

Autolesiones a nivel craneofacial: revisión de la literatura

E. M. MARTÍNEZ PÉREZ, F. MARTÍNEZ PÉREZ¹, P. PLANELLS DEL POZO²

*Profesora Colaboradora Honorífica del Departamento de Estomatología IV. Facultad de Odontología. UCM.
¹Médico Residente de Neurofisiología Clínica. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ²Profesora Titular de
Odontopediatría. Facultad de Odontología. UCM. Madrid.*

RESUMEN

El presente artículo pretende revisar la etiología y características de los distintos tipos de lesiones autoinfligidas en pacientes con desórdenes generalizados del desarrollo. Así mismo, constituye una amplia revisión bibliográfica sobre las posibilidades de prevención y tratamiento en cada caso, en especial sus manifestaciones a nivel craneofacial.

La multitud de cuadros clínicos a los que se encuentra asociada este tipo de conductas autolesivas hace necesaria la individualización del enfoque terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Lesiones autoinfligidas. Prevención. Tratamiento. Conductas autolesivas.

ABSTRACT

This article intends to review the etiology and characteristics of the different types of self-inflicted lesions in patients with generalized development disorders. Therefore, this article is a wide bibliographic review of the prevention possibilities and treatment in each case, specially its craniofacial manifestations.

The multitude of clinical entities which are associated to this kind of self-injury behavior makes necessary an individualized approach to treatment.

KEY WORDS: Self-inflicted lesions. Prevention. Treatment. Self-injury behaviour.

INTRODUCCIÓN

La primera infancia se considera la etapa más importante en el establecimiento del vínculo afectivo. Este vínculo configurará las primeras experiencias básicas de bienestar/malestar, de ser conocido/comprendido y es el tiempo en el que el niño adquiere, con una rapidez irrepetible, una gran cantidad de conocimientos psicobiológicos fundamentales para que pueda percibir el mundo adecuadamente y actuar asimismo en él.

La psicopatología precoz del niño suele estar relacionada con la alimentación y con el sueño. Otras modalidades precoces de trastornos de conducta son los “espasmos de sollozo”, las rabietas y las autoagresiones.

En niños normales, estas autoagresiones hacen su aparición, circunstancialmente y por breve tiempo, alrededor del año de vida. Comúnmente, se presentan en forma de cabezazos contra superficies duras (paredes, suelos, etc.), y pueden ser simplemente una señal de enfado o de rabia. En casos más atípicos, constituyen una autohiperestimulación en los paradójicos límites entre la experiencia placentera y la dolorosa. Pero hay

cierta psicopatología en que dichas autoagresiones llegan a ser muy violentas, reiteradas e incontrolables, y el paciente se puede llegar a producir lesiones muy graves. Este “síndrome de autolesiones” (que puede formar parte de desórdenes comportamentales en psicosis graves, en autismos y en deficiencias mentales severas) aparece a edades más tardías, teniendo lugar las manifestaciones más espectaculares en la pubertad y la adolescencia temprana.

Es evidente que, en estos casos, no se trata de una autoestimulación controlada ni de una desviación de la rabia contra sí mismo, sino de un mecanismo más complejo como una incapacidad del sujeto para dominar fuertes impulsos desatados de autoagresión (probable expresión de afectación orgánica cerebral), o como una imposibilidad de detectarse a sí mismo como su propio agresor (1).

El término de “conducta autolesiva” engloba una amplia gama de respuestas de las que resulta un daño físico para el individuo que realiza la conducta, y se caracteriza por su carácter repetitivo y continuado. Su frecuencia, intensidad y localización puede ser muy variable.

Así pues, las autolesiones pueden ser premeditadas, no intencionadas o presentarse formando parte de hábitos y pueden derivarse de una gran variedad de desórdenes orgánicos, funcionales y/o comportamentales (2).

Según Favaza y Rosenthal, las autolesiones se definen como “aquellas destrucciones o alteraciones deliberadas de los tejidos corporales sin consciencia de intento de suicidio y que pueden aparecer formando parte de diversos desórdenes del desarrollo y algunos síndromes” (3).

Cualquiera que sea el factor etiológico que las motive, la manifestación patológica de las autoagresiones puede producirse en cualquier parte del cuerpo, siendo frecuente la afectación craneofacial.

A nivel oral, las lesiones autoinfligidas son frecuentes. Ejemplos clásicos pueden ser el bruxismo y el mordisqueo de labios y carrillos. Otras autolesiones incluyen aquellas que se producen cuando la mucosa oral está anestesiada como ocurre tras el uso de anestésicos locales o una lesión del nervio trigémino (4). Existen otros tipos de autolesiones a nivel craneofacial que se producen formando partes de desórdenes comportamentales o de algunos síndromes.

El presente artículo pretende revisar las causas y características de los distintos tipos de lesiones autoinfligidas y las posibilidades de prevención y tratamiento en cada caso, en especial, sus manifestaciones a nivel craneofacial.

CLASIFICACIÓN

Basándose en la etiología, Stewart y Kernohan (5) clasifican las autolesiones en:

—Tipo A: lesiones sobreañadidas sobre lesiones o irritaciones ya existentes.

—Tipo B: lesiones secundarias a otro hábito ya establecido.

—Tipo C: lesiones de etiología desconocida y/o compleja.

