

M. Tesouro Cid

Edad y formas de inicio de la esquizofrenia infantil

Unidad de Psicología Infantil.
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona

Age and types of onset of child schizophrenia

RESUMEN

Se ha revisado la bibliografía sobre el inicio de la esquizofrenia infantil desde el año 1942 al año 1991 y se ha llegado a la conclusión de que, a pesar de que la esquizofrenia infantil constituye una de las patologías más graves, existe todavía actualmente el problema del diagnóstico precoz y por consiguiente se ha visto que no existe acuerdo entre los distintos autores respecto a la edad de inicio de esta patología. Así, antes de 1985 más del 80% de los autores revisados consideran que la esquizofrenia infantil es poco frecuente o inexistente antes de los 10 años, mientras que a partir de 1985 un 90% de autores, aproximadamente, considera que tiene lugar a partir de los ocho años. Un hecho a destacar es que entre 1980 y 1985 algunos autores observan que un número pequeño de niños identificados como autistas infantiles más tarde desarrollan esquizofrenia y esta última consideración da lugar a recientes investigaciones que manifiestan que los niños con una historia previa de autismo tienen un principio significativamente anterior, entre los seis y nueve años. Finalmente, en los últimos estudios se ha llegado a la conclusión de que la presencia de esta enfermedad en familiares de primer grado no influye

en la edad de principio de esquizofrenia. Respecto a las formas de inicio, se consideran cuatro formas -forma progresiva o insidiosa, forma de principio agudo, forma cíclica y forma monosintomática- si bien hay que señalar que últimamente se cuestiona la forma de esquizofrenia infantil de principio agudo, siendo la más frecuente la forma progresiva o insidiosa.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia infantil. Inicio. Formas clínicas

ABSTRACT

After researching all published material about the onset of child schizophrenia from 1942 to 1991, and despite this illness being recognised as one of the most serious pathologies, the precocious diagnostic problem still exists. Consequently, there's no mutual agreement between the different authors in respect to the age of the beginning of this pathology. Before 1985 more than 80% of research authors considered that child schizophrenia was less frequent or

nonexistent before the age of 10 whereas after 1985 approximately 90% of authors considered that it appears to start from the age of eight. As a remarkable fact is that between 1980 and 1985 some authors observed that a small percentage of children, identified as infantile autistic, later on develop schizophrenia. This last consideration leads to the recent research that shows that children with previous history of autism are identified younger as being schizophrenics (between 6 and 9 years). Finally, the latest studies conclude that having 1st degree relatives with this disease does not influence on the age of onset of schizophrenia. There have to be considered four different ways of beginning: the progressive or insidious type, the acute onset type, the cyclical type and the monosymptomatic type, although recently doubt has been cast on the second type and the more frequent are the progressive or insidious type.

KEY WORDS

Child schizophrenia. Onset. Clinical types.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar hay que destacar que los síntomas que conducen a la esquizofrenia hacen que ésta sea una de las patologías más graves. No obstante, el problema del diagnóstico de la misma todavía no está resuelto ya que las diferencias en las técnicas de clasificación y más aún, en su interpretación, impiden estudios comparables de esta entidad nosológica. Así mismo, tampoco existe acuerdo, ni entre los clínicos ni entre los estudios epidemiológicos, sobre cuáles son los síntomas centrales o peculiares de dicha entidad. Evidentemente, este problema se acentúa ante la pretensión de establecer un diagnóstico precoz, es decir, ante el reconocimiento de los síntomas iniciales, edad y formas de comienzo de la patología (Humbert y Salvador, 1987).

Por otra parte, formas idénticas de esquizofrenia en fenomenología a aquellas vistas en adultos han sido conocidas durante al menos los pasados 60 años como las ocurridas en niños (Bender, 1942; Despert, 1938; Kraepelin, 1971; Potter, 1933). Por consiguiente, poco es conocido sobre el desarrollo de síntomas en niños

esquizofrénicos o a cerca del curso subsiguiente de principios de desórdenes esquizofrénicos en la niñez, menos que los conocidos sobre los principios de esquizofrenia en adultos. No obstante a continuación se han revisado una serie de estudios realizados sobre la esquizofrenia infantil desde el año 1942 al 1991 y se tratará tanto la edad de inicio como sus formas y síntomas iniciales.

