
El trastorn d'acumulació

Una perspectiva de salut pública

2018



Artazcoz Lucía. El trastorn d'acumulació. Una perspectiva de salut pública.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018

Índex

Què és el trastorn d'acumulació?.....	1
Prevalença i història natural	2
Diagnòstic.....	2
Impacte en la salut pública de la comunitat.....	6
Què fer amb la persona que pateix trastorn d'acumulació?.....	7
Teràpia cognitiu-conductual	7
Reducció de danys	7
Equips multidisciplinars	8
Qüestions ètiques.....	8
Annex: fotos de l'escala CIR per valorar el desordre.....	12

Què és el trastorn d'acumulació?

La **conducta acumuladora** es considera un trastorn quan l'excessiva acumulació d'objectes, estris, escombraries o l'incapacitat per eliminar el considerat inútil o aparentment sense valor, interfereix en el desenvolupament normal (personal, professional, econòmic, familiar i social) de la persona afectada, causant-li un significatiu estrès (Mataix-Cols *et al.*, 2010). El grau del desordre i la magnitud de l'ocupació dels espais habitables és el factor que més clarament posa de manifest el grau de deterioració d'aquestes persones.

Dins d'aquesta conducta, el més conegut per mediàtic i per ser un cas extrem, però no el més freqüent, és la **Síndrome de Diògenes**. Aquest terme apareix l'any 1975 i es refereix als pacients amb trastorn d'acumulació juntament amb **mala higiene, aïllament social i indiferència sobre la seva situació vital, habitualment amb problemes de salut no tractats, així com seqüeles de negligència (ex, picades d'insecte i infeccions relacionades amb la mala higiene personal i alimentària), rebuig de l'ajuda externa i manca absoluta de consciència de l'anomalia de la seva conducta** (Clark, ANG, Mankikar, GD, Gray, 1975). És previsible el creixement del nombre de casos per l'augment del nombre de persones ancianes que viuen soles.

Fins a l'any 2012 el trastorn d'acumulació s'inclouïa al DSM-4 (American Psychiatric Association, 1994) com un símptoma més del trastorn obsessiu compulsiu; en l'actualitat ha passat a constituir-se com una entitat independent anomenada **trastorn d'acumulació al DSM-5** (American Psychiatric Association, 2013). Tanmateix l'ICD- 10 (WHO, 2010) no inclou aquest trastorn.

La seva característica principal és la **impossibilitat de desfer-se de possessions**. Els objectes que més freqüentment s'acumulen són diaris, roba vella, borses, llibres i papers de treball. Per al diagnòstic no és una condició que els elements que s'acumulin siguin de poc valor, també pot ocórrer amb objectes de molt valor. Les persones amb aquest trastorn atribueixen la seva incapacitat de desprendre's de les coses a la seva **utilitat, al seu valor estètic o al valor sentimental**. El resultat és una acumulació desorganitzada de possessions que compromet l'espai del lloc on es viu, impeding la seva permanència en aquest lloc. Aquesta situació genera angoixa i compromet l'àrea social, laboral o altres importants esferes de les relacions del pacient, incloent la seguretat i la salut pròpia i de les persones que viuen al voltant.

Aquests pacients no poden dormir en el seu llit, asseure's en la seva sala d'estar o cuinar en la seva cuina. De vegades el desordre arriba més enllà de l'habitatge propi i s'utilitzen

altres espais com els patis o jardins, l'oficina i les cases de familiars. En els casos severos aquest trastorn pot posar en risc la salut a causa del perill d'incendis, caigudes i per les condicions sanitàries precàries. També augmenta el risc de mort per incendi o per quedar atrapat en un “devesall de desordre”. En els casos en què el pacient no té consciència de la malaltia pot no haver-hi angoixa i habitualment es nega a acceptar ajuda.

Prevalença i història natural

La prevalença estimada a USA és del 2-5% (Samuels *et al.*, 2008) tot i que aquesta xifra és molt controvertida atesa l'absència d'estudis amb criteris diagnòstics sistematitzats i estandarditzats que considerin l'acumulació compulsiva com una entitat diferenciada. La incidència anual a **Espanya** podria estar al voltant d'uns **3.200 casos nous anuals**, amb una prevalença probable del **0,5%**. A Espanya s'estima en 140.000 persones la població de risc de patir la malaltia i més de **23.000 persones són probables “Diògenes”** (Boillos, 2012).