Entre este último grupo, estos autores distinguen dos motivaciones subyacentes: la primera es un deseo por parte del paciente para evitar algún deber o hacerse el enfermo. La segunda se refiere a una situación de estrés emocional o de infelicidad personal. Se incluyen aquellos pacientes emocionalmente comprometidos. Pese a que las enfermedades psiquiátricas graves son menos frecuentes en niños, las autolesiones subyacentes pueden ser un indicativo de la gravedad del desorden.

Las autolesiones intencionadas en este grupo de pacientes a nivel cráneo-facial, especialmente en el área bucal son considerablemente menos frecuentes que a nivel cutáneo. Esto puede ser debido a una necesidad subyacente o deseo de llamar la atención y las lesiones orales no son suficientemente evidentes.

EPIDEMIOLOGÍA

Según Pattison (6), el desarrollo de conductas automutilantes parece ser un hecho mucho más frecuente en la población infantil que en adolescentes o en adultos.

En cuanto a la distribución por sexos, dicho autor atribuye una mayor incidencia en niñas que en niños, siendo la proporción de 2:1. Sin embargo, Brezovsky (7), en sus estudios sobre una muestra autista, evidenció que las niñas autistas son más autolesivas que los niños, y que los niños son más agresivos contra otros. En pacientes institucionalizados durante largos periodos, los niños presentaban más conductas autolesivas pero las niñas sufrían autolesiones más graves.

No se ha determinado la prevalencia de las conductas autolesivas en la población general pero se estima que podría estar alrededor de 750 por cada 100.000 habitantes. Las conductas autolesivas son bastante frecuentes entre las personas discapacitadas y la prevalencia aumenta en relación directa al grado de la discapacidad. Algunos estudios (8) sobre población discapacitada institucionalizada han demostrado incidencias del 7,7 al 22,8%. Otros estudios (9,10) hablan de cifras entre 10-38%.

En otra investigación (11) sobre una muestra de 124 pacientes con retraso mental institucionalizados, se observaron conductas autolesivas en un 46% y se comprobaron las siguientes hipótesis:

—Los niños y jóvenes deficientes mentales con conductas autolesivas se dañan en la cabeza con mayor frecuencia que en otras partes del cuerpo (78,4%).

—Los niños y jóvenes deficientes mentales con conducta agresiva también son agresivos contra otros (67%).

—Es más frecuente la conducta autolesiva en deficientes mentales institucionalizados que en los que conviven con la familia.

Según Symons y Thompson (12), el 80% de las autolesiones se producen en las manos y la cabeza. Tres cuartas partes de las autolesiones en la cabeza ocurren en la región frontal. A nivel bucodental, el tipo de autolesión más frecuente ha sido, hasta el momento, la autoextracción de piezas dentarias. Las lesiones de los tejidos blandos pueden ser producidas por rascado con las uñas. Algunas autolesiones pueden producirse por aplicación de sustancias tóxicas en los labios o hallarse en relación con un intento de suicidio (3-5).

Las conductas autolesivas, además de a la deficiencia mental, está asociada a otro tipo de alteraciones mentales y orgánicas. Algunas de estas son el síndrome de Lesch-Nyhan (13-15), síndrome de Cornelia Lange (16), en algunos cuadros de otitis media, dermatitis de contacto (2), síndrome de Rett (17), síndrome X-frágil (18), disautonomía familiar (19), síndrome de la Tourette (20), síndrome trófico del trigémino (21), síndrome de analgesia congénita (22) y otros desórdenes que cursen con problemas neurológicos (23-25).

DIAGNÓSTICO

Stewart y Kernohan (5) establecieron cuatro criterios para diagnosticar las lesiones de origen autoinfligido:

—No se corresponden con ningún tipo de lesión asociado a determinadas enfermedades ya conocidas.

—Lesiones de configuración bizarra y límites nítidos, y en una boca sana en general.

—Agrupación y distribución inusual de las lesiones, generalmente en sitios accesibles al paciente.

—Las lesiones pueden ser únicas o múltiples (con mayor frecuencia).

Pattison (6) añade que si se realiza la biopsia de una de estas lesiones, la descripción microscópica de la misma correspondería con la de una ulceración inespecífica.

Adicionalmente, el paciente puede mostrar signos que sugieran retraso mental, problemas emocionales o puede que esté recibiendo tratamiento psiquiátrico. Con frecuencia, se pueden establecer relaciones entre las lesiones orales autoinfligidas y lesiones cutáneas (como arañazos), o con onicofagia. La relación entre unos y otros tipos de lesiones puede ser útil, en muchas ocasiones, para la determinación del diagnóstico.

En la población con retraso mental estas autolesiones se presentan como fijaciones estereotipadas, o formando parte de rituales o simbolismos. La mayoría de los pacientes que desarrollan este tipo de comportamiento presentan más de un tipo de conductas autolesivas.

Las autolesiones más frecuentes entre los pacientes mentalmente discapacitados consisten en golpearse la cabeza contra paredes u otros elementos, mordisqueo y/o rascado de distintas partes del cuerpo, generalmente cara o extremidades. Las heridas que con mayor frecuencia se producen son escoriaciones, formación de callos o cicatrices, hematomas e infecciones locales que, si no se tratan, pueden suponer la hospitalización del paciente (3-5).

