

TRATAMIENTO DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS BAJO DIFERENTES ENFOQUES

LOS EFECTOS DE LA NALOXONA Y LA NALTREXONA SOBRE LA AUTO AGRESIÓN: UN ANÁLISIS DOBLE CIEGO CON PLACEBO

R.P. BARRET, C. FEINSTEIN, W.T. HOLE

"HARRY": LA UTILIZACIÓN DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA COMO REFORZAMIENTO, RETIRADA DÉLA RESTRICCIÓN Y DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA RESTRICCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE UNA PERSONA CON CONDUCTAS AUTOAGRES/VAS R.M. FOXX, D. DUFRENSE

"HARRY": DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO CON ÉXITO DE UNA PERSONA CON CONDUCTAS AUTOAGRES/VAS R.M. FOXX

EFECTOS DÉLA PROGRAMACIÓN POSITIVA SÓBRELAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS DE UN ADULTO RETRASADO MENTAL PROFUNDO M." JOSÉ GOÑI GARRIDO

BARRET, R.P., FEINSTEIN, C., HOLE, W.T. "Effects of Naloxone and Naltrexone on Self-Injury: a double-blind, placebo-controlled Analysis", *American Journal on Mental Retardation*, vol. 83, n.º 6, págs. 644-651, 1989

LOS EFECTOS DE LA NALOXONA Y LA NALTREXONA SOBRE LA AUTO-AGRESION: UN ANÁLISIS DOBLE CIEGO CON PLACEBO

La conducta autolesiva es bastante frecuente en personas con retraso mental de nivel grave, así como autistas, sobre todo aquellas que están institucionalizadas. En cuanto a la determinación de las causas de este comportamiento se han manejado una variedad de hipótesis que van, desde las estrictamente biológicas hasta las motivacionales, lo que ha conllevado la utilización de diferentes enfoques de tratamiento para disminuir o eliminar estas conductas; enfoques de tratamiento como pueden ser las técnicas de condicionamiento operante, así como distintas terapias, algunas de las cuales han sido eficaces, pero un grupo importante de personas que presentan conductas autolesivas han permanecido sin responder positivamente a estos enfoques.

En los últimos años, encontramos una creciente investigación a cerca de la importancia del sustrato biológico de los problemas de comportamiento, sobre todo conductas autolesivas, en la población con retraso mental. Recientes, y muy necesarias son las publicaciones de Sadman y cois. (1990), King y cois. (1991), Stein y Belluz (1989), o las anteriores de Richardson y Zaleski (1983) por citar solo algunas.

Cada vez se ha prestado una mayor atención al posible papel de los opiáceos endógenos en las conductas autolesivas. Suponiendo que las conductas autolesivas puedan ser dolorosas, las medicaciones que afectan a la percepción del dolor y el sistema endógeno opiáceo parecen ser los enfoques lógicos para la investigación.

"El que la autolesión pueda provocar la producción endógena de opiáceos que, así mismo, puedan de alguna manera proporcionar una fuente biológica de reforzamiento sensorial (efecto narcótico) es una hipótesis muy manejada".

En este estudio se analizan los efectos del hidrocloreto de naloxona (narcan), y del hidrocloreto de naltrexona (tresan) en el tratamiento de una niña muda de 12 años, autista y con retraso mental con una historia de autolesión de 8 años y que no había respondido a las intervenciones conductuales ni a las mediaciones convencionales. Antes de comenzar este estudio se tuvo que equipar al sujeto de casco protector, coderas de plástico y otras restricciones para garantizar su seguridad.

En una primer fase se realizó la evaluación de su comportamiento, si bien no se pudieron identificar un antecedente visible o una consecuencia de la autolesión, si pudimos como mínimo definir operacionalmente las diversas formas de auto-agresión y prever que ocurrirían con gran intensidad.

Se llevaron a cabo amplios controles médicos, psiquiátricos, neurológicos, pediátricos, etc.. cuyos resultados se encontraban dentro de los límites normales.

Ante la falta de relaciones operantes de su conducta con el ambiente externo se decidió el tratamiento con un antagonista opiáceo.

La paciente permaneció con una dosis previamente descrita de clorpromacina durante los dos estudios descritos a continuación.

