

Título: Conducta excesiva y Trastorno de control de impulsos

Autor: Dr. Ignacio Obeso

Introducción

La conducta humana se guía frecuentemente por búsqueda de recompensa. En situaciones extremas, esta búsqueda resulta incontrolable y genera conductas de excesivo uso de actividades placenteras. Dentro de las más frecuentes, se presenta el exceso de búsqueda de recompensa en la adicción, o el trastorno de control de impulsos (TCI). Dentro del TCI, las más frecuentes y a destacar son la ludopatía, hipersexualidad, compras no controladas, o ingesta excesiva de alimentos (Weintraub y cols. 2010 *Arch Neurol*). Este tipo de conductas impulsivas, se asocian frecuentemente con hiperactividad e intranquilidad psico-motora y en una proporción menor de pacientes con el llamado síndrome de desregulación dopaminérgica en el que pacientes utilizan dosis excesivas de levodopa, con una conducta adictiva típica.

El TCI se presenta en la población general pero también en enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson (EP). El TCI en la EP (incidencia 14-17%) se asocia con una alteración significativa de la innervación dopaminérgica ventral estriatal, sobre la cual actúan los fármacos llamados “agonistas dopaminérgicos”, dando lugar a una actividad anormal en el circuito prefrontal-límbico (Lee y cols., 2014 *J Neurol Neurosurg Psych*). Por tanto, en la EP, los TCI tienen un componente principalmente asociado a la medicación anti-parkinsoniana. Existen ciertos patrones que predisponen al desarrollo de los TCI. Ser varón, joven y presentar antecedentes tanto personales como familiares de TCI son factores de riesgo para el desarrollo de los mismos. En el mismo sentido, rasgos de personalidad en búsqueda de la novedad y sensaciones actúan como un factores predisponentes así como antecedentes de abuso de sustancias previas.

Mecanismos cognitivos del TCI: ¿Cómo surge?

Los trastornos del control de impulsos es un grupo de trastornos de etiología desconocida que se caracterizan por:

- Aumento de deseo: el paciente experimenta (por motivos desconocidos) un cambio en el deseo hacia estímulos apetitivos de recompensa, asociado al circuito límbico del cerebro.
- Acciones irresistibles: El sujeto no puede resistirse al impulso o tentación de llevar a cabo acciones, aunque sean peligrosas para él o los demás.
- Durante la acción: Sensación placentera, liberadora y compulsiva.
- Tras la acción: puede llegar la sensación de arrepentirse o sentirse culpables.

Tipos

En el contexto de la EP, los más habituales son:

Juego patológico:

Los psiquiatras definen la ludopatía como una conducta de juego inadaptada persistente y recurrente que el paciente ha hecho repetidos esfuerzos infructuosos por

controlar. Los pacientes afectados pueden mentir a los miembros de la familia u otros para ocultar el grado de implicación con el juego.

Hipersexualidad y EP:

Las conductas hipersexuales varían de una persona a otra, pero representan una desviación de la actividad sexual habitual del individuo en cuanto a frecuencia, intensidad o contexto. La hipersexualidad puede comenzar como pensamientos o impulsos intrusivos y tender hacia comentarios o actos inapropiados. Algunos pacientes pueden comenzar a usar pornografía, a frecuentar prostitutas o a desarrollar parafilias. Las parafilias implican fantasías, impulsos o comportamientos sexuales intensos y recurrentes, incluyendo actividades como el sadomasoquismo o el exhibicionismo. La actividad sexual alterada puede ocurrir dentro de un contexto establecido (por ejemplo, el aumento de la demanda de sexo con el cónyuge, que tal vez implique nuevos tipos de comportamientos sexuales) o puede convertirse en actividad sexual indiscriminada en contextos aleatorios.

Compras excesivas y otras manifestaciones:

El exceso de compras y otros trastornos de control de los impulsos también se han descrito en pacientes con la enfermedad de Parkinson y comparten características comunes de ser comportamientos angustiosos y difíciles de resistir. Algunos ejemplos de compras excesivas podrían ser la compra de 15 lámparas art-deco para una modesta casa de dos habitaciones o de ropa que nunca se usa o la compra de artículos mundanos con una frecuencia anormal (mucho más allá de lo necesario). Un paciente compraba con frecuencia artículos en una tienda de un almacén local, por ejemplo, 25 extintores de incendios, y más tarde justificaba esas compras diciendo que iban a ser utilizados como regalos para los empleados.

Comer compulsivamente (hiperfagia)

Esto es cuando alguien come grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo porque no puede controlar su apetito, por lo que podría ganar mucho peso. Las personas con este impulso pueden comer solas porque se avergüenzan o se sienten culpables por la cantidad de comida que están comiendo. También pueden comer en secreto por la noche.

En el TCI general (no asociado a la EP), se presentan las siguientes tipologías:

Cleptomanía: Impulso irresistible de robar objetos, tengan o no valor. El robo no es premeditado.

