

C. Domínguez Martín
M. S. Geijo Uribe
C. Imaz Roncero

Trastorno del Espectro Autista y Esquizofrenia

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Autistic Spectrum Disorder and Schizophrenia

Correspondencia:

Cristina Domínguez Martín
Paseo Arco de Ladrillo 31, 2º A
47007 Valladolid
Teléfono: 699 30 61 12; 983 23 23 14
Email: CDMFSJ@gmail.com

RESUMEN

Objetivos: Describir la relación entre Trastornos del Espectro Autista y Esquizofrenia.

Métodos: Se expone el caso de un niño de 11 años diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista que presenta sintomatología psicótica. Se revisa en la literatura la relación entre trastornos del espectro autista y psicosis.

Resultados: Estudios longitudinales demuestran que los Trastornos del Espectro Autista desarrollan Esquizofrenia en tasas no superiores a la población general. El diagnóstico diferencial entre Esquizofrenia y Trastornos del Espectro Autista puede ser complicado. Ciertos síntomas del espectro autista pueden malinterpretarse como psicosis. Los Trastornos del Espectro Autista pueden hablarse a sí mismos en voz alta y presentar estereotipias sensoriales que pueden confundirse con alucinaciones. Algunas percepciones y creencias peculiares pueden ser idiosincrásicas e interpretarse como psicóticas. Ciertas alteraciones formales del pensamiento (pérdida de asociaciones y pensamiento ilógico) generalmente no son debidas a síntomas comórbidos de Esquizofrenia sino a alteraciones del lenguaje pragmático. Ambos trastornos pueden presentar síntomas negativos (aislamiento social, reducción de la expresión emocional) y de desorganización.

Conclusión: La diferenciación entre síntomas del espectro autista y psicosis puede ser muy complicada. Es necesario tener conocimiento de las alteraciones del desarrollo y de la amplia variedad de manifestaciones del espectro autista para hacer el diagnóstico diferencial con Esquizofrenia.

Palabras Clave: Trastornos Generalizados de Desarrollo, Trastorno Autista, Esquizofrenia, Psicosis, Comorbilidad.

ABSTRACT

Objective: Describe relationship between Autistic Spectrum Disorder and Schizophrenia.

Methods: A child of eleven years old diagnosed Autistic Spectrum Disorder, who presents psychotic symptoms, is described. The relationship between Autistic Spectrum Disorder and Schizophrenia are revised in literature.

Results: Longitudinal studies demonstrate that Autistic Spectrum Disorders develop Schizophrenia in rate not higher than for the general population. Differential diagnosis between Schizophrenia and Autistic Spectrum Disorder can be complicated. Some symptoms of autistic spectrum can be misinterpreted as psychosis. Autistic Spectrum Disorders can talk out loud to themselves and

they have sensory stereotypes which can be misinterpreted as hallucinations. Some beliefs and perceptions can be idiosyncratic and interpreted as psychotic. Some thought disorders (loose associations and illogical thinking) were not due to comorbid symptoms of schizophrenia, but pragmatic language abnormalities. Both disorders can present negative symptoms (social isolation, decrease emotional expression) and disorganization.

Conclusion: Differentiating between the symptoms of autistic spectrum and Schizophrenia can be very complicated. Knowledge of abnormalities in development and the wide variety of manifestations of autistic spectrum will be needed to make a differential diagnosis with Schizophrenia.

Key Words: Pervasive Developmental Disorders, Autistic Disorder, Schizophrenia, Psychosis, Comorbidity.

INTRODUCCIÓN

Durante la segunda y tercera década del siglo XX surgió una nueva disciplina reconocible, la psiquiatría infantil, que supuso un rápido incremento de niños con trastornos que acudían a las clínicas infantiles y primeras consultas ambulatorias dependientes de hospitales⁸.

Desde entonces ha habido controversia en cuanto a la terminología de ciertas patologías de la infancia. Hasta 1970, el término de psicosis infantil o esquizofrenia infantil se utilizaba para nombrar un amplio rango de síndromes psicóticos de la infancia, así como deficiencia mental, trastornos conductuales y emocionales graves y los efectos de una privación severa. Se incluían una multitud de diferentes síndromes: autismo infantil, el niño atípico, psicosis simbiótica, demencia praecocissima, demencia infantilis, síndrome esquizofrénico de la infancia, esquizofrenia pseudo-psicopática, y esquizofrenia latente, entre otros.

