

## INTERVENCIÓN Y COMPRENSIÓN DE CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS

Autor: Stephen Edelson

Original en inglés en: <http://trainland.tripod.com/stephenm.htm>

Traducción realizada por: Aldo Javier Barbero Lameda

Las conductas autoagresivas son las más devastadoras de las exhibidas por las personas con discapacidades en el desarrollo. Las formas más comunes de conductas autoagresivas incluyen: golpearse la cabeza, morderse las manos y rascado o frotamiento excesivo. Existen muchas razones posibles por las que una persona podría producir conductas autoagresivas, desde razones bioquímicas a socioambientales. Este artículo discutirá algunas de estas numerosas causas de la autoagresión y recomendará las intervenciones para cada causa.

### **Análisis Funcional.**

Un análisis funcional de la conducta autoagresiva del individuo debería realizarse como prioridad para obtener una descripción detallada de la conducta y determinar las relaciones posibles entre la conducta y el ambiente físico y social (ver Wacker, Northup y Lambert, 1997). La información obtenida de un análisis funcional debería incluir: ¿Quién estaba presente?, ¿Qué pasó antes, durante y después de la conducta?, ¿Cuándo ocurrió?, ¿Dónde ocurrió?. Se podría esperar que, contestando a estas preguntas, se ayude a revelar por qué ocurre la conducta.

Antes de la recolección de datos, es importante definir la conducta de interés. El foco del análisis funcional debe ser una conducta específica (p.ej. morderse las muñecas) más que una categoría conductual amplia (p.ej. conductas autoagresivas). Combinar varios tipos de autoagresión podría hacer difícil el proceso de determinar las diferentes causas para cada conducta. Por ejemplo, si una persona se muerde las muñecas y muestra un rascado excesivo, podría haber diferentes razones para cada conducta (ver Edelson, Taubman y Lovaas, 1983). Morderse la muñeca podría deberse a una reacción ante la frustración, mientras que el rascado excesivo podría ser una manera de autoestimulación.

Durante la recolección de datos, las características más destacables de la conducta autoagresiva deberían ser registradas, por ejemplo, su frecuencia, duración y severidad. La recolección de datos debería incluir también información sobre el ambiente físico y social de la persona. El ambiente físico incluye: el contexto (p.ej. el aula, cafetería, parque de juego), la iluminación (luz natural, fluorescente, incandescente) y sonidos (p.ej. la cortadora de césped, otro niño llorando). Los nombres (o códigos) de todos los presentes en el ambiente deberían ser registrados. Aquí, debe incluirse a los maestros, padres, empleados, visitantes y estudiantes/clientes. Otros factores destacables a ser registrados son: la hora, día de la semana, comida ingerida en las últimas 36 horas, y posiblemente las características de otras personas (p.ej. perfume, olor).

### **Razones Fisiológicas de la conducta Autoagresiva.**

#### **Bioquímicas.**

Algunos investigadores han sugerido que ciertos neurotransmisores podrían causar conductas autoagresivas. Las Beta-endorfinas son sustancias pseudo-opiáceas en el cerebro, y la autoagresión podría incrementar su producción y/o liberación. Como resultado, el individuo experimenta un efecto pseudo-anestésico y, de forma ostensible, no experimentará ningún dolor mientras produce la conducta (Sandman y cols., 1983). Además, la liberación de endorfinas produce en el sujeto una sensación similar a la euforia. El apoyo a esta explicación proviene de estudios en los cuales drogas que bloquean la unión a los receptores opiáceos (p.ej. naltrexona y naloxona) reducen de forma exitosa la autoagresión (Herman y cols., 1989).

