

Evolución de las psicosis infantiles: estudio de seguimiento de 20 casos durante un período de 8 a 20 años

C. Gómez-Ferrer Górriz (1), A. Fernández Moreno (2), M.ª E. Ruiz Fernández (3), D. Barcia Salorio (4)

Murcia

RESUMEN

Se realiza un estudio de seguimiento de 20 casos diagnosticados, en la infancia, de diversas formas de psicosis infantiles precoces. Tras una evolución entre 8 y 20 años, tienen edades comprendidas entre los 12 y 25 años.

Se revisa su situación actual, nivel de aprendizaje, exploración psicométrica y psicopatológica y se emite un diagnóstico. Se realiza un análisis comparativo con los mismos datos de la infancia para valorar su evolución.

Palabras clave: Psicosis infantiles. Seguimiento. Evolución.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la antigüedad en el reconocimiento de la existencia de psicosis infantiles,

(1) Jefe de Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

(2) Jefe de Servicio de Psiquiatría.

(3) Profesora Titular de Psiquiatría.

(4) Catedrático de Psiquiatría.

Departamento de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital General. Plaza Circular n.º 11, 3.ª A. 30008 - Murcia.

Participación a la Ponencia: «Epidemiología en Psiquiatría Infanto-Juvenil» - VI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil - Barcelona. - Mayo de 1990.

que todo el mundo sitúa en la descripción de la demencia precocísima por Sancte de Sanctis (1906)¹, existen cuestiones básicas sobre las cuales no hay consenso entre los diferentes autores: la independencia o no de los diferentes cuadros descritos, la relación entre la esquizofrenia infantil y la del adulto y los signos pronósticos de las psicosis infantiles.

Respecto a la independencia o no de los distintos cuadros, la atención suele centrarse en el autismo infantil y la esquizofrenia infantil, siendo las opiniones contradictorias.

En una revisión relativamente reciente de este problema, realizada por Petty y cols. (1984)², estos autores señalan que las diferentes opiniones pueden ser ordenadas en tres grupos: 1 - Autores que piensan que el autismo infantil es la primera manifestación de la esquizofrenia (Kanner, 1949)³. 2 - Que el autismo infantil debe ser considerado como un subgrupo de la esquizofrenia infantil (Bender, 1956)⁴. 3 - Que ambas condiciones, el autismo infantil y la esquizofrenia infantil, deben ser consideradas como independientes (Rutter y Loyckyer, 1967)⁵; (D.S.M. - III)⁶.

Naturalmente hay datos que apoyan estas posturas. Así, los hechos que soportan la historia de la independencia son básicamente: la aparición más precoz del autismo, la rareza de una historia familiar esquizofrénica entre los autistas, la diferente situación socioeconómica

que es, por lo general, más baja en la esquizofrenia y la repetida constatación de no existir autismo infantil en los estudios catamnéticos de la esquizofrenia del adulto. Parece ser que, en relación con esto último, hay un solo caso comunicado por Darr y Wonder (1951) de una mujer que a los 28 años mostraba un cuadro esquizofrénico, y que en la infancia tuvo un claro cuadro de autismo infantil de L. Kanner (Petty y cols., 1984)².

Frente a estos puntos de vista, una serie de estudios prospectivos ponen de manifiesto la posible relación entre esquizofrenia y autismo, dado que en el curso de la evolución de niños con autismo infantil, claro y demostrado, terminan haciendo un cuadro esquizofrénico (Havelkova, 1968)³; (Reiser y Brown, 1964)⁴. Quizás haya sido L. Bender una de las autoras que más repetidamente defiende este punto de vista. Así, en un estudio de seguimiento de 50 niños diagnosticados de autismo infantil siguiendo los criterios de L. Kanner, comenzando el cuadro con anterioridad a los 2 años, observó que el 90% terminaban haciendo, al llegar a adulto, un cuadro de esquizofrenia (1972)⁵.

Otros autores, aunque puedan mantener la tesis de la independencia del autismo y la esquizofrenia, sin embargo, al describir la evolución sufrida por los autistas, tienden a señalar rasgos que son característicos de formas residuales esquizofrénicas (Rutter y cols., 1967)⁶.