EDAD DE PRINCIPIO DE ESQUIZOFRENIA INFANTIL

Primeramente, se puede señalar que es difícil saber la edad de inicio de la esquizofrenia infantil y no existe acuerdo entre los distintos autores. Sí, antes de 1985 más del 80% de los autores revisados consideran que la esquizofrenia infantil es poco frecuente o inexistente antes de los 10 años, resultando difícil conocer la edad de inicio. A continuación se presentan unos ejemplos, después de revisar estudios anteriores a la última década.

Kolvin, Ounsted, Humphrey y McNay (1971) examinaron historiales previos a la esquizofrenia ocurrida antes de los 15 años de edad y encontraron la preexistencia de conductas anormales en el 87% de los casos, con principios de transformaciones lentas, mostrando insidia que nos hacía ver que la edad del principio de la esquizofrenia era extremadamente difícil de conocer.

Respecto a la edad de inicio, Kolvin (1971) y Makita (1966) encontraron una distribución bimodal de edades de principio de desórdenes severos en la infancia, siendo más frecuentes antes de los 30 meses o después de los 10 años de edad y extremadamente raros entre esos dos años. De esta manera, el trabajo de Kolvin y cols. (1971) ha sido interpretado como indicador de que los casos de principio temprano pueden ser mirados como autismos infantiles y los casos de inicio tardío pueden ser igualados con la esquizofrenia (Gottesman y Shields, 1982).

Fish (1977), en un estudio prospectivo de niños de madres esquizofrénicas, encontró algunos que desarrollaron esquizofrenia a la edad de 10 años si bien tenían anomalías motoras y visual motoras empujadas en la infancia.

No obstante, tenemos dos estudios más recientes, de la última década, que examinaron los síntomas en niños

52 diagnosticados como esquizofrénicos usando criterios del DSM III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980).

Green, Campbell, Hardesty, Grega, Padron-Gayol, Shell y Erlenmeyer-Kimling (1984) compararon niños que desarrollaron esquizofrenia antes de los 12 años de edad con niños autistas y sus resultados fueron similares a aquellos de Kolvin y cols. (1971), con principios evaluados como agudos en sólo el 21% de niños esquizofrénicos.

Kydd y Werry (1982) describieron casos que desarrollaron esquizofrenia antes de los 16 años de edad y, al igual que en las investigaciones de Kolvin y cols., el principio antes de los 11 años era raro y en algunos niños antecedían síntomas depresivos a los principios de esquizofrenia para períodos de un mes a dos años.

Por otra parte, *entre 1980 y 1985 algunos autores observan que un número pequeño de niños identificados como autistas infantiles más tarde desarrollan esquizofrenia*. De esta manera, tenemos, entre otros, los siguientes estudios:

Cantor, Evans, Pearce y Pezzot-Pearce (1982) estudiaron niños y adolescentes con esquizofrenia, viendo que algunos niños tenían síntomas de autismo infantil temprano, anterior a los 30 meses.

Petty, Ornitz, Michelman y Zimmerman (1984) en su estudio donde los niños eran observados antes de la aparición de la esquizofrenia, presentaron casos que tenían un criterio de diagnóstico para autistas infantiles desarrollando subsiguientemente esquizofrenia.

Consecuentemente, estos dos últimos estudios proporcionan evidencias preliminares para tener intrigas de que posiblemente un número pequeño de niños identificados como autistas durante la infancia podían más tarde desarrollar síntomas de esquizofrenia y esta consideración da lugar a recientes investigaciones.

De esta forma, siguiendo esta línea, *a partir de 1985 un 90% de los autores revisados consideran que la esquizofrenia tiene lugar a partir de los ocho años y que los niños con una historia previa de autismo tienen un principio significativamente anterior (entre seis y nueve años)*. En este sentido existe el estudio de Watkins, Asarnow y Tanguay (1988) que se diferencia de los previos estudios de esquizofrenia en niños en varios aspectos importantes:

1) Es el primer estudio que sistemáticamente evalúa síntomas y comportamientos de un grupo de niños esquizofrénicos en rangos discretos de edad, desde el nacimiento a los 12 años, y por lo tanto niños antes de

la pubertad que tienen un criterio de DSM III para esquizofrenia.

2) Otro aspecto es que los estudios previos habían definido un principio de niñez más amplio para incluir niños por encima de los 12 años (Green y cols., 1984), de los 15 años (Kolvin y cols., 1971) y de los 16 años (Kydd y Werry, 1982) de edad, incrementando el riesgo de que las muestras no fueran limitadas a niños prepubertales.

3) Finalmente, este estudio fue restringido a niños no retardados, considerando que la mayoría de niños autistas son retardados (Rutter, 1970).