Los estudios de Anthony², Rutter¹⁰ y Kolvin⁵ contribuyeron al cambio en el diagnóstico y clasificación de los síndromes psicóticos de niños y adolescentes. Esto originó una distinción entre el Autismo de inicio temprano de tipo Kanner, la Esquizofrenia de forma adulta con inicio en la infancia tardía y otras formas de Psicosis sin una clara relación con la Esquizofrenia. En la actualidad existen una variedad de entidades diagnósticas que compar-

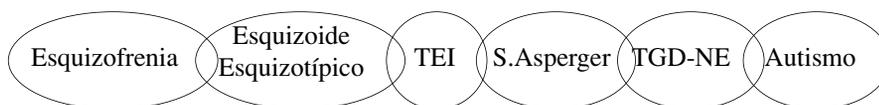


Figura 1. Diferentes entidades diagnósticas entre Esquizofrenia y Autismo.

TEI: Trastorno Esquizoide de la Infancia (Sula Wolff)

TGD-ND: Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado

MCDD: Múltiple Complex Developmental Disorder

MDI: Multidimensionally Impaired Disorder

ten ciertos aspectos con la Esquizofrenia por un lado y el Autismo por otro (Fig. 1).

A través de la descripción de un caso clínico se reflejan la complejidad y dificultades en las clasificaciones tanto de los síntomas como del diagnóstico de algunos casos. En la primera parte se describe un caso clínico de un niño diagnosticado de un Trastorno del Espectro Autista que presenta en su evolución un episodio psicótico. La segunda parte se centra en la fenomenología psicótica en los niños y adolescentes, y su diferenciación con la sintomatología del Espectro Autista. En la tercera parte se menciona la relación que existe entre los Trastornos del Espectro Autista y la Esquizofrenia.

MÉTODO

Caso Clínico

Niño de 11 años diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista que presenta un episodio psicótico. Destacan sus dificultades en la comunicación verbal y no verbal, con ecolalias diferidas, incremento en la latencia pregunta-respuesta y dificultades en la comprensión del lenguaje no verbal. Presenta escasa interacción con otros niños, desde que comienza a dar los primeros pasos se observa su tendencia al aislamiento, con escaso interés por los otros niños, mostrando un juego repetitivo, solitario y con limitada empatía hacia los demás. Tiene importantes estereotipias motoras que han ido modificándose con el tiempo, aleteo de las manos, pegarse en la cabeza con ambas manos, chuparse los dedos y tocarse las orejas, y, últimamente, tiende a golpearse el tórax con ambos brazos y elevar las cejas. Sus intereses circunscritos han ido variando a lo largo de su infancia, interesándose en temas de anatomía, astronomía, meteorología y números.

Está diagnosticado de una Epilepsia Benigna de la Infancia y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. No presenta otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. El desarrollo evolutivo fue normal salvo el desarrollo del lenguaje. La adquisición del len-

314 guaje fue tardía y muy lenta. Tiene un Retraso Mental Leve (última evaluación a los 9 años y 8 meses mediante el Test de Inteligencia de Wechsler para niños WISC-IV). En dicha evaluación presentaba un coeficiente intelectual total de 55, una comprensión verbal de 70, un razonamiento perceptivo de 57, una memoria de trabajo de 64 y una velocidad de procesamiento de 70.

Entre los antecedentes psiquiátricos destaca una hermana de la madre que padeció de Anorexia Nerviosa en su adolescencia, otra hermana de la madre con Fobia Social, la abuela materna con Depresión, el abuelo materno con Dependencia Alcohólica y un hermano de la abuela materna con Esquizofrenia.

En otoño del 2009, cuando tenía 10 años y medio, la madre le empieza a observar más nervioso e irritable, con dificultades para conciliar y mantener el sueño. En ocasiones se ponía a correr de un lado a otro de la casa, abría las ventanas o se salía a la terraza y se ponía a gritar. Otras veces se le veía con un miedo intenso, preguntando si lo que le estaba pasando era un sueño o era realidad (perplejidad, vivencias deliroides primarias de transformación del mundo o entorno).

