

**C. Gómez-Ferrer Górriz<sup>1</sup>**  
**M. J. Ruiz Lozano<sup>2</sup>**  
**L. Coy Fuster<sup>3</sup>**  
**J. M. Peñalver Mellado<sup>4</sup>**

## Trastornos psicóticos límites en la infancia y adolescencia

1 Jefe Servicio Psiquiatría Infantil  
2 MIR-3 de Psiquiatría  
3 Psiquiatra  
4 Psiquiatra. Hospital Rafael Méndez. Lorca  
Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario,  
Murcia

**Correspondencia:**  
Plaza Circular, 11-3º A  
30008 Murcia

## *Psychotic borderline disorders in childhood and adolescence*

### **RESUMEN**

Hemos revisado los conceptos de Trastorno Esquizotípico y Esquizoide en la infancia y adolescencia en la bibliografía general y en las diversas Clasificaciones Internacionales y presentamos dos casos clínicos correspondientes a estos diagnósticos. Creemos que es de interés esta revisión ya que no son patologías frecuentes en estas edades y es conveniente tenerlas en cuenta para poder realizar un diagnóstico precoz y su correspondiente terapéutica tanto psicofarmacológica como psicológica.

### **PALABRAS CLAVE**

Psicosis límites; Trastorno esquizoide; Trastorno esquizotípico; Infancia; Adolescencia

### **ABSTRACT**

*We have reviewed the concepts of Schizotypal and Schizoid Disorders in Children and Adolescents, in the general bibliography and the different International Classifications, now we present two clinical cases belonging to these diagnoses. We believe that this review is very useful because these pathologies are not common and this is important in order to carry out an early diagnosis and its suitable both psychopharmacological and psychological treatment.*

### **KEY WORDS**

*Borderline disorders; Schizotypal disorder; Schizoid disorders; Childhood; Adolescence.*

## INTRODUCCIÓN

La propia denominación de los "Estados límites, limítrofes, borderlines o prepsicóticos" en psicopatología nos indica la amplitud y vaguedad en su concepto, por referirse a procesos que están en la confluencia de la normalidad, con las neurosis, psicosis y psicopatías, siendo en ocasiones una fase previa a la irrupción del proceso psicótico. De ahí la variedad de interpretaciones a lo largo del tiempo según los autores y nosologías<sup>(1)</sup>

Si esto es así en la vida adulta, comprenderemos que sea aún más compleja su consideración en la infancia que, esencialmente, es la etapa vital de mayor desarrollo evolutivo, por lo que los límites entre normalidad y patología son aún más imprecisos.

Vamos a referirnos a dos de estos trastornos de la infancia y adolescencia, resumiendo su concepto según algunos destacados autores de la Paidopsiquiatría, y su ubicación en las diversas Clasificaciones Internacionales. Son el Trastorno Esquizoide y el Trastorno Esquizotípico, de los que expondremos unos casos, que creemos son muy representativos; a pesar de lo cual no siempre es fácil el diagnóstico lo que impide, en ocasiones, la orientación terapéutica adecuada, siendo considerados como niños "raros", desconcertantes, incluso "locos", agravándose así sus problemas de integración en los diferentes medios, familiar, escolar y social.

### Nosología

Ambos trastornos están incluidos implícitamente en la descripción clínica de algunos autores que los engloban en diferentes conceptos de "Psicosis límite o *borderlines*" como Mendiguchía<sup>(2)</sup> o los "Estados prepsicóticos" como Ajuriaguerra<sup>(3)</sup> y Mazet y Houzel<sup>(4)</sup>. Otros autores los individualizan ya, aunque formando parte de las "Personalidades patológicas", Lansier y Olivier<sup>(5)</sup> o de los Trastornos Borderlines de la Personalidad, Steinberg<sup>(6)</sup> y Petti y Vela<sup>(7)</sup>, mientras que autores como Kaplan<sup>(8)</sup> los estudian de forma independiente a ambos o solo a alguno de ellos como Levin<sup>(9)</sup>.

Esta misma variabilidad en el enfoque de su estudio se aprecia en las diferentes Clasificaciones Internacionales, en las que nos vamos a basar para describir, resumidamente, los correspondientes conceptos.

Hay un mayor acuerdo en lo referente a la vida adulta ya que el Trastorno Esquizoide de la Personalidad es

considerado así en todas las clasificaciones (DSM III, DSM III-R, CIE-8,9,10)<sup>(10-12)</sup>.

El Trastorno Esquizotípico es más variable pues las clasificaciones DSM III y DSM III-R también lo incluyen en los Tr. de Personalidad, mientras que la CIE-8 y CIE-9 lo denominan Esquizofrenia Latente y en la CIE-10 forma un grupo independiente.