Hay que señalar que Watkins, Asarnow y Tanguay, (1988) emplean un criterio retrospectivo, similar al que usaron en los estudios de esquizofrenia de adultos (Watt y Lubensky, 1976), realizando una copia de todos los registros incluidos en las escuelas, en hospitales y otros registros de un grupo de niños que habían empezado a ser esquizofrénicos y eran examinados y evaluados objetivamente en cada una de las edades. De esta forma se observó que *la aparición o principio inicial de esquizofrenia ocurre prioritariamente después de los ocho años*. Este estudio es consistente con las distribuciones de edades característica de autismo y esquizofrenia descritas por Makita (1966) y Kolvin y cols. (1971), ya que los resultados revelan una distribución bimodal de años de principio de desórdenes severos en la infancia (antes de los 30 meses o después de los ocho años, en el estudio de Watkins y cols. (1988)).

Otro punto a considerar es que en este último estudio se comparan los modelos de principios y desarrollo de síntomas asociados con la presencia o ausencia de síntomas autísticos durante la infancia y se comparan los niños esquizofrénicos con historial de autismo entre 0 y 30 meses y niños esquizofrénicos sin historial de autismo, viendo que *los niños con una historia de autismo infantil tenían un principio significativamente más temprano de esquizofrenia (entre seis y nueve años)* que los niños sin historial de autismo. Más aún, no había casos de esquizofrenia ocurridos antes de los nueve años de edad sin que los niños hubieran tenido una historia previa de autismo infantil y la esquizofrenia tal como era definida por el DSM III estaba totalmente ausente antes de los seis años de edad.

También se ha visto que *las niñas parecen tener mejores historias anteriores a la enfermedad que los niños y el principio de esquizofrenia más tardío*. Hay que

señalar que las diferencias de sexo encontradas en este estudio son paralelas a aquellos informes en historias tempranas de adultos esquizofrénicos, donde era más probable que los hombres mostraran signos tempranos de desviación de desarrollo que las mujeres (Goldstein, 1980; Mednick, Schulsinger, Teasdale, Schulsinger, Venables y Roch, 1978). También, la preponderancia de los hombres sobre los niños con un historial de autismo es consistente con los informes de proporciones de sexo para niños autistas (De Myer, Hingten y Jackson, 1981).

Finalmente, respecto a la edad de inicio de la esquizofrenia, se puede señalar el estudio de Shimizu, Kurachi, Yamaguchi, Torii e Isaki (1988) en el que se investigó el principio de edad de esquizofrenia diagnosticada, usando el criterio DSM III, y la presencia o ausencia de esta *enfermedad en sus familiares* de primer grado en el cual encontraron que esta relación *no era significativa respecto a la edad de principio de dicha enfermedad*.

FORMAS DE INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL

A continuación se consideran cuatro grupos entre las formas de comienzo de la enfermedad, basadas en la continuidad o discontinuidad del desarrollo mórbido y en la rapidez de su evolución.

Las formas progresivas o insidiosas

Son aquellas que presentan la mayor continuidad en su desarrollo y conducen lentamente al niño desde la predisposición caracteriológica o neurótica hasta la esquizofrenia. Presentan el interrogante de si estamos ante un trastorno de la personalidad premórbida, o bien ante la sintomatología precoz de la enfermedad. Existe un debilitamiento de la actividad que se caracteriza por la pérdida de rapidez del alumno que era bueno, su desinterés... También existe una modificación de la afectividad ya que el niño se retrae sobre sí mismo, le falta atención y se muestra indiferente ante las penas y las alegrías. Se desarrolla la hostilidad hacia la familia y modificaciones en el carácter que sorprenden a los que rodean al niño enfermo (tendencia al aislamiento, agresividad y trastornos de conducta en general). Finalmente existe una invasión progresiva del delirio que en ocasiones se manifiesta en rarezas de comportamiento.

Otro aspecto a señalar es que con frecuencia, sólo

después de varios años, un niño más o menos bien tolerado en la familia y en la escuela es enviado a la consulta, aunque sin embargo, ya presentaba trastornos de carácter y otras conductas extrañas. En realidad, la intervención se hace indispensable debido a que los trastornos son cada vez más molestos a medida que la sociabilidad se deteriora y que aumentan las dificultades escolares.

Finalmente se advierte en diferentes estudios que el pronóstico es particularmente malo cuando la fase prodrómica es insidiosa.