Grababa constantemente con una cámara de video su entorno, incluso cuando no podía dormir por la noche (necesidad de estabilidad del entorno). En las grabaciones hacia ruidos guturales, verbalizaba lo que estaba haciendo y en alguna ocasión mantenía diálogos con dos voces diferentes. En una ocasión había dos voces dialogando sobre el amanecer, una de las voces se mostraba sorprendida por la hora en que iba a amanecer y el diálogo termina diciendo que es una conclusión divina (fonemas dialogantes). En otro diálogo entre dos voces diferentes del paciente, una de las voces decía “no te queremos aquí, vete” (fonemas imperativos).

Durante el primer trimestre del curso académico 2009/10, en el colegio le observaban más inquieto, desatento, con más estereotipias motoras, risas inmotivadas y con empeoramiento de su rendimiento académico.

En el Hospital de Día cuenta en una ocasión su experiencia cuando fue al circo: “estaba nervioso, me pasó en el circo un ataque terrible, me dio un “ataque de expresión” y me arañé la cara y me daba golpes, estaba tan asustado que no sentía dolor... Estaba toda la gente y yo veía que el tigre se comía al conejo y nadie hacía nada. Me di un susto terrible, ¿esto le pasa a toda la gente o sólo me pasa a mí? Necesito un médico para que me diga qué me pasa en la cabeza” (desrealización).

Desde octubre de 2009, durante el tiempo que acude al Hospital de Día verbalizará con bastante frecuencia

que ha tenido un “ataque de expresión”, en los momentos en que siente un miedo intenso (ansiedad psicótica).

Días después de la festividad de los Santos, comenta en uno de los grupos del Hospital de Día: “nadie puede desaparecer, se puede caer la piel y quedar los huesos, pensar eso me impresiona”.

En otra ocasión, mientras está jugando con la plastilina hace una especie de muñeco, comienza con una bola grande a la que le da forma con cabeza y cuerpo. En un determinado momento moldea la plastilina creando unas orejas y comienza con el siguiente monólogo mientras juega manipulando la masa: “soy tu peor pesadilla. Se me estiran las orejas, ¿quien soy? (desplaza la figura y la coloca sobre un libro) ¿Dónde estoy? (en este momento separa la cabeza del resto) ¡se me ha caído la cabeza!, ¡me rompo!, ¡que hago ahora! (comienza a romper la figura en trozos pequeños y a esparcirlos por la mesa). Me estoy haciendo pedazos, socorro, ayúdame... es el fin de mi mundo... no podré resistir... un niño hecho pedazos...” (despersonalización).

Otros comentarios que ha realizado en el Hospital de Día fueron: “tengo miedo a que se destruya el mundo porque yo desaparezco” (vivencias o experiencias delirantes procesuales primarias); “mi amigo invisible me ayuda a controlar mi vida” (percepción delirante compleja de control). En varias ocasiones hace mención a su amigo invisible con el que suele dialogar y le va comentando lo que hace o le dice lo que tiene que hacer.

Este episodio se diagnostica como un Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia, debido a que las ideas delirantes, los fonemas imperativos y las voces alucinatorias que comentan la propia actividad del paciente no son evidentes la mayor parte del tiempo. Las alteraciones en el pensamiento y en la percepción fueron marcadamente variables, presentó un estado de confusión emocional, con intensos sentimientos transitorios de alegría, angustia e irritabilidad. El inicio del episodio fue brusco y mejoró con neurolépticos. La duración del episodio fue desde mediados del mes de octubre de 2009 hasta mediados del mes de enero de 2010. Inicialmente se trató en Hospital de Día incrementando la dosis de medicación neuroléptica (risperidona), pero ante la inconsistencia en la toma del tratamiento farmacológico, la persistencia de los síntomas y las dificultades de manejo en el domicilio, se decide su ingreso en la Unidad de Hospitalización en el mes de enero. Desapareció la sintomatología psicótica al ingresar y mantener una dosis de risperidona de 4 mg/día junto con benzodiacepinas de acción prolongada a dosis bajas (clonazepam 0,8 mg/d).