Es desconeix la seva causa, però es creu que té un **component genètic**. L'aparició i la gravetat de la conducta d'acumulació s'ha lligat a l'experiència **d'esdeveniments traumàtics** tant en la infància com en la vida adulta. Per exemple, persones amb aquest trastorn tenen més probabilitat d'haver patit durant la infància un excés de disciplina física, un estil de criança autoritari o haver tingut un pare o una mare amb un trastorn psiquiàtric (Samuels *et al.*, 2008). És una malaltia de **curs crònic i progressiu**. Els símptomes generalment **comencen en l'adolescència** i augmenten la seva severitat amb el pas dels anys. Als 20 anys afecten el funcionament diari i als 30 causen un impediment clínic significatiu i tenen una esperança de vida més curta que la mitjana morint sovint en solitud als seus domicilis, sobretot entre els homes (Boillos, 2012).

Diagnòstic

El diagnòstic es realitza a través de l'**entrevista psicopatològica** per avaluar la presència dels **criteris de la malaltia**, de ser possible a la casa de la persona, per avaluar el desordre i l'acumulació. El símptoma inicial pot no ser l'acumulació d'objectes per la qual cosa el professional sanitari ha de realitzar preguntes directes com:

- Té dificultat per tirar a les escombraries coses?
- Té moltes coses que ocupen els ambients principals de casa seva?

Una resposta afirmativa pot iniciar un diàleg que pot concloure en un diagnòstic. Es pot

realitzar una **visita domiciliària** per avaluar el desordre i els seus riscos associats. Si no és possible, s'ha d'intentar aconseguir informació sobre aquest tema per part dels **familiars**. Això és particularment important en aquells pacients que no tenen consciència de malaltia ja que poden desestimar la magnitud de les conseqüències d'aquest trastorn. Els familiars poden informar sobre la participació de tercers per realitzar neteges, sobre la durada d'aquest comportament i sobre els possibles riscos que requereixen atenció. També poden ser útils les fotografies per documentar la presència d'un desordre significatiu i per avaluar els resultats del tractament. Tanmateix, les fotografies no han de substituir l'entrevista psicopatològica. Els casos **d'acumulació d'animals** són més greus i difícils de gestionar (Frost, Steketee and Williams, 2000). A la taula 1 s'especifiquen els criteris diagnòstics del DSM-5.

Taula 1. Criteris diagnòstics del trastorn d'acumulació

Criteris

- Dificultat persistent per descartar béns, independentment del seu valor real.
- Aquesta dificultat es deu tant a una necessitat percebuda per guardar els elements i per l'angoixa davant la idea de desfer-se d'ells.
- La dificultat de descartar possessions resulta en la seva acumulació, congestionen i desordenen àrees i comprometen substancialment el seu ús previst. Si els ambients estan ordenats, és només a causa de les intervencions de tercers (per exemple , familiars, personal de neteja o de les autoritats)
- L'acumulació provoca malestar clínicament significatiu o deterioració a les àrees socials , ocupacionals o altres importants del funcionament (inclòs el manteniment d'un ambient segur per a si mateix i tercers)
- La síndrome no és atribuïble a un altre problema mèdic (per exemple , dany cerebral, malaltia cerebrovascular, o la síndrome de Prader - Willi)
- L'acumulació no és atribuïble als símptomes d'un altre trastorn mental (per exemple, les obsessions en el trastorn obsessiu-compulsiu , disminució de l'energia en el trastorn depressiu major , deliris en l'esquizofrènia o un altre trastorn psicòtic , dèficits cognitius en el trastorn neuro-cognitiu principal o interessos restringits en el trastorn de l'espectre autista)

Especificadors

Acumulació excessiva

Indiqui quan la dificultat per desprendre's d'objectes s'acompanya d'una excessiva adquisició d'elements que no són necessaris o pels quals no hi ha espai.

Consciència de la malaltia

Indiqui quan la conducta i creença acumuladora es caracteritza per un dels següents:

- Consciència de la malaltia: la persona reconeix que té un problema
- Poca consciència de la malaltia: la persona creu que aquestes conductes i creences no són problemàtiques malgrat la presència d'evidència que provi el contrari.
- Sense consciència de la malaltia: la persona està convençuda que el seu comportament sigui un problema malgrat la presència d'evidència que provi el contrari.

Diagnòstic diferencial

Ha de descartar-se la presència de malaltia neurològica (per exemple, tumor cerebral o lesió cerebral) o psiquiàtrica (trastorn de l'espectre autista o demència) per establir el diagnòstic.