Esquizofrenia de comienzo agudo

A la inversa, la enfermedad puede empezar por un gran acceso delirante o catatónico. Son las *esquizofrenias de comienzo agudo* que se manifiestan a veces de una manera aislada por lo que a menudo se consideran como reactivas. Se dan crisis delirantes y alucinatorias agudas. También se dan estados de excitación, depresivos y de confusión.

La mayoría de los autores admiten que las ideas propiamente delirantes sólo aparecen en el niño mayor de seis años y que en los niños menores se observan más bien sentimientos delirantes. No obstante, el niño puede presentar a cualquier edad trastornos de desrealización o despersonalización. También se apunta que el síndrome alucinatorio es raro antes de los ocho años y las alucinaciones del niño se diferencian de las del adulto por la mayor simplicidad, la ausencia de sistematización y por la mayor relación con la situación familiar.

En los últimos estudios, un punto a destacar es que la seguridad del comienzo agudo es casi siempre discutible porque depende exclusivamente del juicio de la familia, y nada prueba que un síntoma no existiera antes del día en que la familia se inquietó por él y haya pasado inadvertido. Así, el comienzo se sitúa a veces en la fecha de la hospitalización requerida por la aparición de trastornos muy espectaculares; por lo tanto puede ser difícil poner en evidencia una brusca ruptura en la línea de desarrollo del niño entre la personalidad anterior y el momento en que aparecen trastornos que el médico o la familia juzgan patológicos debido a que casi siempre existe un período de disfunción psicológica progresiva.

Forma cíclica

Entre estas dos formas, que se oponen por su tiempo evolutivo, pueden situarse aquellas otras en las que

- 54 intermitentemente aparecen grandes episodios que constituyen una evolución en *forma cíclica* por asaltos progresivos sobre un fondo esquizoide.

Forma monosintomática

Por último, el comienzo puede presentarse como la *forma monosintomática*, con la aparición de síntomas tanto más desconcertantes cuanto que se dan aislados. se trata de comportamientos impulsivos graves (como agresiones) sin que el niño pueda dar una explicación.

Finalmente se puede decir que el poliformismo de los modos de comienzo y la falta de especificidad neta en los cuadros clínicos crean una dificultad para el clínico que debe saber analizar bien los síntomas, seguir su evolución y diferir prudentemente su diagnóstico. Esta dificultad nos muestra de alguna manera que la esquizofrenia no está en el comienzo de la evolución sino en el final.

SÍNTOMAS INICIALES DE LA ESQUIZOFRENIA

Primeramente hay que remarcar que algunos de los síntomas iniciales ya han sido señalados en el apartado de las formas de inicio si bien a continuación se remarcarán algunos de los que más destacan.

Un primer aspecto a considerar son los *trastornos cognitivos*, evaluados clínicamente, que aparecen previa, concomitante y/o consecuentemente a una gran parte de los episodios esquizofrénicos y son unas alteraciones que se caracterizan por ser relativamente estables si bien son inespecíficas de la esquizofrenia, aunque se dan con mayor frecuencia en ésta que en otros tipos de trastornos mentales. En el estudio de Caplan, Perdue, Tanguay y Fish (1990) se vio que los niños esquizofrénicos y esquizotípicos tenían significativamente más pensamientos ilógicos y pérdidas de asociación que los niños normales y cuanto más pequeños eran los niños más pensamientos ilógicos y pérdidas de asociación tenían.

Otro síntoma, es la *desviación en las relaciones sociales y en la comunicación*. Los resultados del estudio de Asarnow, Goldstein y Ben-Meir (1988) indican, significativamente, un mayor valor de desviación de comunicación en padres de niños esquizofrénicos y esquizotípicos que en padres de niños con depresión

mayor y desórdenes distímicos, observándose que los niños esquizofrénicos y esquizotípicos de familias con alta desviación de comunicación muestran mayores daños severos y más disfunciones atencionales. No obstante, en el estudio de Merino y Pereira (1990) se dice que el hecho de que la desviación de la comunicación esté presente en familias de esquizofrénicos y no en otras familias, no aclara la cuestión de si esta perturbación es anterior al comienzo de la esquizofrenia o una reacción de la familia ante este trastorno.

