

Impulsividad y conducta de riesgo en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar

■ La conducta impulsiva es un elemento presente en varias condiciones clínicas, entre ellas la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En general, el término hace referencia a la predisposición de ciertos individuos para reaccionar de manera no planeada, y sin consideración sobre las consecuencias de sus actos, incluyendo a aquellas decisiones que implican riesgo. Estos aspectos, cuando están presentes, se asocian a un peor pronóstico y son un elemento que favorece el desarrollo de conductas con repercusiones legales, de suicidio y de una propensión a generar consumo y dependencia a sustancias. A pesar de que se tiene conocimiento de que la impulsividad es una característica frecuente, poco se conoce sobre su origen y desarrollo desde el punto de vista neurobiológico. En las fases de manía del trastorno bipolar se expresan con mucha frecuencia conductas impulsivas y tendencias a la búsqueda de recompensa sin una adecuada planeación. Si bien la conducta impulsiva de riesgo es un criterio diagnóstico en algunos de estos episodios, se ha demostrado que, paradójicamente, estos individuos no muestran de manera consistente deficiencias en muchas de las tareas que requieren de planeación y de reflexión. Por lo tanto es sugerente que estas inconsistencias muestren que la impulsividad tiene una naturaleza multifacética o bien, por otra parte, que las herramientas que se utilizan para medirla no son lo suficientemente sensibles para poder generar una clara distinción de su constructo. Existen pocos estudios que aborden el tema de la impulsividad y de la toma de riesgos en la esquizofrenia. La explicación que se ha dado en ellos para entender estos aspectos consiste en que las fallas cognitivas del padecimiento, las alteraciones de las representaciones mentales de recompensa y los síntomas negativos son los elementos responsables. Adicionalmente, las variaciones de los resultados que se observan en los estudios con pacientes esquizofrénicos y bipolares pueden atribuirse al efecto de las medicaciones que reciben, principalmente al que causan los antipsicóticos. Las bases neuroquímicas de la impulsividad y de las conductas de riesgo consideran la participación de los sistemas de neurotransmisión serotoninérgica, dopaminérgica y noradrenérgica y se sabe que estos sistemas se afectan con el uso de los antipsicóticos. Por ejemplo, algunos estudios encuentran que con estos fármacos se reduce la impulsividad, aunque no

siempre sucede así. En un trabajo recientemente publicado se valoraron las medidas tanto de auto-reporte como de observación conductual sobre la impulsividad en pacientes bipolares y con esquizofrenia. El estudio tuvo dos objetivos: hacer un análisis cuidadoso de la impulsividad entre bipolares, esquizofrénicos y un grupo de sujetos sanos, y comparar las diferencias en estas medidas entre los subgrupos de los pacientes bipolares de acuerdo a su tratamiento con antipsicóticos y a sus antecedentes de psicosis.

La muestra total fue de 142 sujetos que incluían a 68 con trastorno bipolar (46 tipo I y 22 tipo II), 38 con esquizofrenia y 36 individuos sanos. Los diagnósticos se efectuaron de acuerdo a los criterios del manual DSM-IV para trastorno bipolar con sus subtipos y para esquizofrenia, por medio de la aplicación de una entrevista clínica estandarizada (SCID). En el momento de las valoraciones, 37 pacientes con esquizofrenia y 40 de los bipolares recibían antipsicóticos. Las determinaciones clínicas incluyeron la aplicación de la Escala BPRS, la de depresión de Hamilton y la de Young de manía. Los elementos cognitivos se evaluaron con la batería cognitiva MATRICS, el auto-reporte de impulsividad con la Escala Barratt de Impulsividad (BIS-11) y la toma de riesgos con la Escala BART, que determina y mide en forma computarizada la conducta de toma de riesgos. En un primer análisis estadístico eliminaron a los sujetos ubicados en los extremos de las mediciones, de tal manera que se incluyeron sólo a aquellos que no excedieron tres desviaciones estándar arriba o debajo de la media. Posteriormente llevaron a cabo una serie de análisis univariados para examinar las diferencias en las tareas entre los grupos. Finalmente, efectuaron el análisis de correlación para determinar la relación entre la impulsividad y la conducta de toma de riesgos.