En ambos estudios los comportamientos autolesivos se dividieron en dos categorías:

- a) Autolesión mayor: cualquier acto que pudiera causar una herida de un único golpe fuerte (golpes contra la pared con la cabeza/cara y barbilla, rodillazos a la cabeza, puñetazos en la cabeza/cara)
- b) Autolesión menor: actos repetitivos de poca intensidad cuya herida fuese el resultado de un efecto acumulado. Incluía golpes con la punta de los dedos en la cara, autopellizco, etc..

Se realizó una observación con muestras temporales, dos veces al día del comportamiento de autolesión en dos sesiones de 60 minutos durante todas las fases de ambos estudios.

En el estudio 1 se examinó el efecto de la naloxona sobre la autolesión utilizando un programa experimental intrasujeto, doble ciego, con placebo de programa múltiple (A1-B-A1). Las condiciones de placebo y medicación activa se distribuían aleatoriamente durante los 31 días de tratamiento con el fin de evaluar el impacto diferencial de las distintas condiciones (placebo, 0,2 mg de naloxona, 0,4 mg de naloxona) sobre las dos categorías de conducta autolesiva definida. No se eliminaron las restricciones físicas protectoras.

En el estudio 2 se siguió un programa A-B-A1-B-A1 con el fin de evaluar los efectos de la naltrexona (50 mg/día) sobre el mismo comportamiento bajo condiciones de doble ciego durante cuatro fases experimentales de 12 días alternos. El tratamiento duró tres semanas y se realizó un seguimiento de 22 meses después de la retirada en 6 semanas de la naltrexona, igualmente en este período se eliminó en 3 semanas la dosis de clorpromacina.

Los resultados del estudio 1 indican que el tratamiento de la autoagresividad con naloxona, antagonista opiáceo de corta duración, bajo ciertas condiciones facilita el aumento de una reacción auto-agresiva.

Por el contrario los resultados del estudio 2 indican que la naltrexona, antagonista opiáceo activo de duración más larga, produce una notable reducción de la autolesión. Manteniendo unos niveles cercanos a cero durante el período de seguimiento.

Aunque el hallazgo pueda parecer contradictorio dado el efecto similar que ambas medicaciones tienen sobre el sistema nervioso central, los resultados se podrían explicar en base a la diferencia de duración media activa de cada una de las medicaciones (naloxona, 81 minutos; naltrexona, 36 horas) y si se utiliza como base de explicación un modelo de condicionamiento operante que utiliza el principio de la extinción.

Si el comportamiento auto-agresivo de algunos individuos autistas y con retraso mental se refuerza por medio de consecuencias sensoriales placenteras procedentes de la producción endógena de opiáceos, sería lógico que la naloxona, con su corta vida media, interrumpiese sólo de forma breve el acceso al reforzamiento sensorial.

El tratamiento con naltrexona también ofrecería resultados sin ningún cambio y una disminución de la intensidad de la autolesión; sin embargo, los incrementos de la autolesión durante el comienzo de la etapa de extinción serían finalmente superados por el efecto sostenido de la interrupción de medicación. La naltrexona, al evitar cualquier acceso en el futuro a consecuencias reforzantes sensoriales, puede permitir una extinción completa y, en teoría, resultar en la omisión de la respuesta autolesiva operante aprendida.

A pesar de los resultados diferenciales según la medición, la paciente respondió consistentemente y favorablemente al tratamiento de la autolesión con antagonistas opiáceos. Lo que apoya la hipótesis de que el sistema opiáceo del sistema nervioso central puede estar implicado en la permanencia de la diskinesia tardía de algunos individuos autistas y con retraso mental.

Las principales hipótesis que manejan Sandman y col. (1990), así como los autores de este estudio son las siguientes:

Una de las hipótesis dice que las conductas autolesivas surgen como consecuencia de un estado de insensibilidad al dolor y depresión sensorial que resulta de un exceso fisiológico (congénito) de la actividad de la Endorfina Beta (u otro opiáceo endógeno).

Otra de las hipótesis sugiere que la conducta autolesiva está dirigida por una adicción a un exceso relativo de actividad opiácea, de modo que a través de cambios adaptados, el individuo llega a ser tolerante a altos niveles de transmisores opiáceos, y percibe insuficiencia si los niveles bajan.

Así pues, lo que diferencia estos modelos es el mecanismo subyacente congénito "versus" adaptativo, que lleva al individuo a la situación de tolerancia opiácea, común en ambas hipótesis. En ambos modelos, la conducta autolesiva incrementa los niveles de Endorfina Beta (o presumiblemente otro péptido opiáceo).