Por otra parte, algunos de los estudios de los últimos años sobre los síntomas iniciales de la esquizofrenia infantil, como por ejemplo el estudio de Watkins, Asarnow y Tanguay (1988), diferencian los niños esquizofrénicos con un principio de síntomas autísticos durante la infancia de los niños esquizofrénicos sin un historial previo de autismo y se estudian según las edades de inicio:

a) *Los niños con un principio de síntomas autistas durante la infancia* tienden a continuar teniendo más síntomas de autismo hasta el principio de la esquizofrenia, que tal como ya se ha dicho es más temprano (6-9 años), que en los niños que no presentan síntomas de autismo, los cuales son menos perjudicados severamente,

Los síntomas de esquizofrenia de seis a nueve años en la mayoría de estos niños consisten principalmente en incoherencias, pérdidas de asociación, otros síntomas de desórdenes de pensamiento formal y bajada de tono o afectos inapropiados.

En cambio, de 9 a 12 años se ha visto que presentan déficits de lenguaje severos más persistentes que los niños sin historial previo de autismo en los cuales decrecen gradual y considerablemente. Esta perturbación es una muestra de su desorden global del pensamiento y de su incapacidad para organizar e integrar los conocimientos en la forma de pensamiento lógico. La mayor parte muestran desviaciones en lo que se refiere a la calidad, el tono, la intensidad, la duración, el ritmo, la entonación, la articulación y el empleo de los refuerzos faciales y corporales porque, en efecto, los niños esquizofrénicos son incapaces de expresar las variaciones emocionales por medio del sonido de su voz.

En este intervalo de edades, sin embargo, la mayoría desarrollan significativos diagnósticos de delirios y alucinaciones en adición a los desórdenes de pensamiento formal y bajada de tono o afectos inapropiados, es decir, hay un gradual aumento de los síntomas de esquizofrenia

que se superponen a los síntomas persistentes autísticos. Incluso, en muchos estudios se ha visto que cuanto mayor es el niño, tanto más complejos son los fenómenos alucinatorios y a partir de la edad de nueve años algunas alucinaciones empiezan a estar bien organizadas y sistematizadas.

Consecuentemente, entre 9 y 12 años, las diferencias en los síntomas, entre los niños esquizofrénicos con un historial previo de autismo y los niños esquizofrénicos sin un historial previo, desaparecen debido a que en estas edades aumentan las alucinaciones y delirios en ambos grupos.

b) *Los niños esquizofrénicos sin un historial previo de autismo* muestran un gradual aumento de empeoramiento de síntomas si bien tienen menores perturbaciones durante la infancia. No obstante, la mayoría de estos niños tienen unos significativos retardos de desarrollo comenzados en la infancia.

Al evaluar los síntomas prodromales o previos de estos niños, en las edades inmediatamente precedentes al principio de la esquizofrenia se ha visto que la gran mayoría presentan deterioros sociales y presencia de como mínimo uno de los cinco síntomas de pródromos de la escala DSM III en el rango de edad inmediatamente precedente al principio de esquizofrenia: excesiva ansiedad y pánico, inhibición o afectos inapropiados, pensamientos mágicos, supersticiones y ansiedad social indebida e hipersensibilidad a críticas.

Entre 9 y 12 años, tal como se ha apuntado, los síntomas de esquizofrenia no se diferenciaban significativamente entre los niños con una historia previa de autismo o sin historial de autismo; sin embargo, en adición a los síntomas de esquizofrenia, en los niños sin historia previa de autismo se observan síntomas asociados con la *depresión* al tiempo del principio de esquizofrenia.

El descubrimiento de que un número de síntomas depresivos aparece próximo a la edad del principio de

esquizofrenia es consistente con las informaciones de que síntomas depresivos a menudo acompañan al principio de esquizofrenia en adultos (Strauss y Carpenter, 1981) y con la información de Kydd y Werry (1982) de síntomas depresivos cercanos al tiempo de principio de esquizofrenia en niños por debajo de los 16 años de edad. En adición, el descubrimiento de que los síntomas depresivos eran más comunes en los niños sin historia previa de autismo es consistente con la explicación de Asarnow y Ben-Meir (1988) que informan de daños severos en la adaptación social mostrados por niños esquizofrénicos y esquizotípicos y menor severidad de empeoramiento anterior a la enfermedad en niños esquizofrénicos con síntomas depresivos.

Otra consideración es que en todos los niños se veían síntomas asociados con la *hiperactividad*: problemas de habla, actos de niñez para su edad, pobre trabajo en la escuela, fantasías, no pueden concentrarse, impulsivos, hiperactividad general y confusionismos.