En cambio, en la infancia y adolescencia no está individualizado el Trastorno Esquizotípico aunque sí se cita su posible aparición en esta edad, en el DSM III y DSM III-R. En cuanto al Trastorno Esquizoide lo encontramos como tal, sólo en el DSM III, con una buena descripción clínica, incluido en el grupo "Otros trastornos de la infancia, niñez y adolescencia", el DSM III-R lo suprime y en la CIE-8 y 9 tampoco aparecía, en la CIE-10 se contempla incluido en el Síndrome de Asperger que se estudia dentro del grupo de "Trastornos generalizados del desarrollo" (Tabla 1).

## MATERIAL Y MÉTODO

### T. Esquizoide de la infancia (*Síndrome de Asperger*)

La "Psicopatía Autista" (PA) descrita en 1944 por H. Asperger, casi al mismo tiempo que Kanner describiera el "Autismo Infantil" en 1943<sup>(13)</sup>, tiene gran relación con este cuadro aunque es diferente en esencia, por ser niños con alto nivel intelectual aunque con posible fracaso escolar, con contacto social perturbado pero posible, frente a la inaccesibilidad propia del autismo y a sus bajos niveles intelectuales<sup>(4, 14)</sup>. También el lenguaje está bien desarrollado en el Síndrome de Asperger (SA) aunque sea peculiar, por ser ampuloso, retórico y metafórico, es decir inadecuado a la edad.

El mismo Asperger<sup>(15)</sup> refiere las diferencias señaladas por Van Krevelen<sup>(16)</sup> y por él mismo, como el hecho de que sus casos sean todos varones, el considerarlo como una variación del carácter y el comportamiento que no es esquizofrenia ni llegará a serlo, así como el origen genético y el carácter psicótico del autismo. También el pronóstico es mejor en el Síndrome de Asperger, él mismo piensa que estos niños pueden conseguir una satisfactoria adaptación social, con la ayuda de la adecuada acción terapéutica y pedagógica que permita conocerlos y comprenderlos bien para que ellos se puedan conocer a sí mismos.

**Tabla 1**

*Trastorno esquizoide del adulto*

DSM-III. DSM-III-R 301.20 Tr. de la personalidad esquizoide.

CIE 8-CIE 9 301.2. Tr. esquizoide de la personalidad.

CIE-10. F60.1. Tr. esquizoide de la personalidad.

*Trastorno esquizotípico*

DSM-III. DSM-III-R. 301.22 Trastorno de personalidad esquizotípico.

CIE 8 CIE 9. 295.9 Esquizofrenia latente.

CIE 10. F21. Trastorno esquizotípico.

*Trastorno esquizoide de la infancia*

DSM-III. 313.22. Trastorno esquizoide de la infancia o adolescencia.

CIE-8, CIE-9. DSM-III-R. No consta.

CIE-10. F84.5 Síndrome de Asperger (psicopatía autística) incluye Tr. esquizoide de la infancia.

Mendiguchía<sup>(2)</sup> considera este síndrome como una forma autista de las "conductopatías" y Rutter<sup>(17)</sup> en el capítulo 34 de su libro, estudia el autismo infantil y otros trastornos globales del desarrollo, entre los que se encuentran los de "parecido autista", dándole la doble denominación de Síndrome de Asperger y Personalidad Esquizoide.

Recuerda Rutter que este síndrome cayó en el olvido durante muchos años, hasta que volvió a interesarse por él, en 1981, Wing<sup>(18)</sup> describiendo una serie de casos que tenían ciertas coincidencias con el Autismo y la PA.

Por su parte, Wolff y cols.<sup>(19)</sup> señalan su relación con la esquizofrenia, de manera que estas conductas de los niños serían la primera manifestación de los Trastornos de Personalidad del adulto, por lo que prefieren denominarlo Personalidad Esquizoide, reconociendo la semejanza de este cuadro con el SA.

En su estudio comparativo de tests psicológicos en grupos de niños esquizoides, autistas y controles, observan semejanzas entre los dos primeros en la discordancia de niveles en los tests cognitivos, bajo nivel en retención y asociación visuales, habilidad lingüística y memoria verbal, ocupando los esquizoides, en todos los aspectos, una situación intermedia entre los autistas y controles.

En un posterior estudio de seguimiento<sup>(20)</sup>, se revisan 22 muchachos de Personalidad Esquizoide y un grupo control, destacando en los primeros una baja empatía, más desapego emocional, más pobres relaciones heterosexuales, inusual estilo de comunicación, más intere-

ses específicos y más intentos de suicidio. Sólo un esquizoide desarrolló una esquizofrenia.

No se encuentran claros factores causales aunque es probable la influencia genética, ya que algunos presentan dificultades en el desarrollo, retraso intelectual o disfunción cerebral, como también se resalta en los trabajos de B. Fish<sup>(21,22)</sup> refiriéndose a la pandismaduración.