RESULTADOS

Fenomenología de los síntomas psicóticos en Trastornos del Espectro Autista

El diagnóstico de los síntomas psicóticos en niños es más complicado en los primeros momentos de su manifestación, porque los síntomas son más vagos y por las dificultades para expresar verbalmente lo que les sucede. La identificación de estos síntomas pierde fiabilidad en niños por debajo de los 7 años y cuando la capacidad intelectual es inferior a 50¹⁵.

Los síntomas en las primeras etapas de vida del individuo deben evaluarse desde una perspectiva del desarrollo. En el desarrollo normal de un niño por debajo de los 7 años puede existir pérdida de asociación y pensamiento ilógico³. Las alucinaciones y delirios tienen que ser distinguidos de los amigos imaginarios, relaciones con objetos transicionales (tratan a un juguete como si fuera amigo real), preocupaciones estereotipadas, externalización concreta de pensamientos y pseudoalucinaciones. Los amigos imaginarios son frecuentes en la infancia, en entre el 25-65% de los niños¹³. Los adolescentes y adultos jóvenes con Retraso Mental o con Trastornos del Espectro Autista pueden tener amigos imaginarios por su retraso en el lenguaje, sus dificultades de comunicación y su imaginación.

Los niños con Trastornos del Espectro Autista con frecuencia se hablan en voz alta a ellos mismos, pudiendo malinterpretarse como que están interaccionando con gente que no existe. Los niños con Síndrome de Asperger pueden presentar alucinaciones auditivas, aunque puede ser complicado, en estos casos, diferenciar lo que son voces externas del diálogo interno.

En ocasiones, en los Trastornos del Espectro Autista puede haber pensamientos y creencias idiosincrásicas del mundo que les rodea, que les lleva a comportarse de forma poco convencional y a expresar ideas peculiares que pueden confundirse con síntomas psicóticos.

En los Trastornos del Espectro Autista sus inusuales intereses sensoriales visuales, olfativos o gustativos o su elevada sensibilidad pueden parecer alucinaciones, y sus dificultades en entender las normas sociales pueden impresionar de paranoides o delirantes.

Los niños con Retraso Mental o con Trastornos del Espectro Autista tienen dificultades en identificar los sentimientos de los demás y los mensajes sociales dentro de las interacciones. Las preguntas más sencillas acerca de cómo se encuentra o cómo se siente pueden resultar muy complicadas para ellos. Tienen que hacer objetiva su experiencia mental subjetiva, comparando su estado

actual emocional, pensamiento y percepción con experiencias pasadas de interacción con otros. Esta situación se complica en los momentos de ansiedad o enfado, donde tienen dificultades en reconocer sus propias experiencias, sobre todo en situaciones extremas en las que se sienten amenazados.

Los Trastornos del Espectro Autista pueden tener comportamientos catatónicos en sus formas leves de presentación. Suceden en un 17% de estos trastornos por encima de los 15 años¹⁶. Entre las manifestaciones que ocurren en estos pacientes, puede ser difícil distinguir entre fenómenos imaginarios o de juego, fenómenos “como si”, fenómenos disociativos, rumiaciones estereotipadas, preocupaciones ansiosas, ilusiones, imaginación eidética (memoria fotográfica), memorias, flashbacks (frecuentemente observados en el Trastorno de Asperger), por un lado, y las alucinaciones, delirios y fenómenos de pasividad por el otro. Los Trastornos del Espectro Autista que desarrollan psicosis tienen más probabilidad de presentar catatonía que los individuos sin Trastornos del Espectro Autista.

Las estereotipias pueden tener una amplia variedad de manifestaciones, como actividad motora, sensorial, intereses, rituales, pensamientos, memorias y habilidades. Lo característico es su cualidad de repetitividad, su grado de rigidez, su egocentricidad y su impacto en la reciprocidad social. En los Trastornos del Espectro Autista tiene tal diversidad de manifestaciones que puede parecer bizarro, pero se diferencia de las que se presentan en la Esquizofrenia porque ocurren en el contexto de una ineptitud e ingenuidad social. Estos pacientes tienen dificultades para diferenciar si estas experiencias son de características psicóticas por su nivel de comprensión social. La evolución confirmará el diagnóstico. En el caso de las estereotipias no habrá un mayor deterioro en el desarrollo ni en el rendimiento académico, los síntomas aparecerán principalmente en un entorno seguro y familiar, mejorarán con pautas de manejo de ansiedad y estrés social, y no se observarán importantes cambios con medicación antipsicótica.