Finalmente, en general se puede remarcar que las tempranas historias de los niños esquizofrénicos están más lejos de ser benignas, viéndose que hay más síntomas severos y empeoramientos sociales antes de inicio de la esquizofrenia en estos niños, que son vistos en los historiales de niñez de los adultos esquizofrénicos (Goldstein, 1980; Watt y Lubensky, 1976). En el estudio de Watkins, Asarnow y Tanguay (1988) los resultados también revelan una temprana y más severa emergencia de síntomas siendo consistente con las informaciones de Asarnow y Ben-Meir (1988). Estos resultados soportan la visión de que la esquizofrenia ocurrida antes de la adolescencia es una forma más severa de esquizofrenia que la de principio en los adultos (Fish, 1977) y también se puede señalar que la esquizofrenia de principio agudo tiene unos resultados previos más pobres.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Asarnow JR, Goldstein MJ, Ben-Meir S. Parental communication deviance in childhood onset schizophrenia spectrum and depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1988;29(6):825-838.
- 2 Asarnow JR, Ben-Meir S. Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1988;29(4):477-488.
- 3 Bender L. Child schizophrenia. *Nervous Child* 1942;1:138-140
- 4 Cantor S, Evans J, Pearce J, Pezzot-Pearce T. Childhood schizophrenia: Present but not accounted for. *American Journal of Psychiatry* 1982;139:758-762.
- 5 Caplan R, Perdue S, Tanguay PE, Fish B. Formal Thought Disorder in Childhood Onset Schizophrenia and Schizotypal Personality Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1990;31(7):1103-1114.
- 6 Demyer MK, Hingtgen JN, Jackson RK. Infantile autism reviewed: A decade of research. *Schizophrenia Bulletin* 1981;7:388-451.

- 56 7 Despert JL. Schizophrenia in children. *Psychiatry Quarterly* 1938;**12**:366-371.
- 8 Fish B. Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children. *Archives of General Psychiatry* 1977;**34**:1297-1313.
- 9 Goldstein MJ. The course of schizophrenic psychosis. En: Brim OG, Kagan J. *Constancy and change in human development*. Cambridge: Harvard University Press, 1980:325-358.
- 10 Gottesman II, Shields J. *Schizophrenia: The epigenetic puzzle*. Cambridge University Press.
- 11 Green WH, Campbell M, Hardesty AS, Grega DM, Padron-Gayol M, Shell J, Erlenmeyer-Kimling L. A comparison of schizophrenic and autistic children. *Journal of the American Academy Child Psychiatry* 1984;**23**:399-409.
- 12 Humbert M, Salvador L. Formas de inicio de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1987;**14**(2):93-103.
- 13 Kolvin I. Studies in childhood psychoses: I. Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry* 1971;**118**:381-384.
- 14 Kolvin I, Ounsted C, Humphrey M, McNay SA. Studies in childhood psychoses: II The phenomenology of childhood psychoses. *British Journal of Psychiatry* 1971;**118**:385-395.
- 15 Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Huntington: Krieger, 1971.
- 16 Kydd RR, Werry JS. Schizophrenia in children under 16 years. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1982;**12**:343-357.
- 17 Makita K. The age of onset of childhood schizophrenia. *Folia Psychiatrica Neurologica* 1966;**20**:111-121.
- 18 Mednick SA, Schulsinger F, Teasdale TW, Schulsinger H, Venables PH, Roch DR. Schizophrenia in high risk children: Sex differences in predisposing factors. En: Serban G. *Cognitive defects and the development of mental illness*. New York: Brunner/Mazel, 1978:169-197.
- 19 Merino H, Pereira M. Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de Psicología* 1990;**6**:11-19.
- 20 Petty LK, Ornitz EM, Michelman JD, Zimmerman EG. Autistic children who become schizophrenic. *Archives of General Psychiatry* 1984;**41**:129-135.
- 21 Potter HW. Schizophrenia in children. *Amer J Psych* 1933;**89**:1253-1270.
- 22 Rutter M. Autistic children: Infant to adulthood. *Seminars in Psychiatry* 1970;**2**:435-450.
- 23 Shimizu A, Kurachi M, Yamaguchi N, Torii H, Isaki K. Does family history of schizophrenia influence age at onset of schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand* 1988;**78**(6):716-719.
- 24 Strauss JS, Carpenter WT. *Schizophrenia*. New York: Plenum Publishing, 1981.
- 25 Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE. Symptom development in childhood onset schizophrenia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1988;**29**(6):865-878.
- 26 Watt NF, Lubensky AW. Childhood roots of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1976;**44**:363-375.