El trastorn d'acumulació pot ser **conseqüència d'un problema de salut mental primari o secundari a demència, ictus o lesions cerebrals** (Frank and Misiaszek, 2012). Al voltant de la meitat de les persones afectades també tenen **altres trastorns de salut mental**. És freqüent la presència de símptomes de dèficit d'atenció i hiperactivitat, així com ansietat, depressió greu, fòbies, alcoholisme, addiccions a drogues o altres trastorns obsessiu-compulsius. L'esquizofrènia que apareix en edats avançades pot també associar-se al trastorn d'acumulació. Aquests símptomes co-existents són la principal causa de la consulta mèdica i contribueixen a la incapacitat d'una persona amb trastorn d'acumulació.

El procés diagnòstic ha de descartar l'existència d'altres problemes orgànics o mentals que poden associar-se a la conducta d'acumulació. Un cop diagnosticat el trastorn d'acumulació, la prioritat és la valoració de riscos per al pacient, els familiars i el veïnat (insalubritat, infestació, incendis o caigudes). Si s'identifica el risc, és necessari un abordatge multisectorial.

Un dels instruments més utilitzats per valorar el grau de desordre a la llar és l'escala de valoració del desordre per imatge (CIR per les seves sigles en anglès). El CIR avalua el desordre en una casa amb una sèrie de nou fotografies (annex 1) per valorar el volum de desordre en cada habitació de la casa en una escala d'un a nou. Un índex de CIR de quatre o més alt indica un problema significatiu de desordre en la casa. Quan el desordre és superior impedeix els residents moure's lliurement en les seves cases o en les activitats quotidianes (Frost, Steketee and Williams, 2000). Com més alta és la puntuació augmenten els riscos de seguretat com els incendis o les caigudes (taula 2)

Taula 2. Escala CIR de desordre

Puntuació	Significat
1	No hi ha desordre
2-3	Nivell de desordre baix
4	El desordre comença a interferir l'ús de l'espai i hi ha riscos de seguretat
5-6	Preocupació significativa pels riscos per a la salut i la seguretat que inclouen incendis i sortides bloquejades
7-9	Desordre greu; no hi ha sortida

Com el tipus i volum de desordre pot variar considerablement d'habitació a habitació, el CIR s'avalua per a cada habitació de la casa i s'obté una puntuació mitjana. En general, el desordre tendeix a ser més problemàtic en la sala d'estar, el dormitori, i en habitacions

auxiliars i menys significant en cuines i banys. Quan s'inclouen el bany i la cuina els CIR mitjans globals poden ser propers a o per sota el 4.0, lllindar per intervenció. Tanmateix, per salut i raons de seguretat, s'ha d'intervenir sobre el desordre en la resta d'habitacions.

Impacte en la salut pública de la comunitat

L'acumulació compulsiva suposa riscos per a la seguretat i la salut de la persona afectada, la seva família i el veïnat i pot generar costos substancials a la ciutat. La ciutat de San Francisco va estimar el **cost anual de tractar el trastorn d'acumulació** en 6,5 milions de dòlars, exclouent el dels treballadors sanitaris implicats en el tractament de les persones afectades (Rosen *et al.*, 2009). Els bombers de Melbourne van estimar que aproximadament el **25% dels incendis** potencialment evitables de la ciutat estaven associats a casos d'acumulació compulsiva (Frank and Misiaszek, 2012).

Els incendis en una llar on hi ha una acumulació excessiva són més difícils d'extingir i és més probable que afectin altres pisos. La infestació és un altre risc relacionat amb l'acumulació excessiva. Degut a l'enorme quantitat de coses i el desordre proliferen **vectors transmissors de malalties com a rates, paneroles, puces, etc.** Aquesta transmutació de l'habitatge en abocador és una conseqüència de l'abandó i de l'aïllament afectiu, així com de la inhibició conductual que caracteritza aquestes persones (Frost, Steketee and Williams, 2000).