Investigación en animales de laboratorio, así como investigaciones donde son administradas drogas a seres humanos, han indicado que una deficiencia de serotonina y altos niveles de dopamina están asociados a conductas autoagresivas (DiChiara y cols., 1971; Mueller y Nyhan, 1982). En un estudio con población heterogénea de individuos con retraso mental, Greenberg y Coleman (1976) administraron drogas como la reserpina y clorpromazina, que reducen los niveles de serotonina. Estos investigadores observaron un incremento dramático en conductas agresivas y autoagresivas. Las drogas que elevan los niveles de dopamina, como las anfetaminas y la apomorfina, producen conductas autoagresivas (Mueller y Nyhan, 1982; Mueller y cols., 1982).

Otro hallazgo interesante fue el realizado por Coleman (1994), quien estudió un grupo de niños autistas que mostraban bajos niveles de calcio (p.ej. hipocalcinuria). Estos individuos a menudo exhibían conductas de golpearse los ojos con la punta de los dedos (eye-poking). Cuando se le administraron suplementos de calcio, esta conducta disminuyó notablemente. Además de esto, se observó una mejoría en el funcionamiento del lenguaje.

*Qué observar:* cuando la autoagresión está asociada con anormalidades bioquímicas, podría haber una mínima o ninguna relación entre el ambiente físico/social y la conducta. De esta forma, la conducta podría ocurrir en varios contextos y ante diferentes personas. Sin embargo, la autoagresión podría ocurrir menos frecuentemente en situaciones en las cuales la conducta del individuo es incompatible con la autoagresión, como cuando está comiendo, jugando y trabajando en una tarea.

*Intervención:* Puede implementarse intervención médica y nutricional para normalizar la bioquímica del individuo, esto a su vez, podría reducir las conductas severas. Aunque son las drogas los tratamientos que se utilizan comúnmente para incrementar los niveles de serotonina o para bajar los niveles de dopamina, el Instituto de Investigación del Autismo (ARI) en San Diego, ha recibido reportes de miles de padres que han dado a sus hijos vitamina B6, calcio y/o DMG. Estos padres observaron a menudo una dramática reducción en algunos casos, en otros una eliminación, de las conductas autoagresivas. Los padres han reportado así mismo, reducción en conductas severas y problemáticas después de aplicar a sus hijos una dieta restringida, como la dieta libre de gluten y caseína, o el eliminar alimentos específicos ante los cuales el niño mostrara signos de reacción alérgica.

### **Convulsiones.**

Las conductas autoagresivas a menudo han sido asociadas con actividad ictal en los lóbulos temporal y frontal (Gedye, 1989; Gedye, 1992). Las conductas asociadas a actividad ictal incluyen: golpearse la cabeza, golpearse con las manos los oídos y/o la cabeza, morderse las manos, golpear con la barbilla, rascado de cara o brazos, y en algunos casos contacto cara-rodilla. Debido a que estas conductas son involuntarias, algunos individuos buscan alguna forma de restringirse y controlarse a sí mismos (p.ej. tener sus brazos amarrados).

Aproximadamente 25% de las personas con autismo comienzan a convulsionar durante la pubertad. La razón exacta para la aparición de las convulsiones es desconocida, pero es probable que la actividad convulsiva podría deberse a los cambios hormonales en el cuerpo. Algunas veces, la actividad anormal en el cerebro es notoria (p.ej. asociadas con convulsiones), pero para muchos individuos las manifestaciones son pequeñas convulsiones subclínicas, no detectadas típicamente por simple observación.

*Que observar:* las conductas autoagresivas inducidas por convulsiones son involuntarias, no se podría observar una relación entre la conducta del individuo y su ambiente. Sin embargo, debido a que el estrés puede provocar convulsiones, podría haber una relación entre los estresores presentes en el ambiente y la autoagresión. Estos estresores podrían incluir demasiada estimulación física (p.ej. luz y ruido) y/o estimulación social (p.ej. regaños, órdenes). Si la conducta comienza o empeora durante la pubertad, se podría considerar la

posibilidad de actividad convulsiva. Si se sospecha de convulsiones, se recomienda que el individuo se examine con un EEG.