Uno de los problemas fundamentales en relación con el tema que comentamos reside, como señalan Petty y cols. (1984)², en que en muchas ocasiones no se hacen precisiones respecto a los criterios utilizados para el diagnóstico de psicosis esquizofrénica. Estos autores pudieron seguir tres casos de niños autistas, los cuales desarrollaron al llegar a la adolescencia un cuadro claro de esquizofrenia.

Otra de las razones de la disparidad de los puntos de vista puede deberse a la utilización de diferentes metodologías, lo cual es válido para el problema nosológico y también respecto al tema de la evolución de los cuadros psicóticos, un aspecto al que nos referiremos más adelante.

Manzano (1982)¹¹ organiza los estudios sobre la evolución de los niños psicóticos en dos grandes grupos: estudios catamnéticos realizados sobre poblaciones extensas, caracterizados por ser estudios «transversales», limitados en el tiempo y que no tiene en cuenta el conjunto de la evolución como un proceso continuo. A pesar de la rigurosidad metodológica se puede llegar a conclusiones que no expresen la complejidad de los problemas tratados. Cita, entre otros, como relevantes los estudios de Eisenberg y Kanner, 1955; Creak, 1963; Rutter y cols., 1967; Rutter, 1970; Kanner y cols. 1972, etc.

El otro grupo de estudios se caracteriza por el análisis de uno o pocos casos pero analizados en profundidad, en general desde planteamientos psicodinámicos y metapsicológicos realizados durante el tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico. Aquí refiere los trabajos de M. Klein, 1930; Levobici y Mc Dugal, 1960, 1978; Rodríguez, 1965, etc.

Una posición intermedia es la realizada por Manzano (1982)¹¹ que analizó a 21 casos que pudo seguir durante cuatro a seis años, pero que analizó en profundidad. Los diagnósticos se hicieron según los criterios de Miller (1975) y constataron: 13 casos de autismo infantil, 5 de psicosis desorganizada (esquizofrenia infantil) y 3 de psicosis simbiótica.

Manzano piensa que su estudio es consistente con la hipótesis de una *unidad* fundamental en los cuadros de «psicosis infantiles», de modo que los diferentes cuadros pueden ser considerados como formas clínicas o «momentos evolutivos» de un mismo proceso esencial. Este autor ha podido observar cómo niños que pudieron ser diagnosticados de «autismo infantil» en su evolución pasaban por fases que se correspondían con descripciones de psicosis simbióticas, deficitarias o esquizofrénicas. Los niños que al comienzo fueron diagnosticados de psicosis simbiótica, desorganizada o esquizofrénica, siguieron la misma evolución que la que tuvieron los niños autistas al llegar a esa fase.

En realidad, la cuestión planteada es de

solución difícil y apunta a la noción misma de enfermedad. En psiquiatría y quizás más claramente en psiquiatría infantil, los criterios definitorios de la enfermedad quedan prácticamente reducidos a criterios clínicos y sintomatológicos. Se piensa que manifestaciones clínicas análogas implican enfermedades idénticas, lo cual no es necesariamente cierto².

En un trabajo en donde uno de nosotros, analizaba los cuadros de psicosis infantiles¹³, sosteníamos la tesis de que los cuadros psicóticos, tanto del adulto como del niño, están expresando esencialmente una «desorganización del yo», y que el cuadro clínico observado, en las psicosis infantiles, expresan las distintas capacidades del yo, lo cual está en función con el grado del desarrollo del yo, dependiente a su vez del momento evolutivo. Esta es la razón, decimos, de que el autismo se inicie antes de los 12 meses, la esquizofrenia infantil se inicia de los 2;6 a los 3;6 años, la psicosis simbiótica de los 3;6 a 5;6 años, etc. La «conciencia del yo» (Jaspers) es una estructura psicológica que lentamente va formándose desde el nacimiento y que en su formación pasa por unas fases concretas. Lo que la patología psíquica expresa es el grado de evolución del yo y no es extraño que Manzano observe distintos estadios desorganizados en la medida que evoluciona el proceso en un mismo niño.

Un segundo tema discutido, íntimamente relacionado con lo anterior, se refiere a la relación entre la esquizofrenia infantil y la del adulto, es decir, si puede o no aceptarse la afirmación de Bender y Faretra (1972)⁹ de que

por sus manifestaciones clínicas. Esta es la razón de su inconsistencia expresada en las repetidas revisiones en muy corto período de tiempo. Por eso también parecen más consistentes los planteamientos desde la teoría psicodinámica, lo cual es especialmente cierto en psiquiatría infantil, aunque la teoría psicoanalítica puede en sí misma ser discutida. Sobre estos aspectos puede consultarse: D. Barcia: «History of Psychiatry»¹².

la esquizofrenia infantil «conduce invariablemente a la esquizofrenia del adulto».