Aunque los estudios de seguimiento indican que los rasgos esquizoides persisten en el adulto, es dudosa su validez nosológica, la homogeneidad del síndrome y su relación con el Autismo y la Esquizofrenia. Pero Rutter reconoce la existencia de niños que tienen unas peculiares anomalías sociales que persisten en la vida adulta y de posible origen constitucional, por lo que es necesario desarrollar métodos efectivos para reducir tales deficiencias y poder ayudar a la adaptación social de estos niños.

Levin<sup>(9)</sup> estudia el Trastorno esquizoide de la infancia o adolescencia dentro del grupo "Trastornos de la socialización", destacando en su clínica la deficiente capacidad para establecer relaciones sociales y el escaso deseo de realizarlas, así como el retraimiento y los intereses solitarios, aspectos que también piensa persisten en la vida adulta, e incluso puede ser antecedente de la esquizofrenia, ligado genéticamente a ella, siendo frecuentes los padres con las mismas características.

También destaca que estos casos pueden lograr una satisfactoria adaptación en la vida adulta, con la adecuada orientación terapéutica, acción psicoterápica individual y sobre los padres.

Kaplan y Sadock<sup>(8)</sup> describen el Trastorno esquizoide en la infancia, de acuerdo con el esquema de la DSM-III, destacando que puede iniciarse en el primer año con reacciones negativas del bebé a personas no conocidas y que el motivo de la consulta psiquiátrica suele ser por dificultad escolar, a pesar de tener un buen nivel intelectual. Establece las pautas para el diagnóstico diferencial:

- Con el Trastorno esquizotípico: por tener éste trastornos del pensamiento (pensamiento mágico, ideas de referencia) y por la desrealización y despersonalización.
- Con el Trastorno de Personalidad Límite: porque éste es más impulsivo, impredecible, incapaz de tolerar la soledad y busca contacto aunque las relaciones son inestables.
- Con el Trastorno Profundo del Desarrollo: no hay dificultad con el Autismo típico, pero sí con los casos más leves, en los que es patente la ecolalia, la evitación de la mirada y las estereotipias.

**Tabla 2**

*CIE-10-F84.5. Síndrome de Asperger*

- Déficit cualitativo de la interacción social, propio de autismo.
- Repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses.
- Difiere del autismo, porque no hay déficit o retraso del lenguaje, ni del desarrollo cognoscitivo.
- La inteligencia es normal. Son torpes desde el punto de vista motor.

Incluye: - Psicopatía Autística.

- Trastorno Esquizoide de la infancia.

*Evolución:*

- Lo más frecuente es que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta.
- Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos, en el inicio de la vida.

- Otros cuadros más claramente diferentes son, el T. por Evitación y el niño claramente inhibido.

Resumimos los *Criterios Diagnósticos* del S. de Asperger según la CIE-10 (Tabla 2).

Finalmente vamos a mostrar, como conclusión y resumen, la descripción del T. Esquizoide de la infancia o adolescencia según la DSM-III<sup>(10)</sup>, que creemos es la que mejor expresa la personalidad de estos niños, de los que vamos a exponer un caso que cumple perfectamente todos sus criterios diagnósticos (Tabla 3), cuya historia resumimos adaptándonos a dichos criterios, manteniendo la numeración de sus apartados.

**Caso nº 1: T. Esquizoide**

Varón. 9,10 años.

- 1) Desde la guardería, presenta dificultad para relacionarse.
- 2.3) Con familiares o desconocidos no se relaciona, excepto con algunos primos.
- 4) No participa en ningún juego de grupo. Algunas veces se sonríe del llanto o fracaso de los demás.
- 5) Serio, arisco, tímido, solitario, nula afectividad. Rechaza el contacto físico con los compañeros, familiares y otros adultos.
- 6) En situaciones grupales, él se mantiene aislado, no mostrando interés y permaneciendo aparte. Corre sólo, con aleteo y sonidos peculiares.
- 7) Presenta explosiones agresivas, ante la crítica y mínimas contrariedades, hacia niños y adultos (Tirar de pelo, morder, pegar, rabieta, se quita la

**Tabla 3**

*DSM-III.313.22 Trastorno esquizoide de la infancia o adolescencia*

- 1) Deficiente capacidad para las relaciones sociales.
- 2) Ausencia de amigo íntimo, excepto los familiares o similares.
- 3) Aparente falta de interés para hacer amigos.
- 4) Solitarios, retraídos, reservados, indiferencia afectiva.
- 5) Se muestran torpes, incómodos e ineptos ante situaciones sociales.
- 6) Desinterés por las actividades grupales y el entorno social.
- 7) Son irritables y agresivos ante la crítica y demandas externas.
- 8) Indecisos, ausentes, desvinculados del entorno: "están en las nubes, sueñan despiertos".
- 9) Suelen tener aficiones solitarias, temas preferentes: esotéricos, ciencia-ficción, animales prehistóricos.
- 10) No tienen alteración del juicio de la realidad.
- 11) Inteligencia media o superior, con posible fracaso escolar, por desinterés.