Las alteraciones en el lenguaje pragmático asociadas a los Trastornos del Espectro Autista incluyen asociaciones con falta de reciprocidad en la conversación, como hacer cambios bruscos de temas de conversación, no proporcionar contexto acerca de lo que se está hablando, utilizar un lenguaje tangencial o hablar como impartiendo una conferencia acerca de los temas de interés. También es frecuente el uso de un lenguaje estereotipado, idiosincrásico, demasiado concreto y/o metafórico⁹. Las altera-

316 ciones del lenguaje pragmático observadas en los Trastornos del Espectro Autista coinciden en diversos aspectos con las alteraciones formales del pensamiento de los pacientes psicóticos. Cuando hay aspectos de las alteraciones formales del pensamiento que aparecen en los Trastornos del Espectro Autista, no necesariamente son síntomas comórbidos del espectro de la Esquizofrenia, sino que probablemente son síntomas que se solapan con las alteraciones del lenguaje pragmático inherentes a los Trastornos del Espectro Autista¹².

Los síntomas negativos de psicosis incluyen alteraciones en la concentración, atención y memoria, aislamiento social, falta de energía y motivación. Este deterioro cognitivo no es específico de las psicosis, pero es necesario para su diagnóstico. No siempre un aparente deterioro en los Trastornos del Espectro Autista se debe a una disminución en el funcionamiento cognitivo, puede deberse a un incremento de las demandas (transición a estudios secundarios o al ámbito laboral).

Trastornos del Espectro Autista y Esquizofrenia

A pesar de la separación en 1970 de estas dos entidades diagnósticas, todavía en la actualidad hay ciertas dificultades para hacer un diagnóstico diferencial, por las similitudes en ciertos aspectos que presentan estos trastornos. Esto ha planteado dos situaciones, por un lado el estudio en profundidad de ambas entidades para mejorar el conocimiento de sus diferencias y poder hacer mejor el diagnóstico diferencial, y por otro lado, la posibilidad de una comorbilidad, que en ciertos pacientes se cumplan los criterios de ambos trastornos.

En la literatura científica, la mayoría de las veces se dispone de casos clínicos. Dentro de los estudios disponibles, estos suelen ser retrospectivos o comparativos entre niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo y adultos con Esquizofrenia, en vez de comparando grupos de adultos por un lado y de niños por otro. Con ello se podrían observar mejor las diferencias y similitudes entre ambos trastornos dentro de un mismo estadio evolutivo. La separación entre psiquiatras infantiles y de adultos hace más complicada la distinción de estos trastornos, ya que unos tienden a diagnosticar de Trastornos del Espectro Autista y otros de Esquizofrenia. En la clínica se describen casos de adultos diagnosticados de Esquizofrenia que tienen antecedentes de ser diagnosticados de Trastornos del Espectro Autista en la infancia. Sporn¹¹ describe que el 25% de los niños diagnosticados de Esquizofrenia de inicio muy precoz cumple criterios de Trastorno Generalizado del Desarrollo. Un mismo

paciente evaluado por un psiquiatra familiarizado con Trastornos Generalizados de Desarrollo tiende a diagnosticarlo como tal, mientras que si es evaluado por un psiquiatra experto en Esquizofrenia lo diagnosticará de Esquizofrenia.

Según Hollis⁴, para diferenciar la Esquizofrenia de inicio precoz del Trastorno del Espectro Autista se requiere una meticulosa exploración de la historia del desarrollo y de los patrones autísticos (comunicación, interacción social y comportamientos e intereses restringidos y estereotipados).

La forma crónica de Esquizofrenia comparte con el Trastorno del Espectro Autista su inicio temprano, su curso crónico, presencia de síntomas negativos como aislamiento social, falta de interés por la interacción social, dificultades en la comunicación y falta de energía, y de síntomas positivos como alteraciones en la percepción, en el pensamiento, catatonía y problemas para analizar la realidad. En la literatura se han comparado los síntomas de los diferentes tipos de Esquizofrenia con los Trastornos del Espectro Autista y se ha observado que los Trastornos del Espectro Autista comparten síntomas principalmente con la forma desorganizada de Esquizofrenia.

