

TRASTORNO POR DESORDEN

Desvíos del comportamiento:
una nueva mirada.

Dr. Jorge Bernstein

Presidente del Capítulo de Salud Mental en APS, APSA

Profesor Asociado de Medicina Familiar, Univ. Favaloro.

Coordinador de la Comisión de Salud Mental, FAMFyG

Miembro de COSALCOT, APSA

Coordinador de la listas de correo medfam y sm-aps

Desordenado



TXD

**TRASTORNO
POR
DESORDEN**

TXD

**La medicina a avanzado tanto
que ya no quedan personas sanas**

Aldous Huxley

citado por
Jörg Blech “Los inventores de enfermedades”
Barcelona, Ediciones Destino, 2005

La **medicalización de la vida cotidiana** en la “economía de mercado” es un proceso tan **inexorable** como la búsqueda de la **ganancias**.

Aspectos cotidianos del vivir se van transformando en “enfermedades” en la medida que la inventiva comercial encuentra la manera de “mejorarlos” con algún **producto**.

El **objetivo** de este trabajo
mostrar que el proceso de
invención de enfermedades
es más **simple** que lo que parece.

Solo hace falta plata.

Como no la tengo, traté de
reemplazarla con **humor**.

TRASTORNO POR DESORDEN

Dr. Jorge Bernstein

Desordenado

declaración de conflictos de intereses:

el autor no tiene **conflictos**,
y si sumo **interés**,
en recibir cualquier
contribución.

Introducción

Todo tipo de conducta humana puede producir sufrimiento (y llegar a ser considerado patológica) dependiendo de intensidad, rigidez, persistencia, adecuación al contexto, etc.

Introducción

- el miedo,
- la desconfianza,
- la timidez,
- la angustia,
- el sueño,
- la susceptibilidad, etc.

Incluso el optimismo y la alegría

Introducción

La atribución de normalidad o patología depende de la construcción ideológica del observador.

Recientemente nuevas condiciones se han incorporado a los manuales diagnósticos, p. ej., la timidez que puede ser considerada "fobia social".

Introducción

El par antitético orden – desorden tiene su lugar en la nosología cuando el **exceso de ordenatividad** produce sufrimiento y se la diagnostica como **TOC**.

Sin embargo, su par antitético, el **exceso de desorden** que también produce un **significativo sufrimiento** al sujeto y, en especial, a sus personas cercanas, no tiene un lugar equivalente nosográfico.

Orden y desarrollo

La **ordenatividad** depende de la organización de la percepción visualizando a los objetos como un conjunto armónico o no.

Este proceso tendría lugar en la corteza occipital y cerebelar mediada por un mecanismo en el que interviene cierto nivel de equilibrio entre los receptores histaminérgicos y adrenérgicos, moderados por los colinérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos, **lo que determina si un conjunto de objetos se perciben como “ordenados” o no.**

Orden y desarrollo

La capacidad de ordenar los objetos se incorpora en la primera infancia.

Como en otros procesos evolutivos se puede dar de una manera muy desigual.

Algunos permanecen con problemas en su **ordenatividad**

Criterios **Di**agnósticos

Criterios Diagnósticos

A.

Se cumplen 5 (o más) de los siguientes síntomas, por un periodo prolongado de tiempo al menos mayor de 191 días (puede ser un patrón estable).

Al menos dos (2) de los criterios 1, 3 y 7 deben estar presentes.

Criterios Diagnósticos

1. **El sujeto mantiene un desorden en sus cosas**, de acuerdo a su propia opinión y a la de los demás.
2. **El sujeto acepta que es desordenado.**
3. **Hace intentos por ordenar, que nunca terminan.**

Criterios Diagnósticos

4. Estas conductas le acarreaman problemas en su vida cotidiana, de acuerdo a la opinión del sujeto o de los demás, p. ej. pérdida de tiempo equivalente a 28 minutos diarios 4 veces por semana, buscando sus pertenencias, o tres (3) discusiones con su cónyuge por semana.

Criterios Diagnósticos

5. La intensidad **varía** a través del tiempo.

6. Un área puede permanecer libre de síntomas.

7. **Una persona del entorno íntimo del sujeto cree que tiene por misión en la vida reeducarlo.**

8. El sujeto **no intenta modificar** la ordenatividad de los demás.

Criterios Diagnósticos

1. mantiene un desorden en sus cosas,
2. El sujeto acepta que es desordenado.
3. Hace intentos por ordenar (no termina)
4. le acarrean problemas en su vida
5. La intensidad varía a través del tiempo.
6. Un área puede permanecer libre de síntomas.
7. Una persona cree que tiene por misión en la vida reeducarlo.
8. El sujeto no intenta modificar la ordenatividad de los demás.

Criterios Diagnósticos

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio maniaco o mixto.

C. Los síntomas provocan **malestar clínicamente significativo** o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios Diagnósticos

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., **una droga, un medicamento**) o una **enfermedad** médica (p. ej., hipotiroidismo, hipertirodismo, Cushing, infecciones, hipertermia o tumor cerebral).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un **duelo** (p. ej., después de la perdida de un ser querido), u otra circunstancia vital característica, o los síntomas persisten durante más de 7 meses.