*Evolución*

- Aumento o disminución de la sociabilidad en la adolescencia.
- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.
- Esquizofrenia.

ropa, autolesiones, se golpea la cabeza contra la pared). Culpa a los demás de sus fallos.

- 8) Cuando un tema no le interesa se evade, mirando fijamente a un punto lejano, sin contestar, teniendo que insistir para centrarlo en la realidad.
- 9) Perseverante en las aficiones solitarias, que a su vez cambian con el tiempo: construcciones, puzzles, ver funcionamiento de contadores del agua, ver las mismas películas, vídeo-juegos, consiguiendo gran dominio en su manejo. Habla solo.
- 10) Al hacerle reflexionar sobre lo anómalo de su situación, lo comprende y acepta modificarla. Expresa que los niños lo consideran raro y loco, rechazándolo. El también se considera distinto, teniendo por ello derecho a un trato especial.
- 11) Inteligencia superior, muy destacado en matemáticas; precoz aprendizaje en lecto-escritura y cálculo. Desinterés por ciencias sociales, naturales y temas reales y prácticos.

- Otros síntomas:

Miedo a insectos, sobre todo los pequeños; carreras antes de dormir; movimientos continuos, dedo-nariz, mano-genitales, en ocasiones; lenguaje: correcta pronunciación, en contraste con la de la región y entorno. Ampuloso, grandilocuente, inadecuado para su edad, hiperlocuaz.

Tabla 4

*CIE 10-F21. Trastorno esquizotípico*

- Afectividad fría y vacía de contenido, a menudo acompañada de anhedonia.
- Comportamiento y apariencia extraños, excéntricos o peculiares.
- Empobrecimiento de las relaciones personales y tendencia al retraimiento social.
- Ideas de referencia, paranoides, extravagantes, creencias fantásticas, sin llegar a ideas delirantes.
- Rumias obsesivas sin resistencia interna: contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.
- Experiencias perceptivas extraordinarias: somatosensoriales, despersonalización, desrealización, ocasionales.
- Pensamiento y lenguaje vagos, metafóricos, muy elaborados, estereotipados, sin llegar a la incoherencia.
- Episodios casi psicóticos con: alucinaciones visuales, auditivas e ideas pseudo-delirantes, sin provocación externa.

*Evolución*

- Curso crónico, con fluctuaciones de intensidad.
- Ocasional evolución hacia la esquizofrenia.

**Antecedentes personales**

Presentó leves anomalías en las diferentes áreas del desarrollo: lenguaje, control de esfínteres, alimentación y sueño. Había sido estudiado por numerosos especialistas.

**Antecedentes familiares**

La madre se define como arisca, retraída, poco afectiva, vehemente, obsesiva, "parecida al niño" y tiene movimientos estereotipados circunstanciales. El padre, nada destacado. Un hermano de seis años, normal. En la familia paterna, son siete hermanos destacando personalidades histéricas; y en la materna, son ocho hermanos, de "carácter fuerte"

**Entrevista con el niño**

Se establece buen contacto. Bien orientado temporoespacialmente. Inquietud psicomotora. Colabora bien en la entrevista, le gusta hablar y realizar los tests psicológicos, se preocupa cuando no sabe alguna pregunta, mostrando ansiedad, que va aumentando progresivamente. Reconoce su problema de relación con compañeros y profesores, y el aislamiento en el colegio y en otros ambientes.

**Exploración psicológica**

*Lecto-Escritura:* Muy buen nivel.

*L. Bender:* buena coordinación visuomotora y nivel madurativo.

*Figura compleja de Rey:* Copia: Por la calidad de reproducción -Pc100; Por tipo de reproducción (III)-Pc75; Memoria: Por la calidad de reproducción-Pc100; Por el tipo de reproducción (III)-Pc75. -Trazado irregular, fragmentado. Falta de capacidad de abstracción en la ejecución de la figura, la realiza iniciando contorno y yuxtaponiendo detalles.

*WISC:* CI Verbal: 126. Superior. CI Manipulativo: 104. Normal-medio. CI Total: 119, Normal-alto. Nivel positivo: Aritmética (sólo falla el último problema, los realiza en tiempos mínimos) y cubos y rompecabezas. Nivel negativo: Comprensión, historias y claves (déficit en el juicio práctico, comprensión y adaptación a situaciones sociales, así como en atención y rapidez motora.