*Intervención:* aunque se utilizan drogas para controlar la actividad convulsiva, éstas a menudo se asocian a efectos secundarios adversos. Existe evidencia de que el DMG y la vitamina B6 reducirán la actividad convulsiva sin efectos negativos (Gascon, Patterson, Yearwood y Slotnick, 1989; Roach y Carlin, 1982). Los alimentos también podrían reducir las convulsiones (Rapp, 1991).

### **Genética.**

La conducta autoagresiva se encuentra asociada a varios desórdenes genéticos, incluyendo el Síndrome Lesch-Nyhan, Síndrome X Frágil y Síndrome Cornelia de Lange. Se cree que estos desórdenes genéticos podrían causar alguna forma de daño estructural y/o anomalías bioquímicas las cuales, a su vez, podrían causar que el individuo se autoagreda.

*Qué observar:* aquellas personas con Síndrome de Lesch-Nyhan a menudo se muerden alrededor de la boca y los dedos; aquellos con Síndrome de X Frágil a menudo se muerden (incluyendo los labios y dedos); y aquellos con Síndrome Cornelia de Lange se muerden y se pegan en la cara. Es muy posible que estos individuos exhiban otras formas de autoagresión y sea debida a razones no fisiológicas. Por ejemplo, su conducta puede deberse en parte a la frustración resultante de pobres habilidades de comunicación (ver más abajo).

*Intervenciones:* las intervenciones bioquímicas como suplementos nutricionales y medicación parecen ser los tratamientos de elección para estos individuos. También es posible que las otras intervenciones discutidas en este artículo podrían ayudar a estos individuos. Por ejemplo, la modificación de conducta podría enseñarles a inhibir dichas conductas.

### **Excitación.**

Se sugiere que el nivel de excitación de un individuo podría estar asociado a conductas autoagresivas. Algunos investigadores han especulado que la autoagresión podría incrementar o disminuir el nivel de excitación. La teoría de la sub-excitación dice que aquellas personas que funcionan en un bajo nivel de excitación, producen conductas autoagresivas para incrementar su nivel de excitación (Edelson, 1984; Baumeister y Rollings, 1976). En este caso, la autoagresión podría ser considerada como una forma extrema de autoestimulación.

En contraste, la teoría de la sobre-excitación dice que aquellas personas que funcionan en niveles muy altos de excitación (p.ej. tensión, ansiedad) producen conductas autoagresivas para disminuir su nivel de excitación. Esto es, la conducta podría actuar como una forma de despejar la tensión y/o la ansiedad. Los altos niveles de excitación podrían resultar de una disfunción fisiológica interna y/o podrían ser producidos por un ambiente muy estimulante. Una reducción de la excitación podría ser un reforzante positivo, y por esto el paciente producirá más a menudo conductas autoagresivas cuando encuentre un estímulo que produzca excitación (Romanczy, 1986).

*Qué observar:* con respecto a la sub-excitación, la autoagresión podría observarse cuando el individuo se encuentra aburrido y/o cuando no está involucrado en actividades. Con respecto a la sobre-excitación, la autoagresión podría observarse en situaciones muy estimulantes, como en ambientes especialmente ruidosos o en sitios muy iluminados.

*Intervención:* si la persona está sub-excitada, un incremento en el nivel de actividad podría ser de ayuda. Por ejemplo, implementar un programa de ejercicios (p.ej. bicicleta fija). Si la persona está sobre-excitada, es recomendable que se tomen acciones antes de la aparición de la conducta, para reducir los niveles de excitación. Esto podría incluir: técnicas de relajación (Cautela y Groden, 1978), presión profunda (Edelson y cols., 1998), estimulación

vestibular (King, 1991), y/o cambiar a la persona de la situación estimulante. Es interesante que los ejercicios también podrían ser utilizados para reducir el nivel de excitación (p.ej. una forma de liberación).