Piromanía: Existe una fascinación por el fuego y una gratificación al provocarlo. Se trata de acciones deliberadas y premeditadas. Suelen meterse en las profesiones relacionadas (bomberos).

Ludopatía (juego patológico): Conducta de juego persistente, recurrente y que produce disfunción psicosocial, familiar y económica. La necesidad de juego va en aumento.

Hipersexualidad: búsqueda de placer físico en varias modalidades, desde placer solitario, parejas o más tipos de conducta sexual descontrolada.

Compra por impulso: Impulso irresistible de compra espontánea, no premeditada.

Tricotilomanía: Falta de control de impulsos de tirarse del pelo hasta arrancarlo provocando calvas. No hay disfunción psicosocial. Puede llegar a relacionarse con la tricofagia.

Dermatilomanía: Urgencia compulsiva por rascar, excoriar o pellizcar la propia piel.

Onicofagia: Hábito compulsivo de comer, cortar o morder las uñas.

Tricofagia: Falta de control de impulsos de arrancarse el pelo y comérselo.

Síndrome de Acaparador Compulsivo: tendencia a la acumulación de artículos u objetos en forma excesiva, incluso si los objetos no tiene valor, son peligrosos o insalubres.

¿Cual es la causa del trastorno?

A día de hoy, no es conocida la etiología del TCI y por qué algunos pacientes desarrollan TCI en la EP. Las terapias farmacológicas de reemplazo de la dopamina mejoran la función motora y puede influir sobre la flexibilidad cognitiva. Además, en un porcentaje de pacientes produce cambios neuropsiquiátricos como el TCI. Se ha formulado la hipótesis de que las deficiencias dopaminérgicas que ocurren durante la progresión de la enfermedad de Parkinson puede llevar a los pacientes a ser menos sensibles a la recompensa y más sensible al castigo, lo cual se añade al exceso de fármaco dopaminérgico sobre los circuitos límbicos que generan el TCI. Tal falta de respuesta a la recompensa relacionado con la progresión de la enfermedad puede llevar a una alteración en el procesamiento del placer, que a su vez puede llevar a algunos pacientes a buscar estimulación extrínseca, en algunos casos en forma de comportamientos impulsivos.

Una disfunción neurobiológica similar ha sido descrita en la dependencia de sustancias o adicciones. En ambas co-existe una búsqueda continuada y uso de drogas que puede llegar a perpetuarse, en parte debido a la reducción de dopamina D2-como receptores en el cerebro (particularmente en el estriado), y estas alteraciones pueden influir en las funciones dopaminérgicas, tales como sentimientos de recompensa o placer, el refuerzo y la recompensa basada en aprendizaje.

Factores neurocognitivos

Existen cambios cognitivos asociados a la progresión de la EP como descensos en la memoria trabajo o flexibilidad mental. Este factor puede predisponer a los pacientes de EP hacia un comportamiento de tipo impulsivo. Se han encontrado en los pacientes con EP marcadas tendencias hacia la perseverancia en la respuesta, una característica que a veces se asocia con deterioro cognitivo y también las adicciones, indicando que quizás no estén estrechamente vinculados los cambios en el TCI con medicamentos anti-parkinsonianos.

Una función cognitiva asociada al TCI es la incapacidad de *inhibir* y controlar acciones no deseadas. Esta conducta requiere de una red cerebral intacta localizada en el

hemisferio derecho, la cual incluye el núcleo subtalámico (STN) y estriado a nivel subcortical, además de regiones corticales como la área pre-suplementaria motora (pre-SMA), motora y la corteza inferior-frontal. Para conseguir una inhibición correcta es necesaria activación del pre-SMA, la IFC y STN (Aron y cols. 2007 *J Neurosci*). Pacientes con EP y TCI hipersexual muestran cambios significativos de oxígeno en sangre (BOLD) en zonas relacionadas con inhibición, en zonas prefrontales (cognitivo) así como del córtex límbico (emocional), temporal, y somatosensorial (autonómica), asociadas a un aumento incontrolado en el impulso sexual (Politis y cols. 2013 *Brain*). Por tanto, ha sido mostrado que el fracaso en inhibición de una acción no deseada podría ser una característica fundamental de la EP con TCI (Van Eimer y cols. 2010 *Neurology*). Sin embargo, recientemente hemos demostrado que la capacidad de espera está preservada si involucra una recompensa de interés para el paciente (Girard, Obeso et al., *Brain* 2019). Dicha asociación debe explorarse con mayor detalle así como establecer los patrones neurales alterados.