*STAIC:* Ansiedad de estado: Pc10; Ansiedad de rasgo: Pc55.

*Test de frustración.* Se queda bloqueado y tenso ante la primera lámina, no consiguiendo respuestas hasta la realización de la segunda. Predomina el oponerse a la situación, insistir en sus deseos y atacar a los niños (en 11 láminas). Se evade y excusa en cinco y acepta o pide perdón en tres.

*Rorschach.* Inteligencia normal, orientada hacia aspectos abstractos. Tendencia a centrarse en pequeños detalles, como forma de manejo de su entorno, aferrándose a lo más seguro para defenderse. Tipo vivencial de respuesta ambivalente. Usa la ideación para crear fantasía, como defensa ante las dificultades, de forma exagerada. Evita situaciones emotivas, mostrándose lábil ante la expresión de sus afectos. Bajo nivel de autoestima, problemas en las relaciones interpersonales, por incapacidad de establecer contacto positivo. Importante alejamiento y distorsión de la realidad, con dificultad para recibir lo obvio y convencional. Cumple cuatro signos de esquizofrenia en el Rorschach, sin trastornos del pensamiento.

**Orientaciones y tratamiento**

Comenzamos tratamiento con Tioridacina y se dan las adecuadas pautas de conducta a los padres y maestros, para ir modificando sus actitudes, se inicia psicoterapia de apoyo con el niño y en cuatro meses de evolución se aprecia un cambio ostensible en su actitud, sobre todo en sus manifestaciones agresivas y mejorando su relación social, sobre todo con sus compañeros, participando más con ellos.

## Trastorno esquizotípico

El término "Esquizotípico" fue propuesto por Rado<sup>(23)</sup> en 1953, como condensación del "fenotipo esquizofrénico", para definir a una serie de pacientes que presentaban un conjunto de rasgos esenciales de carácter que estaban presentes a lo largo de la vida y se pensaba marcaban una predisposición genética o heredada para padecer esquizofrenia, si eran sometidos a condiciones ambientales particularmente desfavorables. Hipotetizó que las anomalías fundamentales eran: un déficit innato en la experiencia del placer y una conciencia distorsionada de su propio cuerpo, derivando de ellos los demás síntomas manifiestos.

Las personas con este trastorno son aquellas que, como indica Kaplan<sup>(8)</sup>, resultan notablemente extrañas o raras. El pensamiento mágico, las ideas de referencia, ilusiones y despersonalización, forman parte del mundo cotidiano del paciente. Aunque éstos pueden no tener nunca episodios psicóticos manifiestos son aquellos que en las antiguas nomenclaturas eran denominados "esquizofrenias latentes"<sup>(24)</sup> o "pseudoneuróticos"<sup>(25)</sup>.

Según Kendler<sup>(26)</sup>, el concepto de Tr. Esquizotípico se originó de dos tradiciones: la familiar y la clínica. La familiar parte de una serie de estudios que caracterizan a familiares no psicóticos, pero anormales, de pacientes esquizofrénicos que podrían representar variantes fenotípicas en la expresión de genotipo esquizofrénico. Los criterios definitorios de este Tr. Esquizotípico, se encuentran con más frecuencia en pacientes biológicos de esquizofrénicos que en controles. Pero es cuestionable basar el concepto en estos estudios ya que los familiares de esquizofrénicos, raramente solicitan atención psiquiátrica.

La tradición clínica, por el contrario, se ha centrado en describir individuos en la población clínica que parecen mostrar formas "atenuadas o subclínicas" de la esquizofrenia, sin ser psicosis franca o deterioro funcional.

De un modo u otro, el Tr. Esquizotípico va a incluir a una serie de pacientes caracterizados por un comportamiento excéntrico, anomalías del pensamiento y afectividad, que se asemejan a las de la esquizofrenia, pero que no reúnen los criterios suficientes para recibir este diagnóstico y que, según algunos autores, representa la zona límite entre la personalidad esquizoide y la esquizofrenia<sup>(8)</sup>.

Este trastorno no tiene un comienzo definido y su curso y evolución son más bien los de un trastorno de

personalidad, con fluctuaciones de intensidad y muy ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara.

En un reciente estudio de seguimiento, Fenton y McGlashan<sup>(27)</sup>, sobre 75 pacientes con Tr. *borderline* de la personalidad y 30 con Tr. esquizotípico de la personalidad, a lo largo de 15 años, encuentran tres criterios diagnósticos del Tr. esquizotípico según el DSM-III, con valor predictivo para padecer esquizofrenia a largo plazo: el pensamiento mágico, la ideación suspicaz o paranoide y el aislamiento social. No siendo predictivos los criterios diagnósticos del Tr. *borderline*, lo que sugiere que sólo el Tr. esquizotípico pertenecería al espectro esquizofrénico.

