



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Una nota sobre tratamiento psicofarmacológico del autismo infantil

A. POLAINO LORENTE *

El tratamiento farmacológico del autismo infantil exige hoy una revisión a fondo, dada la incertidumbre y contraindicaciones vertidas en la bibliografía especializada sobre este particular.

Las últimas investigaciones sobre este problema están introduciendo nuevos planteamientos metodológicos (Cohen, 1979), capaces de asegurar un mayor control sobre la eficacia efectiva de estas drogas. Se resumen a continuación algunos de los nuevos criterios imperantes.

- Establecimiento de la línea base en situación preterapéutica en aquellas áreas de la conducta sobre las que se supone que actúa el fármaco.
- Diseño pautado de la administración de las sustancias, de los períodos de descanso, de la observación de la reaparición sintomatológica cuando se deja administrar, etc.
- Evaluación comparativa de los posibles cambios comportamentales operados desde tres perspectivas diferentes y, sin embargo, sincrónicas: bioquímica, neurofisiológica y conductal.
- Evaluación de los resultados obtenidos según se empleen la psicofarmacología o las técnicas de modificación de conducta (TMC), de forma aislada o de forma integrada. Investigación de la interacción entre los distintos procedimientos.

En los últimos cinco años se han publicado trabajos de investigación clínica y farmacológica, en los que han estado presentes los anteriores criterios.

Sintetizo a continuación algunas de las principales conclusiones a que se ha llegado.

* Profesor Agregado de Psicopatología de la Universidad Complutense.

- 1) El empleo de neurolépticos es mucho más eficaz en el tratamiento de las psicosis infantiles y del síndrome esquizofrénico, que en el caso del autismo infantil. En las primeras, los neurolépticos constituyen el tratamiento de elección, pues, además de neutralizar la sintomatología específica, modifican positivamente el curso de la enfermedad (Gab, 1975). Con ellos se obtienen mejores resultados que con el empleo de TMC. En el caso del autismo infantil, las conclusiones no son tan evidentes (Gajzajo y cols., 1974; Ornitz y Ritvo, 1976). Ello no obsta para que se empleen los psicofármacos al comienzo del tratamiento.
- 2) La clorpromacina (2-5 mg/kg/día) disminuye la excitabilidad psicomotora, facilita el aprendizaje de la lectura y de la escritura y aumenta la capacidad de concentración.

Sin embargo, los autistas en que predomina la hipoactividad y la apatía, la administración de clorpromacina agrava esta sintomatología. En otras circunstancias, los efectos de esta sustancia resultan paradójicos, aumentando la irritabilidad, profundizando el insomnio o desencadenando estados catatónicos (Campbell, 1978). Debe tenerse en cuenta que esta sustancia disminuye también el umbral para las convulsiones.

- 3) Deben emplearse neurolépticos más incisivos en aquellos autistas que presentan una conducta más perturbada y/o en aquellos en que su CI es mucho más bajo. En estos casos y en los autistas adolescentes que demuestren una conducta apática, la trifluoperacina (0,10-0,70 mg/kg/día) es el fármaco de elección, pues facilita la adquisición del lenguaje, las respuestas de imitación motora, y tiene una acción estimulante sobre el nivel de vigilancia (Pool, 1976). Debe asociarse siempre a antiparkinsonianos por los efectos extrapiramidales intensos que su uso comporta, a pesar de que éstos reduzcan los niveles plasmáticos de neurolépticos y decrezca, por consiguiente, su eficacia terapéutica.
- 4) La administración de haloperidol (0,5-4 mg/día), debe recomendarse por cuanto además de reducir el aislamiento y tener efecto sedativo, facilita la adquisición y la imitación del lenguaje. En recientes trabajos de Campbell y cols. (1979 y 1980), en que se comparaban éstos y otros efectos del haloperidol, según se administrase aisladamente o asociado a TMC, se observó que los resultados eran mucho más beneficiosos cuando se empleaba asociado a las TM.

Pool (1976) no encontró diferencias significativas en la comparación de los resultados terapéuticos hallados, según se administrase succionato de Loxapina o haloperidol.