Les situacions **d'insalubritat dels domicilis** de les persones afectades (per l'existència d'escombraries, detritus i excrements) fan que es produeixin fermentacions i putrefaccions. Aquestes comporten un alliberament de gasos i substàncies tòxiques que poden ocasionar **trastorns respiratoris i al·lèrgics**, a més de que, per l'olor, poden fer **l'aire irrespirable** afectant la resta de la comunitat. Per tot això, els veïns acaben **denunciant** als Ajuntaments (responsables de la salut pública pel sistema de transferències), a les Fiscalies, les Forces i Cossos de Seguretat o les delegacions de Sanitat corresponents. **En aquestes situacions de risc el veïnatge sol·licita la neteja obligatòria dels pisos.** En moltes ocasions, tant veïns com familiars, denuncien aquestes situacions davant els **serveis socials** perquè se'ls busqui una solució per a la millora del benestar o un allotjament alternatiu a aquestes persones.

A més, l'acumulació excessiva pot tenir altres conseqüències negatives per als pacients: desnonaments, sancions, judicis o ingressos no desitjats en residències (Steketee, Frost and Hyo-Jin Kim, 2001).

Els professionals socio-sanitaris, dins de la seva funció de control, tracten d'orientar les

intervencions davant aquests casos de manera que s'aconsegueixi **conjuguar el benestar del veïnat i del pacient**. No obstant això, les tècniques empleades i la consecució de l'èxit en les intervencions depenen en moltes ocasions del **coneixement que els professionals** tinguin sobre el propi trastorn, de les **aptituds** d'aquests per **aconseguir un vincle** amb el subjecte, de la **cooperació interdisciplinària** que trobin i dels **recursos** al seu abast, raó per la qual la qual es fa necessària la unificació del camí a seguir: conèixer qui són els professionals i serveis públics que han d'intervenir; com es coordinen i relacionen; saber com s'ha de realitzar un diagnòstic social adequat dels casos i manejar el marc legal i clínic que empara aquesta intervenció. En definitiva, **protocols en els què estan implicats sectors i professionals diversos**. El fracàs en abordar l'acumulació compulsiva de manera eficaç i coordinada pot resultar en intervencions en situació de crisi d'alt cost que no adrecen l'arrel del problema i finalment acabar en desnonaments.

Què fer amb la persona que pateix trastorn d'acumulació?

L'objectiu del tractament és **millorar la situació sense moure el pacient de la seva llar**, excepte en situacions de risc extrem o incapacitat (Reyes-Ortiz, 2001). La **institucionalització** de pacients amb trastorn d'acumulació o Síndrome de Diògenes augmenta el **risc de mort**.

Teràpia cognitiu-conductual

El tractament ha de començar per la detecció dels casos de risc i el diagnòstic de la possible **patologia subjacent**. La **teràpia cognitiu-conductual multicomponent** ha mostrat els millors resultats per al tractament. Pot ser útil incloure la família en el procés terapèutic (Muroff, Bratiotis and Steketee, 2011; Mataix-Cols, 2014; Grisham and Baldwin, 2015). Aquesta teràpia inclou també l'entrenament en **habilitats d'organització, exposició i reestructuració cognitiva** de les creences relacionades amb l'acumulació (Steketee, Frost and Hyo-Jin Kim, 2001). Amb aquesta teràpia, s'han documentat canvis positius en les tres dimensions de l'acumulació: **adquirir, descartar i desordre** (Tolin, Frost and Steketee, 2007). Intervencions més cost-efectives que les individuals com ara les **teràpies grupals, els materials d'autoajuda, grups de suport liderats per iguals o teràpies basades en Internet** han mostrat ser també efectives (Muroff *et al.*, 2010; Gilliam *et al.*, 2011; Frost, Ruby and Shuer, 2012). En canvi, en l'actualitat no hi ha evidència de l'efectivitat de cap tractament farmacològic (Mataix-Cols, 2014).

Reducció de danys

En els casos en què els pacients no poden o no volen accedir a aquesta teràpia i hi ha riscos

per a la salut i la seguretat, els professionals sanitaris han d'utilitzar altres estratègies, com les de **reducció de danys** per reduir els **efectes problemàtics de la conducta d'acumulació** i no necessàriament la pròpia conducta (Chater *et al.*, 2013). La **reducció de danys**, una estratègia utilitzada en les addiccions, ha mostrat beneficis per aquests pacients i les seves famílies. L'eliminació agressiva de totes les coses acumulades i la neteja extrema pot derivar en un distrès considerable **sense que disminueixi el risc de tornar a la conducta d'acumulació**, bé en la mateixa localització o allà on la persona sigui traslladada. L'èmfasi en una intervenció de neteja extrema pot crear **recel, ressentiment i resistència** en la relació amb els professionals de sanitaris i de serveis socials i fins i tot exacerbar la conducta d'acumulació en ser percebuda com una violació a la intimitat i un esdeveniment estressant (Steketee, Frost and Hyo-Jin Kim, 2001). L'abordatge de reducció de danys, que posa el focus en organitzar o treure només allò que és necessari per mantenir les persones a casa amb un nivell raonable de seguretat i confort, és el recomanat pels professionals sanitaris quan la **seguretat i evitar els desnonaments són les prioritats**. La reducció de danys és un **abordatge en fases** per a la neteja quan el pacient s'adhereix al tractament i no té problemes significatius de demència o comorbiditat psiquiàtrica. El tractament pot durar mesos o anys (Tompkins, 2011).