Pero, como ya hemos dicho, los desórdenes autolesivos no sólo se han descrito en pacientes con problemas psiquiátricos o emocionales. También pueden presentar en pacientes con problemas neurológicos (neuropatías sensoriales, parálisis cerebral, epilepsia y otros tipos de afectaciones), pacientes comatosos, pacientes con desórdenes metabólicos, etc. Como ya hemos visto, numerosos síndromes y condiciones congénitas se han asociado con las conductas autopunitivas. Muchas otras enfermedades han sido también asociadas con este tipo de comportamientos (26,27). Loschen y cols. (26) sugirieron que cualquier situación que sea causa de discomfort, tal como sinusitis, cefaleas o dolores dentales pueden desencadenar comportamientos automutilantes en niños que no puedan comunicar de otra manera su discomfort.

ETIOLOGÍA

Hasta el momento, los mecanismos bioquímicos y comportamentales de las conductas automutilantes no están claros. Se han sugerido distintas bases etiológicas, orgánicas y funcionales, para explicar el origen de las conductas automutilantes.

TEORÍAS SOBRE BASES ORGÁNICAS

Los autores enfatizan en distinguir entre los factores etiológicos desencadenantes y los ambientales o de aprendizaje que pueden mantener una conducta autolesiva asociada a una alteración orgánica y/o genética. Así, por ejemplo, en alteraciones orgánicas reversibles, como una otitis media, una vez eliminada la causa con

tratamiento farmacológico, puede persistir la conducta autolesiva y hacer necesario un tratamiento adicional (2).

Una de las etiologías sugeridas para explicar las conductas automutilantes implica a los receptores de diazepam. Esta teoría está basada en las observaciones en estudios sobre ratas, de que la cafeína inhibe la unión del diazepam a sus receptores, pudiendo desencadenar estas conductas automutilantes. En apoyo a esta teoría, en los cerebros de los niños afectos por síndrome de Lesch-Nyhan, se han detectado oxipurinas, sustancias derivadas de la cafeína (13,28).

Otra propuesta implica a las funciones del sistema opiáceo endógeno. Esta teoría postula que las conductas autolesivas son resultado de un mecanismo auto-adictivo donde el dolor físico produce un aumento de los niveles de opioides endógenos, o que el sistema opiáceo en los individuos que desarrollan conductas automutilantes es anormal.

También se ha contemplado la disfunción del sistema dopaminérgico como ocurre en el síndrome de Tourette y en el síndrome de Lesch-Nyhan. Según esta teoría, el comportamiento autolesivo ocurre como consecuencia de una estimulación dopaminérgica en un estado de hipersensibilidad receptora.

Una reducción de los niveles de serotonina, dentro del sistema serotoninérgico también parece estar implicada en los comportamientos agresivos, dentro de los cuales las conductas autolesivas parecen ser un subtipo (13,14,20,29).

También existen numerosos tipos de neuropatías de carácter básicamente genético, de etiología desconocida, que cursan con ausencia de sensación de dolor. La pérdida de sensación dolorosa puede conducir a la producción inconsciente de heridas. Esta peculiar disestesia puede ser la explicación para que este tipo de pacientes considere estímulos, normalmente considerados dolorosos, como estímulos placenteros. La relación de las autolesiones con el retraso mental no tiene cabida en este tipo de pacientes ya que la mayoría de ellos tienen un nivel intelectual normal. Sin embargo, la inestabilidad emocional es una característica frecuente en ellos, pudiendo conducir al desarrollo de autolesiones. Las autolesiones en la lengua son una de las conductas más frecuentes en este tipo de pacientes, especialmente durante la infancia. Los niños parecen encontrarse ajenos al daño y no muestran signos de discomfort. Otra posible manifestación de las conductas autolesivas en este tipo de pacientes la constituyen las autoextracciones. La mayoría de ellas, se producen en la infancia temprana, mientras el niño juega con juguetes que mantiene entre sus dientes (21-23).

Un tipo de autolesión, la masticación neuropatológica, ocurre cuando se lesionan las vías que implican la corteza cerebral, el sistema piramidal, la formación reticular, el núcleo del trigémino o el hipotálamo. La falta de coordinación, así como la incapacidad de evitar los movimientos masticatorios lesivos son característicos ante una pérdida de control cerebral.

La masticación es el resultado de una compleja combinación de acciones musculares desencadenada por el bolo alimenticio. Estos músculos, que funcionan bajo control cerebral, actúan para llevar a la mandíbula a una

posición preestablecida de apertura, cierre, protrusión y movimientos excursivos, conocidos como ciclo masticatorio. La información responsable para desarrollar el procedimiento va desde la corteza cerebral hasta los músculos masticatorios. Pese a una ausencia de control cerebral, una vez que el bolo estimula el movimiento mandibular, el arco reflejo en el puente causa un ciclo masticatorio de rumiación. Los tejidos blandos, que pueden actuar como bolo, pueden ser severamente traumatizados en estos pacientes (30,31).

TEORÍAS SOBRE BASES PSICOGÉNICAS

Otras teorías contemplan un origen comportamental para el desarrollo y mantenimiento de estas conductas automutilantes, lo que se viene a conocer como teorías sobre bases psicogénicas. Este enfoque teórico enfatiza la importancia de factores ambientales específicos que mantienen la conducta autolesiva.

Las hipótesis más estudiadas son (2):

1. *Hipótesis de evitación*: se evitan las consecuencias aversivas para el paciente mediante la conducta autolesiva. Las autolesiones se realizan para evitar situaciones no placenteras, como la inmovilización o restricción física.

2. *Hipótesis del refuerzo positivo*: el paciente logra más atención por su conducta autolesiva y aprende a utilizarla con un fin determinado. En los niños discapacitados este componente se presenta en modo de reforzamiento positivo: las autolesiones constituyen para ellos un mecanismo de manipulación efectivo para obtener la atención de aquellos que les rodean.