Aquí también las posiciones son encontradas. Un grupo de autores (Rutter, 1972)¹⁴; Kolvin y cols., 1971¹⁵, Makita, 1966¹⁶, señalan que los cuadros aparecidos con anterioridad a los 3 años son psicosis que no se relacionan con la esquizofrenia. Robins (1971)¹⁷, como conclusión de estudios de seguimiento realizados por Eaton y Menolascino (1967); Rutter y cols. (1967), señala que los cuadros de esquizofrenia anteriores a la adolescencia, no pueden ser considerados como formas tempranas de la esquizofrenia del adulto y que cuando así ha sido considerado se ha debido a imprecisión en los criterios diagnósticos o a un inadecuado seguimiento.

A su vez Rutter en repetidos estudios^{10,5} señala que están equivocados los que ven al «autismo infantil» como una primera manifestación de la esquizofrenia ya que la «naturaleza» de ambas condiciones patológicas son distintas.

Parece ser que en la opinión de muchos autores hay una clara «barrera» para la separación de la psicosis infantiles, la del comienzo temprano antes de los 3 años y el tardío, después de los cinco, lo cual lleva a considerarlos como dos cuadros independientes (Kolvin y cols.)¹⁵.

En 1984, Howells y Guiguis¹⁸ realizaron un excelente estudio, en donde pudieron seguir a 20 pacientes que 20 años antes habían sido diagnosticados de esquizofrenia infantil. La conclusión para estos autores es que «aparte de una tendencia general de ser más tranquilos, la esquizofrenia infantil permanece sin cambio en el adulto, manteniendo la mayoría de los signos cardinales de la esquizofrenia infantil».

Estos autores observaron que en todos los casos se mantuvieron el deterioro de relaciones

² El criterio puramente descriptivo fue el primero utilizado en psiquiatría por Pinel y Esquirol. Estos autores atendieron exclusivamente a las manifestaciones que inmediatamente ofrece el enfermo psíquico e intentaron encontrar los «rasgos comunes», con lo que llegaron a la descripción de lo que debe llamarse «Entidad clínica», para oponerlo a la noción de Enfermedad. El criterio puramente descriptivo fracasó y la nosología psíquica sólo adquirió consistencia cuando el material clínico pudo ser ordenado desde un *a priori*, tal como hizo Kraepelin concretando el criterio médico para las psicosis exógenas y la noción de proceso para las endógenas. En la actualidad el D.S.M.-III, intenta mantenerse «ateórico» y ordenar enfermedades únicamente

emocionales, alteraciones del lenguaje y la motricidad y retraso intelectual y que en conjunto el cuadro observado se asemejaba a la esquizofrenia simple de Kraepelin, la esquizofrenia tipo II de Crown o la esquizofrenia residual del D.S.M. - III y D.S.M. III-R. Es decir, se apreciaba empobrecimiento y devastación de la vida psíquica; apatía, desinterés y aislamiento, con repliegue autista; frialdad afectiva, tendencia a la racionalización con escasa productividad: no alucinaciones ni delirios. Pobreza de lenguaje y deterioro intelectual. Un hecho importante que contradice las observaciones y opiniones de otros autores, es que la edad de comienzo no afectaba a la evolución del proceso con la excepción de la existencia de unas experiencias alucinatorias en el grupo de comienzo más tardío. Diez enfermos iniciaron la psicosis antes de los 30 meses y diez después.

Por otro lado, Howells y Guirguis, señalan que su estudio coincide con otros de seguimiento de niños psicóticos en el sentido de que la sintomatología fundamental se mantenía de forma relativamente análoga a la del comienzo. Así Lotter (1978) refiere que el cuadro general se caracterizaba por ser «relativamente estable en el curso»; Hingten y Bryson (1972) sugieren que con la madurez del niño permanece dominante la conducta psicótica y Rutter y cols. (1967) observan que hay pocos cambios en las características de la conducta individual al llegar a adulto, siendo estos cambios de naturaleza cuantitativa.