Equips multidisciplinars

Com molts problemes complexos de salut, és necessari un abordatge multidisciplinari (Snowdon and Halliday, 2009). Per abordar aquests casos s'ha recomanat la creació d'un equip multisectorial que inclogui una **persona que hagi superat el trastorn d'acumulació** i que pugui actuar com un igual i referents de **serveis socials, bombers i de salut pública** (Rosen *et al.*, 2009). Al nostre entorn també s'haurien d'incloure referents del **districte, del centre d'atenció primària del territori i de guàrdia urbana**. Tanmateix, els professionals de **l'atenció primària de salut** poden tenir un rol important en el reconeixement i l'avaluació dels problemes de salut que causen o contribueixen al trastorn d'acumulació (Frank and Misiaszek, 2012). De vegades, aquests pacients són **detectats després d'una caiguda** relacionada amb la manca d'espai i el desordre a la llar. A més, les **infermeres de l'atenció primària** poden tenir un rol crucial. En les **visites domiciliàries** tenen l'oportunitat de detectar precoçment casos d'acumulació patològica i derivar els pacients als recursos sanitaris corresponents, abans d'arribar a situacions més greus (Fleury, Gaudette and Moran, 2012).

Qüestions ètiques

El major **obstacle per tractar a aquests pacients** és que ells poden no tenir plena consciència del seu problema i solen rebutjar l'ajuda social. Aquí es presenta el dilema de

clarificar la capacitat del pacient per decidir quedar-se on viu en un entorn de risc potencial. Si no estan incapacitats per motiu d'alguna malaltia psiquiàtrica de base o una demència, no poden ser ingressats en una residència sense **el seu consentiment**, amb el que acaben tornant al seu tipus de vida anterior. No obstant això, **no han d'estalviar-se esforços per tractar amb teràpia** aquests pacients de manera que prenguin consciència del seu trastorn i aprenguin la importància de tenir, no només una higiene personal adequada sinó un entorn lliure d'escombraries i espècimens que els poden causar moltes malalties a ells mateixos, a la seva família i veïns. Els pacients amb demència o altres problemes de salut mental greus poden no tenir la capacitat per entendre i apreciar la naturalesa de la situació. En qualsevol cas, s'ha de tenir en compte que **el trasllat dels pacients de casa seva** sense tenir en compte la seva capacitat, no és només un tema relacionat amb l'ètica sinó que, tal com s'ha mencionat, pot empitjorar el pronòstic (Frank and Misiaszek, 2012).

La possibilitat d'aconseguir l'ingrés en un centre residencial o una hospitalització de llarga durada ve precedida, en la majoria de casos, d'una **ordre judicial d'ingrés involuntari**. Aquesta és molt difícil d'aconseguir a causa del **principi de l'autonomia del pacient** i pel respecte dels jutjats davant la possible incapacitació de persones sense un diagnòstic mèdic clar i incapacitant. En cas de manca de família o abandó per aquesta, serà el professional de l'administració, obligat per la Llei d'Enjudiciament Civil, qui ha de denunciar davant la fiscalia qualsevol situació de risc per proposar mesures de protecció o valorar la seva capacitat.

Conclusió

El trastorn d'acumulació s'associa amb problemes físics, psicològics i socials per a les persones que el pateixen i per a les que l'envolten. El seu abordatge és necessàriament intersectorial tractant de conjugar el benestar del pacient i de la comunitat. Existeixen instruments per al diagnòstic i també per a la valoració del nivell d'acumulació que faciliten l'abordatge d'aquests casos. En qualsevol cas, no està indicada la l'eliminació agressiva de totes les coses acumulades. Semblen prometedores les estratègies de reducció de danys.