3. *Hipótesis de autoestimulación*: explican las conductas autolesivas y estereotipadas como el resultado de una situación de privación estimular. Desde los estudios de Spitz, muchos trabajos han demostrado la relación entre la falta de estimulación ambiental y la autoestimulación (32).

4. *Hipótesis del déficit comunicacional*: esta hipótesis se basaría en una respuesta del individuo a situaciones del entorno como consecuencia de una elaboración deficitaria de la información recibida. Muchas observaciones y experiencias indican una relación inversamente proporcional entre autolesión y comunicación; en fases de conducta autolesiva frecuente el individuo tiene menos comunicación e interacción con otros. Rodríguez Abellán (2) constata en sus investigaciones la influencia de la comunicación interna y el lenguaje interiorizado como factor causal coadyuvante de la conducta autolesiva grave, con escasos resultados terapéuticos mediante programas conductuales.

En los estudios realizados por Lovaas (33) sobre poblaciones de niños autistas, se ilustra la regularidad y la sujeción a leyes de la conducta autolesiva. Según este autor, se pueden establecer relaciones funcionales entre ciertas operaciones ambientales muy específicas y la autolesión; el reforzamiento y la extinción de otras conductas en un ambiente determinado permiten controlar la frecuencia y magnitud de la conducta automutilante. Del mismo modo, el reforzamiento basado en la emisión de comentarios contingentes a la emisión de conducta autolesiva se ha demostrado un elemento potenciador de dicha conducta. La sustitución sistemática de

las respuestas autolesivas por conductas sociales adecuadas habla a favor de su pertenencia a una misma clase de respuestas, la de las conductas sociales.

El desarrollo de estas investigaciones hace entender que, conceptualmente, se puede considerar a la conducta autolesiva como una conducta social aprendida, operante o instrumental, que relaciona funcionalmente la conducta autolesiva con la presentación y retirada del reforzamiento social.

La mayoría de los sistemas conceptuales explican la conducta automutilante según mecanismos que no son el de reforzamiento social.

Según algunos de estos otros sistemas, las consecuencias dolorosas de la conducta, que actúan como negativamente reforzantes, pesan más que las consecuencias positivamente reforzantes procedentes de las fuentes que puede proporcionar el ambiente social, como son las muestras de simpatía y atención. Esta afirmación no excluye la posibilidad de que existan consecuencias positivamente reforzantes sino que estas podrían pasar a un segundo plano.

Otros sistemas conceptuales, respaldados por trabajos psicoanalíticos, implican factores como la culpa y contemplan la reducción de culpa como una consecuencia del dolor autoinfligido.

Existen otras teorías (Dollard, 1939) que explican las conductas automutilantes como una forma de agresión que, instigada por la frustración, se vuelve contra el "yo", en la medida en que previamente se había asociado el castigo con la manifestación externa de la agresión.

Muchos autores explican las autolesiones que se presentan en los niños autistas como consecuencia de la dificultad de estos niños para distinguirse del mundo exterior y establecer una realidad corporal (Hartmann, Kris y Lowenstein, 1949; Froid, 1954; Greenacre, 1954; Bychowski, 1954) (34,35).

TRATAMIENTO

Todavía no se ha desarrollado el protocolo ideal para acabar con las conductas automutilantes. Como hemos visto, la asociación de estas conductas a distintos síndromes y situaciones, hace necesario la consideración individualizada de cada caso, haciendo imposible generalizar en este sentido. El tratamiento se establecerá de acuerdo con la gravedad del comportamiento y la capacidad del paciente: comportamientos más agresivos requerirán acción inmediata mediante técnicas restrictivas, mientras que manifestaciones menos severas, que no pongan en peligro la integridad de los pacientes, permitirán el uso de técnicas de modificación de conducta para la extinción de estos comportamientos automutilantes.

El tratamiento de las autolesiones a nivel oral no es sencillo. Debe buscarse el método menos restrictivo pero suficientemente efectivo para evitar las lesiones.

El factor fundamental será determinar la causa de estas conductas autolesivas ya que el tratamiento más efectivo es el que elimina la causa. El primer paso en la evaluación de las conductas autolesivas debe ser un examen médico exhaustivo. Sólo cuando la condición subyacente es inidentificable o intratable se hará uso de estrategias de manejo sintomático más general.

El éxito del tratamiento también dependerá de si las conductas automutilantes se desarrollan de manera aguda o crónica.

Los tratamientos que se han ido aplicando en los pacientes discapacitados se dividen en tres categorías fundamentalmente: tratamiento farmacológico, tratamiento conductual y técnicas de restricción física. En función de la gravedad de las autolesiones y de la naturaleza etiológica de las mismas, se aplicará uno u otro tipo, o una combinación de ellos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La mayor parte de los datos existentes en la literatura sobre el tratamiento farmacológico de las autolesiones en pacientes discapacitados corresponden con hallazgos clínicos casuales (36).

El tratamiento farmacológico en estos casos va destinado a solucionar los déficits de los sistemas dopaminérgico, opiáceo y serotoninérgico que se postulan como bases etiológicas.

La literatura muestra un uso frecuente de psicofármacos para el tratamiento de las autolesiones pero pocos estudios científicamente controlados han demostrado un éxito evidente. Si bien su uso combinado con otras modalidades terapéuticas puede ser de gran utilidad, es conveniente una actitud prudente sobre sus efectos clínicos (2).