King y cols. (1991) señalan que hay problemas de interpretación significativos en los modelos anteriormente descritos, lo que les hace menos sostenibles.

Por ejemplo, dicen King y cols.: "si un estado de deficiencia opiácea estimula la conducta autolesiva, ambas hipótesis deberían predecir que la administración de antagonistas opiáceos agravarían el cuadro clínico en individuos con conducta autolesiva cuando la privación farmacológica se superpone al mecanismo fisiológico que incrementa la neurotransmisión opiácea. En efecto, se observan síntomas significativos de abstinencia en los adictos a los opiáceos después de recibir antagonistas opiáceos. Tales respuestas no se han descrito en individuos con conducta autolesiva, ni siquiera por los autores que han investigado los ensayos con Naloxona y Naltrexona".

"Aún aceptando el hallazgo de que la Endorfina Beta 0800 es significativamente elevada en el plasma de personas con conducta autolesiva así como estereotipada, de nuevo se nos plantean dificultades interpretativas de las hipótesis anteriormente señaladas. Por ejemplo: "Intuitivamente, podemos pensar que después de un día en que un muchacho se ha autolesionado mucho, la actividad opiácea se haya incrementado, pero después de un período de sueño (noche durmiendo) o lo que es lo mismo, un intervalo de conducta autolesiva franco, los autores han encontrado que los niveles de

Endorfina beta siguen siendo elevados en estas personas en comparación con otras personas o grupo control".

Se precisan pues de nuevos estudios para ir avanzando, no sólo en la comprensión de las conductas autolesivas, sino también en el tratamiento de las mismas.

**M.^a José Goñi Garrido
Pere Rueda Quitlet**

FOXX R.M., DUFRENSE, D. "Harry": the use of physical restraint as a reinforcer, timeout from restraint and fading restraint in treating a self-injurious man, *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, vol 4, n.º 1, 1984, págs. 1-14.

LA UTILIZACIÓN DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA COMO REFORZAMIENTO, RETIRADA DE LA RESTRICCIÓN Y DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA RESTRICCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE UNA PERSONA CON CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS

Harry era un hombre de 22 años de edad institucionalizado y diagnosticado de psicosis y retraso mental severo. Presentaba conductas autoagresivas graves desde la infancia, como la de golpearse la nariz, la cabeza o golpear objetos con el puño y morderse los brazos. A lo largo de los años estuvo atendido en varias instituciones y se utilizaron diferentes tipos de restricciones físicas como cascos, tablillas para los brazos que acabaron por tener un valor reforzante para él (las solicitaba y se las ponía el mismo). Al inicio del estudio estaba tratado con tranquilizantes mayores de forma crónica. Antes de este estudio se habían intentado un gran número de procedimientos para su tratamiento sin éxito. Su participación en actividades educacionales y de entrenamiento era muy limitada debido a que él utilizaba las autolesiones para manipular al personal cuando le daba instrucciones o le hacía alguna demanda.

El programa de tratamiento tuvo dos fases. La fase I consistió en el reforzamiento con restricción por períodos de tiempo progresivamente más largos de no autolesión y aislamiento o retirada de la restricción cuando presentaba la conducta autolesiva. Se utilizó un diseño experimental, ABAB, para demostrar la rápida reducción de la conducta autolesiva en la fase I.

Al finalizar la fase I, Harry presentaba niveles bajos de autolesión, menos de un episodio por día, pero empezó a autorestringirse manteniendo objetos agarrados en ambas manos. La autorestricción fue tratada en la fase II utilizando el desvanecimiento o disminución progresiva del tamaño de los objetos que mantenía en las manos hasta el punto de dejar de agarrarlos. En este momento se introdujo una forma más apropiada de restricción, llevar gafas, que se ha mantenido hasta la actualidad, cuatro años y medio después.

Inmediatamente después de acabar la fase II se introdujo un programa de mantenimiento que consistía en el reforzamiento mediante fichas de las conductas adaptativas, el entrenamiento de los padres y un programa diario enriquecido que incluía entrenamiento vocacional e interacciones a nivel individual con un miembro del personal de la unidad.

Los resultados de cuatro años de seguimiento revelaron que la conducta autolesiva de Harry virtualmente no existía y consistía en golpecitos simbólicos en la nariz o suaves mordiscos en los brazos.

Este trabajo sugiere que el uso terapéutico de las propiedades reforzantes de la restricción para tratar a los individuos autolesivos parece ser una forma extremada-