En los Trastornos del Espectro Autista, las alteraciones formales del pensamiento suelen presentarse en forma de comentarios fuera de contexto, mantener una conversación con ellos mismos, señalar una persona o cosa imaginaria en su entorno. En los Trastornos del Espectro Autista las alteraciones del pensamiento se caracterizan por ser inmaduras en el desarrollo, pero relevantes en el contexto diario (“la gente me mira, me critica”, “soy el mejor, el más inteligente”) mientras que en la Esquizofrenia suelen ser más complejas, bizarras y no relacionadas con actividades diarias (“ser controlados por ondas de radio”, “ser mensajeros de Dios”).

Los comportamientos inapropiados y estereotipados, la resistencia al cambio, las preocupaciones sensoriales y las dificultades en la comunicación no verbal son los síntomas que mejor diferencian los Trastornos del Espectro Autista de la Esquizofrenia⁶.

La otra posibilidad es que se manifiesten los dos trastornos en el mismo paciente. Estudios longitudinales demuestran que Trastornos del Espectro Autista desarrollan Esquizofrenia en tasas no superiores a la población general^{7,11,14}. Los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de Esquizofrenia en Trastornos Generalizados del Desarrollo requiere la presencia adicional de alucinaciones o delirios durante 1 mes¹. En cambio en la CIE-10 no se hace ninguna consideración especial para el diagnósti-

co de Esquizofrenia en Trastornos Generalizados del Desarrollo¹⁷.

DISCUSIÓN

El Trastorno del Espectro Autista puede ser un marcador inespecífico de una alteración grave en el neurodesarrollo temprano presente en cuadros clínicos como la Esquizofrenia. Estudios longitudinales demuestran que Trastornos del Espectro Autista desarrollan Esquizofrenia en tasas no superiores a la población general. Los Trastornos del Espectro Autista pueden estar presentes en el 25% de los niños con Esquizofrenia de inicio temprano.

La diferenciación entre síntomas del espectro autista y psicosis puede ser muy complicada y compleja, no sólo por malinterpretar comportamientos autísticos como psicosis, sino también por las dificultades de algunos niños para expresar, informar y comunicar lo que les ocurre. En algunos casos, incluso los psiquiatras con experiencia en el diagnóstico de estos trastornos pueden tener problemas para hacer un diagnóstico diferencial. Los pacientes con Trastornos del Espectro Autista pueden hablarse a sí mismos en voz alta y presentar estereotipias sensoriales visuales, olfativas y/o gustativas que pueden confundirse con alucinaciones. Algunas percepciones y creencias peculiares pueden ser idiosincrásicas e interpretarse como psicóticas. Ciertas alteraciones formales del pensamiento (pérdida de asociaciones y pensamiento ilógico) generalmente no son debidas a síntomas comórbidos de esquizofrenia sino a alteraciones del lenguaje pragmático. Ambos trastornos pueden presentar síntomas negativos (aislamiento social, reducción de la expresión emocional) y de desorganización (conducta y apariencia extraña y problemas de atención).

Es necesario tener un conocimiento de las alteraciones del desarrollo y de la amplia variedad de manifestaciones del Espectro Autista para hacer un diagnóstico diferencial con la Esquizofrenia. La entrevista exhaustiva y detallada a los padres o cuidadores acerca de los comportamientos del niño proporcionará una buena fuente de información y ayudará con el diagnóstico diferencial.

Los síntomas de depresión y de ansiedad pueden no ser reconocidos en pacientes con Trastornos del Espectro Autista, bien porque no son identificados en estos pacientes, o porque se confunden con sintomatología psicótica. Las dificultades que pueden tener para describir lo que les sucede, el deterioro emocional y de conducta pueden llevar a confundirlos con comportamientos bizarros o con síntomas negativos de una psicosis. Por otro lado, hay

que tener en cuenta que síntomas depresivos o ansiosos o estresores psicosociales importantes pueden ser causa aparente de psicosis.