El haloperidol, la flufenacina y colzapina se han empleado para el tratamiento de la disfunción dopaminérgica y los antagonistas opiáceos para el tratamiento de la posible disfunción del sistema opiáceo. Se han obtenido buenos resultados con el uso de naloxona y de la naltrexona, cuyos efectos son de mayor duración. La naltrexona, al bloquear los receptores opioides, reduce el umbral del dolor, restaurando la sensibilidad nociceptiva lo cual previene la actividad autoestimuladora, aumentando los comportamientos sociales.

La posible disfunción del sistema serotoninérgico se ha tratado con fluoxetina, 5-hidroxitriptofano y trazodona, cuyos mecanismos de actuación consisten en potenciar la acción de la serotonina (2,37-39).

El litio se ha venido utilizando en el control de conductas agresivas en pacientes discapacitados (pacientes con alteraciones graves de conducta en forma de ciclos, un fuerte componente afectivo, o alteraciones bipolares). Se considera que el litio modera la transmisión noradrenérgica y serotoninérgica. Algunos autores obtuvieron buenos resultados en la erradicación de conductas automutilantes en pacientes autistas utilizando el litio.

La desventaja fundamental del tratamiento farmacológico es que el tratamiento de este tipo de conductas requiere un uso crónico del fármaco, siendo la mayoría de ellos agentes sedantes (38,39).

TRATAMIENTO CONDUCTUAL

Si se piensa en una etiología comportamental de las conductas autolesivas, el tratamiento enfocado a retirar

estímulos reforzadores de esas conductas o ignorarlas constituye el sistema menos restrictivo y de elección en casos leves.

En los últimos tiempos, el estudio de las conductas autolesivas se ha desarrollado bajo el punto de vista de la teoría general de la conducta y se han sugerido algunas técnicas que permiten controlarlas.

Las técnicas de modificación de conducta que se han descrito para el tratamiento de las conductas autolesivas incluyen refuerzo positivo de las conductas no autolesivas, extinción, actividades sensoriales alternativas, castigo, tiempo-fuera y sobrecorrección. La primera es la que más comúnmente se utiliza con pacientes discapacitados (36).

La modificación de conducta es una labor intensiva que puede resultar muy difícil de implementar, pero los métodos son exitosos, en su mayoría y suponen un riesgo mínimo en comparación con las técnicas farmacológicas o con las técnicas restrictivas. Sin embargo, en casos muy severos pueden no ser efectivas.

Parece evidente que, mediante la práctica de conductas autolesivas, el niño consigue un control importante sobre su entorno. La frecuencia de emisión de estas conductas y su intensidad parecen depender, en parte, de la eficacia de conductas alternativas que pueden utilizarse también para influir en su ambiente. De ser confirmada esta suposición, se podría obtener un beneficio terapéutico máximo integrando, junto a los procedimientos de control de la conducta automutilante, otros procedimientos encaminados a incrementar el repertorio conductual del niño (2,33,36,40).

Castigo

Consiste en la presentación de un estímulo aversivo de forma contingente a una conducta y cuyo efecto es la reducción de la tasa de emisión de dicha conducta. Las ventajas que aporta este método son que permite una detención rápida de la conducta y facilita la discriminación de las conductas aceptables y las inaceptables. En algunas ocasiones, la supresión de algunas conductas facilita la adquisición de conductas nuevas deseables y, según algunos estudios, esta adquisición no se establece únicamente en función de la incompatibilidad física entre dichas conductas.

Los autores consideran especialmente importante la aplicación del castigo cuando la conducta representa un peligro serio para la salud del individuo y cuando otros métodos alternativos menos aversivos hayan fracasado.

Debe emplearse con precaución, controlando sus efectos aversivos, reforzando otras conductas alternativas y eliminando todo refuerzo de la conducta indeseable (33,40-42).

Coste de respuesta

Es una modalidad de castigo negativo. Consiste en retirar algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. Si no se ha determinado un reforzador eficaz que pueda ser retirado, se puede llevar a cabo administrando un refuerzo adicional y potente, que será el que se le retirará conforme emita la conducta inde-

seada. Se puede aplicar, por lo tanto, aunque no se conozca cuál es el estímulo reforzador que mantiene la conducta (43). Las dos modalidades empleadas son la extinción y el *time-out* (aislamiento y separación de refuerzos positivos).

El *time-out* puede utilizarse cuando sabemos qué mantiene la conducta pero no podemos controlar las fuentes de entrega de estos reforzadores. Consiste en retirar al individuo de una situación reforzante (44).

La extinción consiste en la supresión de las consecuencias gratificantes habitualmente asociadas a la conducta autolesiva (2,44).

Refuerzo diferencial de otras conductas

Consiste en la administración de un refuerzo contingente a cualquier conducta que emita el niño salvo tras una determinada que es la conducta a extinguir, en este caso, la conducta autolesiva. Por lo tanto, la conducta objetivo se sitúa bajo extinción o se le aplica alguna técnica de reducción, mientras se refuerzan las conductas alternativas.

Una forma especial es el refuerzo diferencial de conductas incompatibles. Con este procedimiento, se fortalece la conducta apropiada a la vez que se disminuye la frecuencia e intensidad de la conducta autolesiva (2,43).

Generalmente, es necesario aplicar esta técnica combinada con otras, ya que por sí sola no consiguen una completa eliminación de la conducta autolesiva (2). Constituye un enfoque positivo que no utiliza estímulos aversivos (45).