Los tres grupos fueron similares en cuanto a edad, distribución por sexo y nivel de educación. Los esquizofrénicos y los bipolares no mostraron diferencias significativas en cuanto a la edad del inicio de los padecimientos y los tres grupos mostraron diferencias en las mediciones de cognición (MATRICS), siendo los esquizofrénicos los más afectados, seguidos de los bipolares, mientras que los controles sanos mostraron el menor nivel de deterioro de estas funciones. De acuerdo a las calificaciones totales de la escala BIS-11, los bipolares tuvieron calificaciones más altas que los esquizofrénicos, y los resultados de estos últimos no mostraron diferencias con los del grupo control. Al analizar las subescalas de este instrumento, los bipolares mostraron un desempeño más alto en dos de ellas (la de atención y la motora), pero no en la tercera (la de falta de planeación). Por su parte, los esquizofrénicos sólo difirieron de los controles en la subescala de atención. Estos resultados se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1

BIS	Bipolar	Esquizofrenia	Controles	Comparación entre grupos
Total	52.30 (11.0)	46.10 (12.4)	42.90 (8.8)	BP > Esq = C
Atención	12.90 (4.6)	11.70 (4.7)	8.12 (3.4)	BP = Esq > C
Motora	16.50 (5.2)	13.50 (5.8)	11.40 (4.0)	BP > Esq = C
Falta de planeación	22.90 (5.5)	20.90 (6.4)	23.34 (4.0)	BP = Esq = C
BART total ajustada	35.40 (14.7)	21.40 (14.2)	38.40 (18.7)	Esq < BP = C

BIS = Escala Barratt de Impulsividad; BART = Escala de Conducta de Toma de Riesgos; BP = Trastorno bipolar; Esq = Esquizofrenia; C = Controles.

En la escala BART los esquizofrénicos fueron los que mostraron más aversión al riesgo. Al hacer el análisis de correlación se encontraron dos hallazgos principales: los reactivos de las medidas de impulsividad auto-reportadas del BIS tuvieron una elevada correlación con las de la escala BART en los tres grupos de la muestra. Al comparar a los pacientes bipolares entre los subtipos I y II, no se encontraron diferencias en ninguna de las medidas de impulsividad ni en las de la toma de riesgos. Ambos fueron también muy similares en los aspectos clínicos, cognitivos y demográficos. De manera importante, los bipolares que estaban recibiendo antipsicóticos mostraron, en comparación con los que no los recibían, calificaciones más bajas en los totales de las escalas BIS y BART, a pesar de que no presentaban diferencias en la intensidad de los síntomas globales del padecimiento (los que no recibían antipsicóticos estaban en tratamiento con diferentes tipos de estabilizadores). En un segundo análisis, se encontró que los bipolares tratados con antipsicóticos, pero que no contaban con antecedentes de cuadros psicóticos previos, fueron los que tuvieron las calificaciones más bajas.

Estos resultados muestran no sólo diferencias entre esquizofrénicos y bipolares, sino también entre los bipolares, basándose en el uso de antipsicóticos y de si contaban o no con antecedentes de cuadros psicóticos. Para determinar si el efecto antipsicótico era el que explicaba la diferencia entre los dos grupos diagnósticos, los autores hicieron un análisis adicional comparando exclusivamente a pacientes de los dos grupos que tomaban antipsicóticos. Los resultados de este análisis demostraron que los bipolares tuvieron una mayor conducta de toma de riesgos. Finalmente, con-

virtieron las dosis de los diferentes antipsicóticos a dosis equivalentes de clorpromacina, con lo cual identificaron que las diferencias en la conducta de toma de riesgos no eran explicables por las cantidades de dosis recibidas. De acuerdo a lo considerado por los autores, este es el primer trabajo de investigación que identifica el efecto de los antipsicóticos sobre las conductas de riesgo que se presentan tanto en la esquizofrenia como en el trastorno bipolar. En conjunto con los datos obtenidos en estudios en modelos animales, esta información demuestra que la actividad del sistema dopaminérgico cerebral está indiscutiblemente involucrada en el desarrollo de la toma de riesgos. Es claro que su participación es compleja y en ella posiblemente intervienen múltiples regiones cerebrales como los ganglios basales y algunas estructuras de la corteza prefrontal. En modelos con ratas se ha demostrado, por ejemplo, que la estimulación de los receptores D2 incrementa la conducta de riesgo mientras que el bloqueo la disminuye. La aplicación clínica práctica que genera este tipo de investigaciones radica en que es de gran importancia evaluar este tipo de manifestaciones tanto en el trastorno bipolar como en la esquizofrenia. Su presencia en el primer grupo puede ser una justificación para el uso de antipsicóticos adicionalmente al tratamiento de estabilización, mientras que en el segundo se corrobora que el efecto de estos fármacos incluye el control de este tipo de manifestaciones.

Bibliografía

REDDY LF, LEE J, DAVIS MC y cols.: Impulsivity and risk taking in bipolar disorder and schizophrenia. *Neuropsychopharmacol*, 39:456-463, 2014.