Obsesivas. *Interdisciplinaria* 2008; 25(1): 53-76
- ³⁹ Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Dep Anxiety* 2010; 28(10): 876-884.
- ⁴⁰ Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief versión. *Behav Res Ther* 2004; 43: 1527-1542.
- ⁴¹ Naylor H, Mountford V, Brown G. Beliefs about Excessive Exercise in Eating Disorders: The Role of Obsessions and Compulsions. *Eur Eat Disorders Rev* 2011; 19: 226-236
- ⁴² Frost RO, Hristova V. Assessment of Hoarding. *J Clin Psychol* 2011; 67 (5): 456-466
- ⁴³ Jakubovski E, Pittenger C, Rodrigues-Torres A, et.al. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 35(7): 1677-1681
- ⁴⁴ Fontenelle IS, Prazeres AM, Borgues MC, et.al. The Brazilian Portuguese version of the Saving Inventory-Revised: internal consistency, test-retest reliability, and validity of a questionnaire to assess hoarding. *Psychol Rep* (2010); 106(1):279-96
- ⁴⁵ Torres AR, Fontenelle LF, Ferrao YA, et.al. Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: A multicenter study. *J Psychiatr Res* 2012; 46(6): 724-732
- ⁴⁶ Harrison PJ. The neuropathology of primary mood disorder. *Brain* 2002; 125: 1428-1449
- ⁴⁷ Davey CG, Yucel M, Allen MB, et.al. Task-related deactivation and functional connectivity of the subgenual cingulate cortex in major depressive disorder. *Frot Psychiatry* 2012; 3: 14
- ⁴⁸ Medford N, Critchley HD. Conjoint activity of anterior insular and anterior cingulate cortex: awareness and response. *Brain Struct Funct* (2010) 214:535-5499