Planificación estimular previa

El objetivo de esta técnica es controlar los estímulos que preceden a la conducta autolesiva. Modificando estas condiciones previas, se consigue un incremento o disminución de dichas conductas (2,33).

Aplicación de estímulos aversivos

Las técnicas restrictivas de modificación de conducta incluyen la utilización de diversos estímulos aversivos, incluyendo el zumo de limón, amoníaco, salsa de tabaco, incluso electro shock (36).

Esta técnica consiste en la utilización de estimulación eléctrica aversiva durante un breve intervalo (inferior a 3 segundos), proporcional a una sensación subjetivamente dolorosa pero físicamente inocua que se aplica justo después de cada conducta autolesiva.

Pese a las etapas de recaída y serios impedimentos de carácter ético implícitos en la utilización de dicha técnica, constituye uno de los métodos más eficaces para la supresión inicial de la conducta autolesiva (2).

Sobrecorrección

Es un tipo específico de castigo benigno que tiene dos componentes: restitución y práctica positiva. En el caso de las conductas autolesivas, la modalidad que

puede aplicarse es la práctica positiva que consiste en la emisión repetida de una conducta positiva físicamente incompatible con la conducta inapropiada (2,33).

TRATAMIENTO RESTRICTIVO

Los sistemas de restricción física constituyen los únicos métodos eficaces para evitar las lesiones autoinflingidas (9). Dentro de estos sistemas se incluyen mitones, tablas para los brazos, máscaras faciales, cascos o ropas restrictivas, etc. El problema de estos métodos puede estar, por un lado, en el diseño o confección de los mismos y, por otro, en que requieren ser utilizados constantemente para conseguir éxito (36). En opinión de los autores, una vez que el niño comience a utilizar este tipo de dispositivos, no conviene olvidar que el principal objetivo es la erradicación de la conducta automutilante, no sólo impedir sus consecuencias, así pues, se utilizarán en combinación con las técnicas de modificación de conducta, cuando el origen de estos comportamientos sea conductual (46,47).

Existen numerosos sistemas de protectores para prevenir las autolesiones a nivel bucal: bloques de mordida, apoyos bucales, aletas linguales acolchadas, fijadores intermaxilares, dispositivos depresores linguales, etc. La consideración más importante a tener en cuenta es que a mayoría de ellos pueden ser desalojados por una lengua muy potente. Los apoyos bucales pueden ser fácilmente desalojados a una posición inútil para los requerimientos o, incluso, peligrosa para el paciente. Los dispositivos que van sujetos con alambre a los dientes, suelen diseñarse de modo que el paciente ocluye sobre ellos y, además se pueden fracturar fácilmente constituyendo un riesgo añadido para los tejidos blandos. Incluso las fijaciones intermaxilares presentan limitaciones debido a la gran fuerza masticatoria que desarrollan estos pacientes, pudiendo llegar a romper las ligaduras. El elemento más comúnmente utilizado es el protector bucal blando. Otros elementos referidos en la literatura incluyen bloques de mordida, combinaciones de elementos intra y extraorales, dispositivos que protegen lengua y labios del daño. Las bandejas de acrílico diseñadas para desplazar el labio anteriormente, fijadas en los dientes anteroinferiores también se han empleado con éxito, al igual que los para labios soldados en bandas de ortodoncia o en coronas de acero (49,36,31,47).

Tanto el material como el diseño del protector, deben ser minuciosamente seleccionados de acuerdo a la causa a tratar. El estado general del paciente también debe ser considerado, incluyendo una valoración sobre si el paciente puede llegar a comprender las instrucciones, la dieta (si lleva una dieta dura o blanda, si recibe la alimentación vía oral o no) y la limitación de movimientos (31).

Según el tipo de lesión, se pueden ir realizando modificaciones en la superestructura, por ejemplo, si el problema es el mordisqueo de carrillos, podrían añadirse una aletas bucales, extendiéndose lateralmente a la estructura de base; y si el problema es el mordisqueo de la lengua, puede añadirse una extensión lingual.

Existen protectores de carácter temporal (*bite-block*), que no requieren impresiones para su fabricación. Por sus características, pueden estar indicados como paso previo o como protector definitivo en casos muy difíciles donde no es posible tomar una impresión (31,47-49).

También se han empleado con éxito los llamados cascos-burbuja, diseñados por Dávila y cols. (46) para proteger cabeza, cara y boca de las lesiones automutilantes. Estos cascos constan de un protector intrabucal que se confecciona a medida sobre los modelos del paciente, y sirve de barrera contra el mordisqueo de labios y mejillas. Este protector se fija mediante un aditamento a la parte anteroinferior del casco a la distancia adecuada. El casco está constituido en su mayor parte por una máscara transparente que cubre toda la cabeza procurando restringir lo menos posible la visión, audición y vocalización.

En cuanto a las extracciones, rara vez la extracción de los dientes inicialmente implicados resuelve el hábito. Es probable que el paciente continúe desarrollando sus conductas autolesivas con los dientes remanentes, de modo que esta opción suele requerir la extracción de todos los dientes.

La extracción de los dientes que provocan las lesiones puede ser tomada en consideración sólo si han fracasado otros métodos menos invasivos. Por desgracia, algunos casos graves requieren la aplicación de medidas tan drásticas como esta. Como ejemplo de ello, tenemos los niños afectados de síndrome de Lesch-Nyhan, en quienes el mordisqueo de manos y pies (especialmente los dedos hasta dejar el hueso al descubierto) las lesiones oculares, rascado a nivel facial, orejas y nariz y golpes repetidos en la cabeza son conductas autolesivas corrientes (36,48).