En las Clasificaciones Internacionales el Tr. Esquizotípico está incluido en los Tr. de personalidad en la DSM-III y la DSM-III-R. En la CIE-8 y 9 se denomina esquizofrenia latente, dentro de las "Psicosis esquizofrénicas", mientras que la CIE-10, lo estudia como grupo independiente (Tabla 1).

## Tr. esquizotípico de la infancia y adolescencia

En los tratados clásicos de Paidopsiquiatría no se contempla la existencia de este trastorno. Tampoco aparece en ninguna de las Clasificaciones Internacionales como entidad propia de la infancia y adolescencia.

Sólo en la descripción de las DSM-III y R, se cita alguna característica propia de los niños y adolescentes: fantasías o preocupaciones extravagantes.

Steinberg<sup>(6)</sup> en el capítulo 35 del libro de Rutter, lo incluye en los Tr. *borderlines* de la personalidad en la adolescencia, refiriéndose al grupo en conjunto sin realizar ninguna individualización.

Destaca un reciente trabajo de Meijer y Treffers<sup>(28)</sup>, pero trata más ampliamente el Tr. *borderline* en niños y adolescentes y al referirse al Tr. esquizotípico en niños sólo cita un trabajo de Nagy y Szatmari<sup>(29)</sup> los cuales revisan la literatura de este trastorno, del Tr. esquizoide de la infancia, el Síndrome de Asperger y la Psicopatía Autística, insistiendo que las descripciones de los síntomas de los niños con este trastorno, coinciden en muchos aspectos con los criterios del DSM-III para el Tr. esquizotípico.

Serían síntomas comunes: grado extremo de aislamiento social, capacidad deteriorada para la empatía, un déficit en la conducta no verbal y en la comprensión y anomalías del lenguaje, procesos del pensamiento y capacidad de comunicación.

28 Algunos investigadores lo relacionan con el Autismo infantil, basándose en la sintomatología. Otros los sitúan en el espectro esquizofrénico porque los niños con este trastorno, se describen a menudo en los estudios familiares de esquizofrenia.

En consecuencia, está sin aclarar si el Tr. esquizotípico en niños, es una forma leve de Autismo infantil, una variante genética de la esquizofrenia o un trastorno totalmente independiente.

Estos autores<sup>(20)</sup> investigaron los registros clínicos de 20 niños y adolescentes, que tenían al menos dos de los síntomas del DSM-III para el Tr. esquizotípico. Ninguno de ellos presentaba criterios DSM-III para el Autismo infantil, mientras que 18 satisfacían más de tres criterios del Tr. esquizotípico, y podían ser diagnosticados como teniendo también un Tr. Global del desarrollo, si exceptuamos el tener menos de 30 meses de edad.

Esta investigación muestra claramente que hay que examinar más detenidamente el diagnóstico de Tr. esquizotípico en la infancia, ya que parece afectar a un relativo gran número de niños que mostraron serios disturbios en la edad temprana.

En otro estudio, Asarnov y Ben-Meir<sup>(31)</sup>, encontraron que los niños con Tr. esquizotípico presentaban un curso que sería paralelo al de niños diagnosticados de esquizofrenia, un hecho que ya había sido establecido para los adultos<sup>(31)</sup>.

En cuanto al Tr. esquizotípico en la adolescencia, tampoco hay investigaciones a este respecto. En la literatura profesional antigua, sus predecesores diagnósticos están nombrados de pasada. Es mencionado, a veces, en estudios prospectivos, cuando describen el pronóstico de niños y adolescentes y se considera que hay mayores posibilidades de desarrollar una esquizofrenia cuando tienen un padre esquizofrénico.

En cinco de estos niños, Fish<sup>(21)</sup> observó el desarrollo de un Tr. esquizotípico en la adolescencia y habían tenido unos retrasos del crecimiento corporal y desarrollo motor en los primeros años de vida y sentimientos depresivos y de aislamiento en los años de la lactancia.

No conocemos estudios de seguimiento de trastornos esquizotípicos en la adolescencia. En adultos el cuadro permanece estable a través de los años. Un pequeño porcentaje se convierten en esquizofrénicos crónicos y otro grupo muestran alguna mejoría.

Como conclusión de esta revisión bibliográfica, presentamos los criterios diagnósticos del Tr. esquizotípico de la CIE-10 (Tabla 4).

## Caso nº 2: T. Esquizotípico

Varón. 12,2 años.

### **Datos obtenidos de la familia**

Dificultad para la orientación espacial y de lateralidad.

Carácter y conducta: destacan las siguientes características: Nervioso, introvertido, reservado, excéntrico, raro; Triste, caprichoso, miedoso; Dificultad para relacionarse con niños, prefiere los mayores, para que le atiendan; Indiferencia afectiva; Lenguaje ampuloso, rebuscado, vago, metafórico, inadecuado a su edad y al contexto.