Referències

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Arlington*. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
- American Psychiatric Association, & A. P. A. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM IV)*. Whashington, DC.
- Boillos, C. (2012) 'Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes en la provincia de Soria', *Documentos de Trabajo Social DTS. Revista de trabajo social y acción social*, 51, pp. 317–354.
- Chater, C. *et al.* (2013) 'Hoarding is a mental health disorder characterized by difficulties with discarding', *Home Healthcare Nurse*, 31(3), pp. 144–154.
- Clark, ANG, Mankikar, GD, Gray, I. (1975) 'Diogenes Syndrome. A clinical study of gross neglect in old age', *The I*, pp. 366–368.
- Fleury, G., Gaudette, L. and Moran, P. (2012) 'Compulsive Hoarding: Overview and Implications for Community Health Nurses', *Journal of Community Health Nursing*, 29(3), pp. 154–162. doi: 10.1080/07370016.2012.697846.
- Frank, C. and Misiaszek, B. (2012) 'Approach to hoarding in family medicine: beyond reality television.', *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 58(10), pp. 1087–91, e542-7.
- Frost, R. O., Ruby, D. and Shuer, L. J. (2012) 'The buried in treasures workshop: Waitlist control trial of facilitated support groups for hoarding', *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), pp. 661–667. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.004.
- Frost, R. O., Steketee, G. and Williams, L. (2000) 'Hoarding: A community health problem', *Health & Social Care in the Community*, 8(4), pp. 229–234. doi: 10.1046/j.1365-2524.2000.00245.x.
- Gilliam, C. M. *et al.* (2011) 'Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial', *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), pp. 802–807. doi: 10.1016/j.brat.2011.08.008.
- Grisham, J. R. and Baldwin, P. A. (2015) 'Hoarding disorder cutting through the clutter', *Medicine Today*, 16(9), pp. 26–33. doi: 10.1056/NEJMcp1313051.
- Mataix-Cols, D. *et al.* (2010) 'Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V?', *Depression and Anxiety*, 27(6), pp. 556–572. doi: 10.1002/da.20693.
- Mataix-Cols, D. (2014) 'Hoarding Disorder', *New England Journal of Medicine*, 370, pp. 2023–2030.
- Muroff, J. *et al.* (2010) 'Delivery of internet treatment for compulsive hoarding (D.I.T.C.H.)', *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), pp. 79–85. doi: 10.1016/j.brat.2009.09.006.
- Muroff, J., Bratiotis, C. and Steketee, G. (2011) 'Treatment for Hoarding Behaviors: A Review

of the Evidence', *Clinical Social Work Journal*, 39(4), pp. 406–423. doi: 10.1007/s10615-010-0311-4.

Reyes-Ortiz, C. (2001) 'Neglect and self-neglect of the elderly in long-term care', *Annals of Long-Term Care*, 9, pp. 21–24.

Rosen, K. *et al.* (2009) *Beyond overwhelmed. The Impact of Compulsive Hoarding and Cluttering in San Francisco and Recommendations to Reduce Negative Impacts and Improve Care*. San Francisco: San Francisco task force on compulsive hoarding.

Samuels, J. F. *et al.* (2008) 'Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample', *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), pp. 836–844. doi: 10.1016/j.brat.2008.04.004.

Snowdon, J. and Halliday, G. (2009) 'How and when to intervene in cases of severe domestic squalor.', *International psychogeriatrics / IPA*, 21(6), pp. 996–1002. doi: 10.1017/S1041610209990597.

Steketee, G., Frost, R. O. and Hyo-Jin Kim (2001) 'Hoarding by elderly people', *Health & Social Work*, 26(3), pp. 176–184.

Tolin, D. F., Frost, R. O. and Steketee, G. (2007) 'An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding', *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), pp. 1461–1470. doi: 10.1016/j.brat.2007.01.001.

Tompkins, M. A. (2011) 'Working with Families of People who Hoard: A Harm Reduction Approach', *Journal of Clinical Psychology*, 67(5), pp. 497–506. doi: 10.1002/jclp.20797.

WHO (2010) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (International Classification of Diseases)(ICD) 10th Revision - Version:2010, Occupational Health*.

Annex: fotos de l'escala CIR per valorar el desordre

Cuina



1



2



3



4



5



6



7



8



9

Dormitori



1



2



3



4



5



6



7



8



9

Sala d'estar



1



2



3



4



5



6



7



8



9

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



Viure amb salut

Connectem
f **t** **y** **in**

www.aspb.cat