Desde un punto de vista dental, las autolesiones pueden producir una destrucción masiva del labio inferior y, en menor grado, del superior (paradójicamente, la lengua suele evitarse). En estos pacientes, como tratamiento y prevención de las autolesiones, se propone la extracción de todas las piezas dentarias para evitar el mordisqueo de manos, pies, labios y mucosa bucal. Los planos de mordida y otros aditamentos se han considerado de eficacia parcial debido a la dificultad para conseguir una adecuada retención y a la escasa tolerancia por parte del paciente. Las anteriores, junto a la restricción de extremidades no son soluciones efectivas ya que el estado de automutilación es un estado compulsivo que empeora bajo situaciones de estrés. Los pacientes pueden sufrir crisis automutilantes durante semanas o meses y luego volver a la normalidad (13,36).

Algunos autores (50) hablan de la realización de osteotomías. En casos muy graves se ha sugerido este tipo de tratamiento que puede provocar un resultado funcionalmente satisfactorio sin compromisos significativamente estéticos.

CONCLUSIONES

Las conductas autolesivas pueden tener manifestaciones muy similares estando asociadas a síndromes con bases etiológicas muy distintas. Esta afirmación

hace necesaria una minuciosa individualización del enfoque preventivo y terapéutico en cada caso.

En muchos casos, las conductas automutilantes aparecen en pacientes que presentan déficits psíquicos. En general, en estos pacientes puede intentarse un tratamiento desde un punto de vista conductual aunque, en casos graves o en las primeras etapas, se hace necesaria la combinación de distintos enfoques terapéuticos.

En cambio, en las conductas automutilantes asociadas a síndromes con base biológica, el tratamiento restrictivo o farmacológico constituye la primera opción.

En cualquier caso, se requiere un estudio médico exhaustivo y un detallado análisis de la situación, en función de los cuales se establecerá el tratamiento de acuerdo con la gravedad del comportamiento y la capacidad del paciente.

CORRESPONDENCIA:

Eva M^a Martínez Pérez
C/ Orense, 18- 8^oE
28020 Madrid

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández M. Psicopediatría. En: Hernández M. Pediatría. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A., 1987.
- Rodríguez-Abellán J. Intervención terapéutica en autismo infantil y trastornos generalizados del desarrollo: autolesión y autoestimulación. *Rev Neurol* 1999; 28: 130-4.
- Favazza A, Rosenthal R. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & Community Psychiatry* 1993; 44: 134-40.
- Scully C, Cawson RA. Psychiatric Disease. En: Scully C, Cawson RA- Medical problems in Dentistry. Bristol: Wright, 1987. p. 379-405.
- Stewart DJ, Kernohan DC. Self-inflicted gingival injuries- gingivitis artefacta, factitial gingivitis. *Dent Pract Dent Rec* 1972; 22: 418-23.
- Pattison GL. Self-inflicted gingival injuries: literature review and case report. *J Periodontol* 1983; 54 (5): 299-303.
- Brezovsky P. Diagnostik und Therapie selbstverletzendes Verhaltens. Stuttgart: Enke, 1985.
- Blanton P, Hurt WC, Largent MD. Oral factitious injuries. *J Periodontol* 1977; 48.
- Griffin JC, Williams DE, Stark MT, Altmeyer BK, Mason M. Self-injurious behavior: A state-wide prevalence survey of the extent and circumstances. *Appl Res Ment Retard* 1986; 7: 105-16.
- Schroeder SR, Schroeder CS, Smith B, Dalldorf J. Prevalence of self-injurious behaviors in a large state facility for the retarded: A three-year follow-up study. *J Autism Child Schizophr* 1978; 8: 261-9.
- Fación J. Zum verstandmus autoaggressiver handlungen aus sicht der informations verarbeitung und deren therapeutische implication. Unveröff: Diss Universität Münster, 1986.
- Symons FJ, Thompson T. Self injurious behavior and body site preference. *J Intellect Disabil Res* 1997; 4: 456-68.
- Rashid N, Yusuf H. Oral self-mutilation by a 17-month-old child with Lesch-Nyhan syndrome. *Int J Paediatric Dent* 1997; 7: 115-7.
- Hall S, Oliver C, Murphy G. Self-injurious behaviour in young children with Lesch-Nyhan syndrome. *Dev Med Child Neurol* 2001; 43: 745-9.
- Anderson LT, Ernst M. Self-injury in Lesch-Nyhan disease. *J Autism Dev Disord*, 1994; 24 (1): 67-81.
- Bryson Y, Sakati N, Nyhan WL. Self-injurious behavior in the Cornelia de Lange syndrome. *Am J Ment Defic* 1971; 76: 319-24.