### **Entrevista textual del paciente, detallando él sus síntomas**

*Miedos y fobias.* En ocasiones, al verse en el espejo y en la oscuridad, estando solo, percibe una imagen "rara", que le asusta. A la propia muerte. A que le entierren vivo; temor a lo que habrá después. A no poder respirar, estando bajo el agua o a que le entierren vivo. Al silencio. En estas circunstancias, presenta gran ansiedad y ha de huir.

*Complejos.* Inferioridad en general. No es atractivo. Se ve disminuido físicamente. Torpe para los deportes, por lo que es rechazado. Le gusta depender de los adultos y hablar con ellos. Inferioridad económica familiar.

*Pesadillas.* Sobre la muerte, temas de ciencia-ficción, raras y dramáticas.

*Histerismo.* Temor a perder el control. Se siente capaz de asesinar, sin repelerle la idea. Cree que es "medio" homosexual. Tiene sueños de hombres y se siente atraído por algunos.

*Alucinaciones (ocasionales).* Visuales: Cabezas de animales disecados en la butaca de su madre. Auditivas: "Psicofonías", músicas especiales en la cabeza.

*Manías.* Comida: Escrúpulos, rechaza algunos alimentos, "teniendo que estar en su punto de cocción". Necesita tener lugares y utensilios, fijos y propios. Sueño: frecuente insomnio, puerta abierta, luz, se tapa la cabeza con almohada. En verano duerme en el suelo.

### **Carácter y conducta**

Inquieto, desasosegado, incómodo, triste, masoquista. Onicofagia. Tiene pocos amigos, y se ríen de él cuando habla. En ocasiones, mira a un punto fijo,

abstrayéndose y no se entera de nada: "mente en blanco". Le gusta leer libros de parapsicología, "más allá" y brujería.

Opinión que tiene de los padres :Del padre: No recuerda su muerte, quisiera identificarse con él e imitarle; era fuerte, decidido, luchador, "clinismo"; Teme que le rechazara, por no ser él así. Madre: Es Testigo de Jehová, muy dominada por ello, muy antigua, mítica más de religión que de ciencia.

### Interpretación del paciente

Le consideran los compañeros raro y loco. El piensa que puede ser psicótico o psicópata. Lo pasa mal y desea que se resuelva. Ha sido visto por numerosos especialistas en psiquiatría infantil. Cree que es superdotado por su forma de mirar, pensar y comprender, que tiene millones de personalidades y muchos disfraces.

### Exploración psicológica

WISC: CI Verbal: 129. Superior. CI Manipulativo: 87. Normal-bajo. CI Total: 111. Normal-alto. Nivel positivo: vocabulario e historias. Nivel negativo: cifras, figuras incompletas y claves.

*Figura compleja de Rey*: Copia: Por la calidad de la reproducción-Pc75; Por el tipo de reproducción (III)-Pc50. Memoria: Por la calidad de reproducción -Pc45; Por el tipo de reproducción (III)-Pc50. Desestructurada, superpuesta, mala percepción y reproducción.

TEA-2: Verbal: Pc 94. Razonamiento: Pc 50. Cálculo: Pc 65. Total: Pc 75.

STAI-C: Ansiedad estado y rasgo, Pc 85.

CPQ: Inteligencia alta. Emocionalmente poco estable, turbable, poca tolerancia a la frustración. Sensibilidad blanda, impresionable, dependiente. Aprensivo e inseguro.

IAC: Adaptación personal Pc 7; Familiar Pc 10; escolar Pc 60 y social Pc 40.

*Rorschach*: Inteligencia normal con excesiva intelectualización y desorganización por ser sus operaciones psicológicas demasiado complejas. Estilo perceptivo-cognitivo impulsivo, cometiendo errores perceptivos. Posible vivencia de "los otros" de forma irreal, con dificultad para el contacto directo y positivo. Vivencia de desestructuración con tensión interna y estrés que determina confusión de sentimientos y estado afectivo doloroso. Afectividad lábil y descontrolada con signos de desadaptación y con escasa tolerancia al

estrés y a la frustración. Distorsión y alejamiento de la realidad. Dificultad para percibir lo obvio y convencional. Presenta cinco signos de esquizofrenia en el Rorschach.