Finalmente, un tercer grupo, al que hacíamos referencia al comienzo, pero sobre el que hay más consenso, se refiere al análisis de signos pronósticos.

Todos los autores están de acuerdo en establecer un mal pronóstico y considerar que la enfermedad tiende a ser destructiva y dejar con grandes incapacidades y dificultades para una vida adulta independiente. Rutter y cols.^{10,5} señalan que la evolución de sus casos fue similar a la de los de Kanner (1955)¹⁰ y las revisiones de Eisenberg (1956),^{19,20} y las de Creak (1963)²¹, y que sólo una minoría alcanzó

un buen ajuste social durante la adolescencia. La mitad de los enfermos fue incapaz de mantener una vida independiente y la mayoría siguió con cuidados en un Hospital de subnormalidad mental.

Rutter y cols. (1967)¹⁰, señalan que las variables más importantes respecto a la evolución del proceso psicótico eran el C.I., el habla, la gravedad de la perturbación y el grado de escolaridad, sobre lo cual están de acuerdo la mayoría de los autores. El C.I. fue bueno para la distinción del ajuste social, pareciendo que era el C.I.: 60, el indicador del ajuste bueno o malo. (Rutter y cols.¹⁰). El momento de aparición del habla y el grado del lenguaje es también un excelente indicador del pronóstico. Kanner (1955)¹⁸, insiste que si se inicia antes o alrededor del primer año, el pronóstico es bueno. En general, sin embargo, hay bastante acuerdo en considerar que el desarrollo del lenguaje alcanzado a los 5 años tiene un gran valor pronóstico (Goldfarg, 1965²²; Mazet y Houzel, 1981²³; Rutter y cols. 1967¹⁰). En relación con lo anterior parece importante la falta de respuesta a los sonidos, semejando sordera (Rutter y cols.¹⁰). Finalmente, la escolaridad era un ítem que se relacionaba con la evolución favorable o no. Los que evolucionaron con «buena» adaptación tuvieron al menos una escolaridad de dos años.

En conclusión, tal como hemos señalado al comienzo, aunque se ha avanzado en el conocimiento de las psicosis infantiles, existen sin embargo desacuerdos en algunos puntos importantes, algunos de los cuales hemos comentado. Deseando contribuir al conocimiento de algunos de estos aspectos nos planteamos realizar el presente estudio de seguimiento de enfermos de psicosis infantiles que en la actualidad son ya jóvenes y adultos, sobre los que haremos un análisis comparativo de su clínica infantil y actual.

A lo largo de veintiún años de consulta de Psiquiatría infantil en centros oficiales de la Región de Murcia (periodo 1969-1990), hemos reunido 45 casos de «psicosis infantiles», siendo el número de varones (34) el triple que

de mujeres (11), predominio que se observa en

MATERIAL

todas las investigaciones, aunque con porcentajes variables (Atchkova, 1984²⁴, Fish y cols., 1968²⁵, etc.). La edad actual (mayo 1990) es de 5 a 25 años. No se incluyen en ellos las psicosis de «comienzo tardío o del periodo de latencia» ni las que surgen en la adolescencia.

Hemos excluido del estudio los 12 casos que son menores de 12 años, otros 12 no localizables y 1 fallecido a los 18 años.

Hemos revisado, pues, 20 casos: 13 varones (65%) y 7 mujeres (35%) que vimos por primera vez entre 1969 y 1981, cuando contaban edades de 2 a 5 años (14 casos) y de 6 a 9 años (6 casos), siendo la edad actual de 12 a 25 años (Tabla I), tras un periodo de evolución entre 8 a 20 años.

TABLA I Edad Actual

Años	Varon	Mujer	Total	Porcentaje
2	4	6	10	30%
3	1	8	9	40%
4	2	6	8	30%
	13	7	20	100%

MÉTODOS

El método de nuestra investigación consta de dos partes:

1. Estudio de la infancia: se han revisado y valorado todos los datos de la infancia recogidos en la anamnesis inicial, entrevistas y exploraciones entonces efectuadas. Aunque casi todos los casos tienen completas exploraciones somática y neurológica, sólo destacaremos ahora las patológicas, ya que nuestro estudio lo hemos centrado en la psicopatología. Tampoco revisaremos los antecedentes personales y familiares que ya estudiamos en otro trabajo anterior (Gómez-Ferrer y Fernández, 1984)²⁶.