17. Iwata BA, Pace GM, Willis KD. Operand studies of self-injurious hand biting en the Rett syndrome. *Am J Med Genet* 1986; 25: 157-66.
18. Symons FJ, Clark RD, Hatton DD, Skinner M, Bailey DB Jr. Self-injurious behavior in young boys with fragile X syndrome. *Am J Med Genet*, 2003; 15: 115-21.
19. Gadoth ME. Oro-dental self-mutilation in familial dysautonomia. *J Oral Pathol Med*, 1994; 23: 273-6.
20. Robertson MM, Trimble MR, Lees AJ. Self-injurious behaviour and the Gilles de la Tourette Syndrome. *Psychol Med* 1989; 19: 611-25.
21. Ziccardi VB, Rosenthal MS, Ochs MW. Trigeminal trophic syndrome: a case of maxillofacial self-mutilation. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 347-50.
22. Rasmussen P. The congenital insensitivity-to-pain syndrome (analgesia congenital): report of a case. *Int J Paediatr Dent* 1996; 6: 117-22.
23. Erdem TL, Özcan I, Ilgüy D, Sirin S. Hereditary sensory and autonomic neuropathy: review and a case report with dental implications. *J Oral Rehabilitation* 2000; 27: 179-82.
24. Rover B, Morgano S. Prevention of self-inflicted trauma: dental intervention to prevent chronic lip chewing by a patient with a diagnosis of progressive bulbar palsy. *Spec Care Dent* 1988; 8: 37-9.
25. Fenton W. Management of oral self-mutilation in neurologically impaired children. *Spec Care Dent* 1982; 2: 70-3.
26. Loschen EL, Osman OT. Self-injurious behavior in the developmentally disabled: assessment techniques. *Psychopharmacol Bull* 1992; 24: 433-8.
27. Hyman S, Fisher W, Mereugliano M. Children with self-injurious behavior. *Pediatrics* 1990; 85: 437-41.
28. Kopin IJ. Neurotransmitters and the Lesch-Nyhan syndrome. *N Engl J Med* 1981; 305(5): 1148-9.
29. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior. A review of the behavior and biology of self mutilation. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 306-17.
30. Sheller B. Self-inflicted oral trauma: report of case. *Spec Dent Care* 1992; 12: 28-9.
31. Croglio DP, Thines TJ, Fleischer MS, Anders PL. Self-inflicted oral trauma: report of a case. *Spec Dent Care* 1990; 10: 58-61.
32. Morandé G, Peral M. El paradigma autista. Una hipótesis de trabajo y una aproximación terapéutica. *Estudios de Psicología* 1983; 13: 79-84.
33. Lovaas OI, Freitag G, Gold VI. En: Ashen BA, Poser EG. Modificación de conducta en la infancia III: autismo, esquizofrenia y retraso mental. Barcelona: Editorial Fontanella S.A., 1982.
34. Lainhart JE, Folstein SE. Affective disorders in people with autism: a review of published cases. *J Autism Develop Dis*, 1994; 24: 587-601.
35. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 137-215.
36. Saemundsson SR, Roberts MW. Oral self-injurious behavior in the developmentally disabled: Review and a case. *J Dent Child* 1997; 64: 205-9.
37. Florez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología humana. Ediciones Científicas y técnicas, S.A. Masson-Salvat Medicina, 1992.
38. Osman OT, Loschen MD. Self injurious behavior in the developmentally disabled: pharmacological treatment. *Psychopharmacol Bull* 1992; 28: 439-49.
39. Mercugliano M. Psychofarmacology in children with developmentally disabilities. *Pediatr Clin North Am* 1993; 40: 593-617.
40. Marcos JL. La conducta autopunitivas en el autismo: un nuevo enfoque conductual de tratamiento. *Infancia y Aprendizaje*, 1985; 31: 173-86.
41. Risley TR. Efectos primarios y secundarios del castigo en las conductas autistas de una niña desviada. En: Ashen BA, Poser EG. Modificación de conducta en la infancia III: autismo, esquizofrenia y retraso mental. Barcelona: Editorial Fontanella S.A., 1982.
42. Del Barrio V, Mestre V. Revisión sobre el tema del castigo en el retraso mental. *Análisis y modificación de conducta* 1986; 12: 549-62.
43. Masek BR, Canion SB, Cataldo MF, Riordan MM, Boe RB. Behavioral procedures to increase cooperation of developmentally disabled children with dental treatment. *Pediatric Dent* 1982; 4: 317-21.
44. Reynolds LV. Aplicación del aislamiento ("time-out") respecto al reforzamiento positivo para incrementar la eficacia del entrenamiento verbal. En: Ashen BA, Poser EG. Modificación de conducta en la infancia III: autismo, esquizofrenia y retraso mental. Barcelona: Editorial Fontanella S.A., 1982.
45. Peterson RF, Peterson L. Uso del reforzamiento positivo en el control de la conducta de un niño retrasado. En: Ashen BA, Poser EG. Modificación de conducta en la infancia III: autismo, esquizofrenia y retraso mental. Barcelona: Editorial Fontanella S.A., 1982.
46. Davila JM, Aslani MB, Wentorth E. Oral appliance attached to a bubble helmet for prevention of self-inflicted injury. *J Dent Child* 1996; 63: 131-4.
47. Romer M, Dougherty N, Fruchter M. Alternative therapies in the treatment of oral self-injurious behavior: a case report. *Spec Care Dent*, 1998; 18: 66-9.
48. Armstrong D, Matt M. Autoextraction in an autistic dental patient: a case report. *Spec Care Dent* 1999; 19: 72-4.
49. Cehreli Z, Ölmez S. The use of a special mouthguard in the management of oral injury self-inflicted by a 4-year-old child. *Int J Paediatr Dent* 1996; 6: 277-81.
50. Macpherson DW, Wolford LM, Kortebein MJ. Orthognathic surgery for the treatment of chronic self-mutilation of the lips. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992; 21: 133-6.