### **Dolor.**

Otra razón por la cual un individuo puede golpearse la cabeza, es para reducir dolor de una infección del oído medio o una migraña (de Lissovoy, 1963; Gualtieri, 1989). Adicionalmente, algunos individuos autistas reportan que ciertos sonidos como los de un bebé llorando o una aspiradora les producen dolor. En todos estos ejemplos, la autoagresión puede producir la liberación de beta-endorfinas las cuales pueden disminuir el dolor. Por el contrario, estos sujetos pueden estar "bloqueando" el dolor. En este caso, la estimulación en un área del cuerpo (en este caso debido al daño autoproducido) podría reducir o aplacar el dolor en otra área del cuerpo.

*Qué observar:* la conducta de autoagresión podría ocurrir esporádicamente. El individuo podría mostrar signos de enfermedad o parecer con malestar y dolor en aquellos días cuando exhibe la autoagresión. La historia familiar del individuo debe ser chequeada para verificar si la migraña se presenta como antecedente. Si es posible, se deben examinar los oídos y tomar la temperatura corporal para asegurarse sobre la presencia de infecciones en el oído medio.

*Intervención:* el consumo de productos lácteos está a menudo asociado con infecciones del oído medio en algunas personas alérgicas. Ciertos alimentos en la dieta de un individuo pueden ser responsables por las migrañas. Adicionalmente, la deficiencia de magnesio se asocia a un aumento de la sensibilidad al sonido. Los suplementos de magnesio son seguros y pueden reducir la sensibilidad al sonido en algunos individuos. La dosificación recomendada es de 3 a 4 miligramos por 10 libras al día. El Entrenamiento Auditivo ha demostrado también reducir la sensibilidad al sonido (Rimland y Edelson, 1994).

### **Sensorial.**

El rascado o frotamiento excesivos podrían ser formas extremas de autoestimulación. La persona podría no sentir los niveles normales de estimulación física; y como resultado, daña su piel tratando de recibir estimulación o incrementar excitación (Edelson, 1984).

*Qué observar:* las personas parecen ser insensibles al dolor y posiblemente al tacto. La conducta podría disminuir si la persona está ocupada (p.ej. jugando, trabajando en una tarea) debido a que su atención se dirige fuera de su cuerpo.

*Intervención:* se debe animar a la persona a aplicar formas más seguras de estimulación física en aquellas partes del cuerpo que rasca o frota excesivamente. Esto podría incluir aplicar un vibrador de masaje, frotar objetos con textura contra la piel (como macarrones o granos sin cocinar), frotar un cepillo contra la piel.

### **Frustración.**

Los cuidadores y padres informan a menudo que la autoagresión de los niños es resultado de la frustración. Esto es consistente con el modelo Frustración-Agresión propuesto por Dollard y sus colegas (1939). Comúnmente se informa de situaciones como la siguiente: una persona con pobres habilidades de comunicación se frustra debido a su falta de comprensión (p.ej. comunicación receptiva) o debido a que los cuidadores les falta capacidad de comprensión (p.ej. pobre comunicación expresiva); o un individuo que muestra buenas capacidades comunicativas pero no obtiene lo que desea. Estas razones son discutidas en la siguiente sección.

## **Causas Sociales.**

### **Comunicación.**

Los problemas de comunicación han estado muy a menudo asociados a conductas autoagresivas. Si una persona posee pobres habilidades receptivas y/o comprensivas, esto puede llevarle a frustración e incrementarse hasta convertirse en autoagresión.

*Qué Observar:* si la persona posee pobres habilidades receptivas, el problema podría ser la comunicación si las conductas ocurren después de que alguien le diga algo. Adicionalmente, si el individuo posee pobres habilidades expresivas, las conductas autoagresivas podrían ocurrir después que el individuo trate de comunicarse, quizás mediante gestos; y los cuidadores no lo entienden o no responden apropiadamente. En estas circunstancias, las personas podrían comenzar la autoagresión sin realizar ningún gesto previo a la conducta. Esta persona podría haber aprendido con el tiempo que recibirá atención después de producir autoagresión.