B. **No se explica mejor por otra patología mental**, aunque pueda coexistir.

Criterios Diagnósticos

Subtipos:

I: con impuntualidad

II: sin impuntualidad

TRASTORNO DE DESORDEN (TxD)

Antecedentes históricos

Descrito inicialmente en Grecia por Eucicleo de Pasmaia, Esc.de Coz.

Escuela pitagórica de Kreppe: una debilidad de la mente.

Kraepelin un trabajo inconcluso

Herencia y desorden

El origen genético (**J.A.M.A.S.** 2206;392;45-98).

Los estudios por **SPECT** y **SCRAMB** lo relacionan con el núcleo bagnacaudado (**El Lance** 2204;462;193-80).

La correlación entre gemelos homocigotas y dicigóticos podrían avalar esta afirmación (53% vs. 47%).

TRASTORNO DE DESORDEN (TxD)

Orden y desarrollo de la personalidad

El Orden necesario de la Humanidad se incorpora en la primera infancia.

Pero este proceso es desigual.

Algunos tienen dificultades y permanecen con diverso grado de ordenatividad.

El psicoanalista Tohu Vavohu lo relaciona con **fijación en las etapas Nasal y Naso Anal** vinculándolo con el S. de Gilles de la Pedette.

Clasificación y estudios Epidemiológicos

No contamos a la fecha con adecuados estudios por déficit de adecuados instrumentos.

Se han propuesto **escalas autoadministradas**, que se demuestran de gran utilidad.

Akop Aguiskal, que propone definirlo como un **trastorno bipolar** (incluyendo etapas de desorden con ataques ordenaticios) y lo clasifica, inicialmente, en los tipos I, I 1/2, II, II 1/2, III, III 1/2, VI, VI 1/2, etc.

El calcula que su incidencia llega al 104% de la población mundial.

Tratamiento Psicosocial

No obtuvieron resultados convincentes.

Tres trabajos que comparaban T. Sistemica Breve, T. Cognitiva y Cognitivo Conductual no mostraron **diferencias significativas con los grupos control.**

Esta en curso un estudio con tratamiento psicoanalítico.

Los resultados preliminares a 3, 5, y 7 años no son concluyentes.

Los responsables del trabajo insisten que se deben esperar los resultados definitivos, luego de profundizar la terapia y aumentar el numero de sesiones semanales. Estos resultados se esperan para el **2019.**

Mientras tanto no se puede descartar la utilidad de este tratamiento, especialmente cuando se lo combina con tratamiento médico

Tratamiento Farmacológico

las **miprimas** (derivados de la **imipramina**), son muy alentadoras.

Estudiado inicialmente como AD, descartado por efectos secundarios hematológicos y, secundariamente, por ineffectividad.

El novísimo medicamento **miprimavera** (Eli Roczer y Jhanxo), tiene una perspectiva prometedora y

todos podrán beneficiarse del intento de tratamiento.

Tratamiento Farmacológico

Miprimavera:

Un estudio semi ciego y controlado
(por los laboratorios)

10 pacientes

vs. alcohol metílico y tetrahidrocanabinol

muestran las claras ventajas del
tratamiento.

Tratamiento Farmacológico

Miprimavera:

No se efectuaron estudios contra placebo por motivos éticos.

En Argentina se prevé incluirlo en el PMO.

Tratamiento Farmacológico

Miprimavera:

Es un medicación ética

Se vende solo bajo receta

Rol del médico de AP

El médico de AP tiene un rol destacado en la detección y tratamiento del TxD.

El Cuestionario de Acunha
alta sensibilidad y buena
especificidad.

Rol del médico de AP

El Cuestionario de Acunha

1) **¿es Ud. desordenado?**

(en caso de niños preguntar a la madre)

2) **¿a alguien le molesta su desorden?**

3) **¿cuándo fue la última vez que no encontró algo?** (se consideran positivas las respuestas menores al mes).

2 respuestas positivas se debe brindar al paciente la posibilidad del **tratamiento médico.**



Cuestionario al colega

1) ¿conoce personas a las que cumplen con los criterios diagnósticos?

2) en el entorno de éstas:

¿hay allegados que querrían tratar esta condición?



Cuestionario al colega

3) *a priori* ¿la prevalencia es suficiente como prever que tratarlos sería un buen negocio?

4) si se inventara la droga a la que se le puedan atribuir propiedades curativas



Cuestionario al lector

3) *a priori* ¿la prevalencia es suficiente como prever que tratarlos sería un buen negocio?

4) si se inventara la droga a la que se le puedan atribuir propiedades curativas ¿se puede prever una intensa, y exitosa, campaña de marketing promoviendo el tratamiento?

La procrastinación

claramente vinculada con el TXD

la dejamos para más adelante...

Eeeeeeeh.....

Bibliografía

- Jörg Blech "Los inventores de enfermedades"
Barcelona, Ediciones Destino, 2005
- Marcia Angell, "La Verdad Acerca de la
Industria Farmacéutica"
- Ray Moynihan "Medicamentos que nos
Enferman" (Selling Sickness)
- Juan Medrano, "Psiquiatría Insólita" en
www.ome-aen.org/insolito.htm

ii Muchas Gracias!!