El desarrollo de la mente implica la adquisición de una serie de capacidades que influirán en la salud mental del adulto. Diversas alteraciones en el desarrollo que se observan en ciertos niños, como retraso en la adquisición del lenguaje, dificultades en el aprendizaje, alteraciones en las relaciones sociales o retraso en el desarrollo psicomotor, pueden tener un impacto importante en la salud mental del adulto. El estudio del desarrollo a nivel emocional de estos pacientes puede contribuir a aclarar los problemas diagnósticos en estos trastornos. El mejor entendimiento de las diferencias y similitudes en el desarrollo de la mente contribuirán a facilitar el diagnóstico diferencial de ambos trastornos.

Futuros estudios prospectivos y comparativos de niños-adolescentes con Esquizofrenia y Trastornos del Espectro Autista por un lado, y de adultos por otro, contribuirán a clarificar las diferencias y ayudarán a afinar las claves diagnósticas de la Esquizofrenia y los Trastornos del Espectro Autista.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), Washington DC. 1994.
2. Anthony J. An experimental approach to the psychopathology of childhood: autism. *Br J Med Psychol* 1958; 31 (3-4): 211-225.
3. Caplan R, Tanguay P. Development of psychotic thinking. En: M. Lewis. *Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 359-365.
4. Hollis C. Schizophrenia and allied disorders. En: M. Rutter & E. Taylor. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell; 2002. p. 612-635.
5. Kolvin I. Studies in the childhood psychoses I. Diagnostic criteria and classification. *Br J Psychiatry* 1971; 118: 381-384.
6. Konstantareas M, Hewitt T. Autistic Disorder and Schizophrenia: Diagnostic Overlaps. *J Autism Dev Disord* 2001; 31 (1): 19-28.
7. Mouridsen SE, Rich B, Isager T. Psychiatric morbidity in disintegrative psychosis and infantile autism: A long-term follow-up study. *Psychopathology* 1999; 32 (4): 177-183.
8. Parry-Jones WL. History of child and adolescent psychiatry. En: M. Rutter, L. Hersov y E. Taylor. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. 3º ed. Oxford: Blackwell Scientific; 1993. p. 794-812.
9. Prizant BM, Wetherby AM, Rubin E, Laurent AC, Rydell PJ. En: *The SCERTS model: A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders* (Vol. 1). Baltimore: Paul Brookes Publishing. 2006.

- 318**
10. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J Autism Child Schizophr* 1972; 2: 315-337.
 11. Sporn AL, Addington AM, Gogtay N, Ordonez AE, Gornick M, Clasen L. Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: Comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? *Biol Psychiatry* 2004; 55 (10): 989-994.
 12. Tager-Flusberg H, Pauls R, Lord C. Language and communication in autism. En: FR Volkmar, R Paul, A Klin, D Cohen. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders (Vol. 1)*. John Wiley & Sons, Inc. 2005. p. 335-364.
 13. Taylor M, Carlson M, Bayto M, Geron L, Charley C. The characteristics and correlates of fantasy in school-age children: Imaginary companions, impersonation and social understanding. *Dev Psychol* 2004; 40 (6): 1173-1187.
 14. Volkmar FR, Cohen DJ. Comorbid association of autism and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (12): 1705-1707.
 15. Volkmar F, Tsatsanis K. Childhood schizophrenia. En: M. Lewis. *Child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002. p. 745-754.
 16. Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 357-362.
 17. World Health Organization (WHO). *International classification of diseases (ICD10)*. Geneva. 1992.

EXCELLENCE
in **Child Mental Health**
Cutting edge topics by outstanding speakers

1-3 DECEMBER 2011 • ISTANBUL, TURKEY

See you in Istanbul in 2011!

An international annual conference aiming to provide its attendees with developing scientific knowledge that can be applied in everyday clinical practice.

Save the dates!
1-3 December
2011
Istanbul, Turkey

www.excellence-in-child-mentalhealth.org

C&C International
E: info@excellence-in-child-mentalhealth.org
T: +90 212 68 89 100
F: +90 212 68 44 117
www.excellence-in-child-mentalhealth.org
16, Perisiz 301, 06470
Beşiktaş / İstanbul / Turkey

ASSOCIATION OF
PSYCHIATRY
AND
CHILD
PSYCHIATRY
SOCIETY OF
CHILD
PSYCHIATRY
AND
ADOLESCENT
PSYCHIATRY

Association Management
Professional Congress-Organiser
Events & Destination Management
Strategy & Communication