*Intervención:* la persona podría no comprender lo que se le dice y trata de comunicarse con métodos no verbales (p.ej. lenguaje de signos, gestos). Con respecto al lenguaje expresivo, a estos individuos se le debe enseñar un método de comunicación funcional (Dyer y Larsson, 1997).

### **Atención Social.**

Mucha investigación se ha focalizado en las contingencias sociales de la autoagresión. Lovaas y colaboradores fueron capaces de controlar la frecuencia de la autoagresión mediante la manipulación de consecuencias sociales (Lovaas y cols., 1965; Lovaas y Simmons, 1969). Básicamente, la atención positiva puede aumentar la frecuencia de la autoagresión (p.ej. refuerzo positivo), mientras que ignorar la conducta puede disminuir su frecuencia (p.ej. extinción).

*Qué Observar:* posterior a un episodio de autoagresión, se puede observar al cuidador atender al individuo. Esta atención puede ser positiva (p.ej. ¿Qué quieres?) o negativa (¡No hagas eso!). Note que el individuo podría interpretar la atención negativa de una manera positiva; y consecuentemente, la conducta aún así es reforzada.

*Intervenciones:* si el individuo tiende a recibir atención posterior a la conducta, especialmente si la atención es positiva, entonces el cuidador debe ignorar la conducta. Si esto no es posible debido a que el individuo se puede dañar, entonces el cuidador debe minimizar el contacto con el individuo mostrando mínima expresión facial (ni aprobatoria ni desaprobatoria). La consistencia es muy importante debido a que la conducta continuará si el individuo recibe reforzamiento continuo (p.ej. atención) por su conducta.

De hecho, la conducta se hará más fuerte y más resistente a la extinción si es intermitentemente reforzada. Debido a que estos individuos buscan atención, lo cual es normal en la mayoría de las personas, deben recibirla, pero no de forma contingente a la autoagresión. Por ejemplo, los cuidadores deberían darle atención cuando no se encuentra realizando conductas autoagresivas (p.ej. atención positiva siguiendo 10 minutos sin conductas autoagresivas). Hay numerosas estrategias y programas de contingencia que pueden ser implementadas para dar atención al individuo (p.ej. RDO-reforzamiento diferencial de otras conductas).

### **Obtención de Objetos o Eventos.**

Otra de las razones por las cuales un individuo podría producir conductas autoagresivas es obtener un objeto o evento (Durand, 1986; Durand y Cremmins, 1988). Por ejemplo, un individuo podría pedir algo, no recibirlo y entonces producir una conducta autoagresiva. Adicionalmente, la conducta podría reforzarse positivamente, si el individuo recibe ocasionalmente el objeto o evento deseado. Una encuesta realizada por Maisto y cols.,

(1978) reportó que un 33% de los pacientes producían conductas autoagresivas porque "deseaban algo".

*Qué observar:* la autoagresión podrá observarse típicamente después que se pida algo y no lo obtenga. Mientras se produce la autoagresión, el individuo ocasionalmente obtiene lo que desea.

*Intervención:* los cuidadores del individuo no deberían dar nada al individuo durante o posterior al episodio de autoagresión. La consistencia también es importante, debido a que la conducta continuará aun si la persona "obtiene lo que desea" solo en algunas ocasiones (vea la discusión previa sobre el reforzamiento intermitente). Un programa conductual se puede utilizar para permitirle al individuo que obtenga lo que desea, pero esto debe suceder de una forma sistemática, controlada y no-violenta (p.ej. dar a la persona opciones de momentos específicos durante el día).