### Orientaciones y tratamiento

Por sus características llamaba la atención entre familiares, colegio y ambiente social. Los adultos le estimulaban para que hablara y contara sus "cosas", le consideraban raro, como un bufón, lo que potenciaba sus síntomas. Mantuvimos relación con las hermanas casadas, que comprendieron mejor la situación, dando las orientaciones adecuadas para que fueran modificando las circunstancias ambientales. Iniciamos con él terapia de apoyo y orientativa, para que también fuera adecuando su conducta y relaciones sociales. Prescribimos tratamiento con Trifluoperacina. Durante un año le controlamos en todos los aspectos, apreciando la desaparición de los síntomas más estructurados (temores, fobias, experiencias sensoriales extraordinarias, así como anomalías del contacto social). Le revisamos ahora, al año de la última entrevista. Persisten las características del lenguaje, tendencia al desvío de la mirada al hablar y sigue teniendo alguna preocupación al pensar en la muerte y en algunos momentos en el silencio. Sigue considerándose distinto y superior a sus compañeros y algunos adultos, pero no le supone problemas de relación.

### CONCLUSIÓN

Con nuestro trabajo hemos pretendido ilustrar la existencia de estos dos cuadros claramente definidos ya desde edades tempranas. La psicopatología, no siempre es fácil de valorar y esto hace que el diagnóstico en ocasiones se retrase, como en estos dos casos, lo que repercute negativamente en la evolución de los cuadros.

El tratamiento según nuestra experiencia, irá orientado en dos sentidos: Farmacológico sintomático en aquellos casos que sea necesario, por alteraciones del pensamiento o de la percepción, por ansiedad o agresividad excesivas.

Psicológico del paciente para mantenerlo dentro de la realidad y estimular las relaciones interpersonales y tratamiento de apoyo a la familia y escuela, para que colabore en estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ruiz Ogara C. Los estados limítrofes ("Borderlines"). En: López Ibor JJ, Ruiz C, Barcia D. *Psiquiatría*. Barcelona: Toray, 1982:792-795.
- 2 Mendiguchía FJ. *Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid: Del castillo, 1980.
- 3 Ajuriaguerra FJ. *Manual de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Barcelona: Toray-Masson, 1973.
- 4 Mazet Ph, Houzel D. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona: Médica y Técnica, 1981.
- 5 Lansier C, Olivier-Martin R. *Personalités pathologiques*. Paris: E.M.Q., 1993.
- 6 Steinberg D. Psychotic and other severe disorders in adolescence. En: Rutter M, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry, Modern Approaches*, 2ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.
- 7 Petti TA, Vela RM. Borderline Disorders of Childhood. An overview. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;**29**(3):327-337.
- 8 Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1989.
- 9 Levin MD, Carey WB, Croker AC, Gross RT. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1983.
- 10 DSM-III. *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1983.
- 11 DSM-III-R. *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988.
- 12 CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1992.
- 13 Kanner L. *Psiquiatría Infantil*. Buenos aires: Paidós-Psique, 1966.
- 14 Rutter M, Schopler E. *Autismo*. Madrid: Alhambra Universidad, 1984.
- 15 Asperger H. Autismo en la edad infantil. *Folia Clínica Internacional* 1969;**XIX**(2):76-92.
- 16 Van Krevelen D. Early infantile autism. *Zschr Kdpsych* 1952:19.
- 17 Rutter M, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry, Modern Approaches*, 2ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.
- 18 Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981;**11**:115-130.
- 19 Wolffs, Barlow A. Squizoid personality in childhood: a comparative study of schizoid, autistic and normal children. *J Child Psychol Psychiat* 1979;**20**:19-46.
- 20 Wolff S, Chick J. Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study. *Psychol Med* 1980;**10**:85-100.
- 21 Fish B. Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. *Schizophrenia Bulletin* 1987;**13**(3):395-403.
- 22 Fish B, Marcus J y cols. Infants at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. *Arch Gen Psychiatry* 1992;**49**:221-235.
- 23 Rado S. Dynamics and classification of disordered behavior. *Am J Psychiatry* 1959;**110**:406-416.
- 24 Zillborg G. Ambulatory schizophrenias. *Psiquiatry* 1941;**4**:149-155.
- 25 Hoch P, Polantin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly* 1949;**23**:248-276.
- 26 Kendler KS. Diagnostic approaches to squizotypal personality disorder: a historical perspective. *Schizophr Bull* 1985;**11**:538-553.
- 27 Fenton WS, Mcglashan Th. Risk of schizophrenia in character disorder patients. *Am J Psychiatry* 1989;**146**:1280-1284.
- 28 Meijer M, Treffers Ph. Borderline and squizotypal disorders in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry* 1991;**158**:205-212.
- 29 Nagy J, Szatmari P. A chart review de squizotypal personality disorders in children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1986;**16**:351-367.
- 30 Asarnov JR, Ben-Meir S. Children with squizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1988;**29**:477-488.
- 31 Mcglashan TH. Schizotypal personality disorder chestunt. Lodge follow-up study: VI Long Term follow-up perspectives. *Archives of General Psychiatry* **34**:329-334.