La dopamina del sistema mesolímbico tiene un papel significativo en la motivación y en los comportamientos de aprendizaje. Actúa como un neurotransmisor placentero y media las señales de enseñanza durante los procesos de aprendizaje de refuerzo de las recompensas. Un mecanismo neurocognitivo alterado en el TCI es la falta de integración de **feedback negativo**, asociado directamente con pausas de descarga neuronal del sistema dopaminérgico. Cuando se comete un error, la señal dopaminérgica facilita aprender del error, pero los pacientes con TCI parecen tener más enlentecida esta función cognitiva. Además, los agonistas de dopamina también incrementan los comportamientos de **riesgo** en pacientes con TCI. Los pacientes tienen un sesgo hacia elecciones arriesgadas independientes de la posible pérdida a la que se expongan. Finalmente, la **impulsividad** es un factor que se ve alterado en la EP pero no está claramente afectado en el TCI. Por tanto, si tienen un buen control sobre su conducta y no son del todo impulsivos, el patrón neurocognitivo debe tener un origen asociado a la respuesta al castigo o conductas de riesgo.

¿Hay diferencias de género?

Por lo general, los TCIs son más frecuentes en varones, siendo el sexo masculino un factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos. En estudios poblacionales en los que se ha evaluado la frecuencia de los diferentes TCIs, se ha observado que en varones es más frecuente la hipersexualidad y el juego patológico, siendo las compras patológicas el TCI más prevalente entre el sexo femenino. Sin embargo, ambos sexos coinciden en la hiperfagia o ingesta compulsiva.

¿Cómo se diagnostica?

No existe una prueba objetiva que detecte la presencia de un fenómeno neuropsiquiátrico como los TCI. Esto dificulta enormemente la detección a tiempo del problema en el entorno familiar. A nivel conductual, existen herramientas en modo de cuestionario que tratan de cuantificar la severidad del problema. Pero esto depende de que el paciente quiera contarle, por tanto hace difícil su veracidad.

A menudo, las personas que experimentan comportamientos impulsivos pueden no darse cuenta de que tienen un problema. Es importante entender que muchos comportamientos se mantienen en secreto o pueden no ser aparentes ni siquiera para los familiares y amigos cercanos. La persona que experimenta los cambios de comportamiento puede o no experimentar ansiedad o angustia, y posiblemente no se dé cuenta de los efectos que tendrá su comportamiento.

Las directrices médicas tratan de controlar la aparición del TCI mediante el control de los profesionales de la salud, cuidadores y familiares de los pacientes. En forma de equipo, todos deben estar alerta un largo periodo de tiempo en caso que necesiten controlar el comportamiento. Esto se debe a que estos comportamientos pueden desarrollarse algún tiempo después de la introducción del tratamiento farmacológico.

Algunos de los siguientes signos podrían ser sospechosos de generación de TCI:

¿Ha engordado recientemente?; ¿Están siendo más protectores que de costumbre con sus finanzas?; ¿Están siendo más reservados, tal vez con llamadas telefónicas o su uso de Internet?; ¿Han empezado a coleccionar u organizar ciertos objetos?; ¿Ha notado que realizan algunas tareas repetidamente?; ¿ha notado un aumento en su deseo sexual o un cambio en su comportamiento sexual, ya sea hacia usted o hacia cualquier otra persona? ¿Van de compras más a menudo de lo habitual?; ¿Están gastando más dinero, o han empezado a llevar un estilo de vida más caro?; ¿Pasan más tiempo de lo habitual en el ordenador, el teléfono o la tableta (tal vez en sitios web de compras o de apuestas, o en sitios web con contenido sexual)? ¿Están tomando más medicación para el Parkinson de la que deberían?

Tratar los problemas de TCI en la EP

El tratamiento principal de los TCI en la EP es reducir drásticamente los medicamentos dopaminérgicos. Esto supone un desafío porque los medicamentos son necesarios para tratar el aspecto del trastorno del movimiento de la EP. Dejar de tomar la medicación para la EP para tratar un TCI no suele ser práctico. No obstante, detener o reducir la dosis del fármaco suele ayudar.

En particular, cuando se reduce o se suspende un agonista de la dopamina, hay que tener cuidado de no precipitar un síndrome de abstinencia. Por lo tanto, es esencial reducir lentamente un agonista de la dopamina. Los síntomas de la abstinencia pueden incluir irritabilidad, depresión e incluso suicidio. Por lo tanto, se debe advertir a los pacientes y a las personas que los cuidan sobre la posibilidad de que se produzca una abstinencia cuando se reduce la dosis de un agonista de la dopamina. Cuando se sospecha que un agonista de la dopamina contribuye a un TCI, se puede cambiar al paciente a levodopa.

Muchos pacientes informan del rápido cese de los síntomas y comportamientos del TCI después de dejar los agonistas de la dopamina. Sin embargo, si los síntomas motores no se controlan adecuadamente, los pacientes pueden sentirse tentados a reanudar el agonista de la dopamina, sin informar a sus familiares, y los comportamientos pueden volver.

Independientemente de la intervención farmacológica utilizada para tratar los TCI, los métodos conductuales también son una parte importante del tratamiento. Las intervenciones conductuales incluyen retirar las tarjetas de crédito y bancarias, y limitar el acceso a la cuenta en el caso de los juegos de azar, restringir el uso de Internet y del reproductor de vídeo puede ayudar en algunos casos para la hipersexualidad.