### **Evitación/Escape.**

Algunos individuos producen conductas autoagresivas para escapar o evitar encuentros sociales "aversivos" (Carr y cols., 1976; Edelson y cols., 1983). El individuo podría producir conductas autoagresivas justo antes de las interacciones sociales; y por ende, las evitará antes que comiencen. De forma alternativa, el individuo podría producir conductas autoagresivas para escapar (terminar) encuentros sociales que ya se han iniciado. Por ejemplo, un cuidador podría pedirle a su paciente que haga algo (p.ej. que abandone el área de juego); y si el individuo no desea cooperar, podría producir una autoagresión. Como consecuencia, la respuesta inicial del cuidador es olvidada, y su atención se desvía a controlar la autoagresión.

*Qué observar:* en una situación de "evitación", la persona podría comenzar la autoagresión poco después que alguien entra en el cuarto y se le acerca. En una situación de "escape", el individuo podría comenzar la autoagresión durante un encuentro social. Los pedidos del cuidador son abandonadas poco después que el sujeto produce una autoagresión.

*Intervenciones:* en esta situación es importante que el cuidador "llegue al final" con sus pedidos o demandas al individuo. Si el individuo produce una autoagresión, el cuidador puede continuar haciendo sus pedidos durante la conducta; o el cuidador puede dirigir su atención a parar la conducta pero presentando de inmediato el pedido hasta que el individuo colabore.

### **Conclusiones.**

Es importante comprender que existen diferentes razones por las cuales las personas producen conductas autoagresivas. Edelson y cols., (1983) observaron tres diferentes formas de autoagresión en el mismo individuo. El paciente fue observado durante cinco horas, se registraron todos los antecedentes y consecuentes de la conducta. El paciente recibió atención después que golpeaba su cabeza contra la rodilla, pellizcaba su estómago después que miembros del personal le pidieran hacer algo, y mordía su muñeca después que pedía algo y no lo recibía.

También es posible que una forma de autoagresión sirva para más de una función. Por ejemplo, un individuo se mordía la muñeca cuando se le hacía difícil comunicar sus necesidades o cuando no conseguía lo que deseaba.

Cuando se realiza un análisis funcional, la razón subyacente para la conducta autoagresiva puede no ser obvia en algunos casos. Basándonos en datos observacionales, las posibles razones para la conducta deben ordenarse de la más probable a la menos probable. Este ordenamiento puede entonces determinar el rango en el cual las diferentes intervenciones pueden ser implementadas.

La investigación ha demostrado también que los métodos aversivos (p.ej. castigo) podrían ser efectivos para reducir o eliminar conductas autoagresivas, entrenando al individuo a inhibirlas. Si la conducta es severa y si se han realizado numerosos intentos fallidos para reducir la conducta, entonces se podría considerar el uso de técnicas aversivas para frenar la conducta. Se ha demostrado que el uso de estímulos (pantallas) visuales (p.ej. colocar un paño o pedazo de papel blanco frente al individuo) puede ser efectivo en reducir conductas severas, como la agresiva y autoagresivas.

Otras formas de métodos aversivos constituyen: poner jugo de limón en la boca, rociar la cara del individuo con agua, inclinar hacia atrás a la persona, y en algunos casos, usar leves shocks eléctricos. Deben **tomarse muchas precauciones** cuando se use una estrategia aversiva. Por ejemplo, se debe evitar la inconsistencia, debe realizarse la generalización a través de diferentes contextos y cuidadores, y deben incorporarse medidas de seguridad ante un posible abuso.

Mediante el examen detallado de la conducta de un individuo, se pueden realizar deducciones razonables sobre la intervención apropiada. Esta estrategia es más efectiva que apoyarse en el "ensayo y error". Finalmente, es importante tener un punto de vista positivo cuando se trate de comprender e intervenir esta conducta. La conducta, aún la autoagresiva, puede usualmente ser controlada.

Un artículo excelente sobre el tratamiento de conductas destructivas fue publicado por el Instituto Nacional de Salud en 1991. Este artículo está localizado en internet en: <http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/75.html>  
Stephen M. Edelson, Ph.D.