2. Estudio actual: se ha basado en los siguientes datos y exploraciones: exploración electroencefalográfica, informe institucional, exploración psicométrica, exploración psicopa-

tológica.

RESULTADOS

1. Estudio de la infancia

1.1. Revisión del diagnóstico

Hemos revisado y actualizado los dos psicodopsiquiatras, el diagnóstico efectuado en la infancia, aplicando a cada caso los criterios diagnósticos de Creak (1961)²⁷, Rutter (1984)²⁸ y de las Clasificaciones Internacionales: C.I.E.-9, proyecto de C.I.E.-10, D.S.M.-III y D.S.M.-III-R. Según ello, hemos obtenido tres «grupos diagnósticos»:

a) Psicosis o trastorno desintegrativo. (C.I.E.-9 y 10; Rutter); trastorno profundo del desarrollo de inicio en la infancia (D.S.M.-III).

b) Autismo infantil o trastorno autista (todas las clasificaciones).

c) Psicosis o autismo atípico (C.I.E.-9 y 10; D.S.M.-III); trastorno profundo del desarrollo atípico (D.S.M.-III); retraso mental severo con rasgos autistas (Rutter).

Analizaremos los datos recogido de los 20 casos distribuidos en estos tres grupos que creemos están bien caracterizados y se corresponden con las observaciones clínicas habituales. (Barcia y cols., 1969²⁹; Fuster, 1982³⁰; Lasa, 1989³¹, entre otros).

1.2 - Psicosis desintegrativas

Este grupo consta de 10 casos: 8 varones y 2 mujeres que en su mayoría (6 casos) tuvieron un periodo de desarrollo normal y con cierto retraso de lenguaje los otros 4 casos.

1.2.1 - Comienzo: se apreció precozmente: a lo largo del 2.º año de vida en 5 casos y en el 3.º año los otros 5, siendo de forma aguda en 6 casos e insidiosa en los restantes. Los síntomas iniciales, que llamaron la atención, fueron en todos los casos: regresión o anomalías del lenguaje y conducta, aislamiento, irritabilidad y agresividad. En menor proporción hubo: regresión del control de esfínteres, insomnio, miedos, trastornos alimenticios, etc.

1.2.2 - Periodo de estado: hemos analizados minuciosamente la psicopatología más

característica que se va configurando a medida que el proceso psicótico se desarrolla e instaura, cuya descripción nos parece fundamental como expresión y confirmación diagnóstica, obteniendo los datos que a continuación revisamos.

a) *Trastornos de lenguaje*: en todos los casos existe incoherencia, soliloquios, musitación, cantinela y monotonía. En 8 de ellos eran frecuentes los cambios de tono y en 7 la verbigeración. En 6 apreciamos mutismo parcial, ecolalia, neologismos, alteraciones gramaticales y lenguaje interrogativo y en otros 5, logorrea e inversión pronominal.

b) *Estereotipias*: es otro síntoma significativo que existe en todos los casos con distintas manifestaciones, siendo las más frecuentes: muecas, bruxismo, olfateo, aleteo, sacudidas de brazos, saltos, balanceo, etc.

c) *Relaciones sociales*: el trastorno de relación del sujeto con su ambiente es fundamental en las psicosis y, así, en todos los casos encontramos que la mirada es vaga, periférica o evasiva y que existe un marcado aislamiento respecto a otros niños, mientras que hay cierto contacto con los adultos en cuatro casos.

d) *Carácter y conducta*: los rasgos más destacados en los 10 casos son: irritabilidad, fuertes rabietas y crisis de cólera frecuentes; la risa inmotivada se aprecia en 7 casos; hay marcada heteroagresividad en 8 y autoagresividad en 2. También en todos ellos son patentes las fobias diversas (ruidos, sangre, animales, alturas, etc.) y las filias (objeto fetiche, interruptores, agua, juegos ritualizados, etc.) (Barcia y Fuster, 1969)³².

e) *Escolaridad*: fue normal, inicialmente, en 5 casos, pasando todos con posterioridad a Educación Especial.

f) *Exploraciones somáticas y neurológicas*: sólo hay que destacar una megacefalia y dos estrabismos. En el E.E.G.: dos casos con «disfunción cerebral inespecífica» y uno con «alteración focal en áreas temporales», siendo el resto de las exploraciones normales.

g) *Exploración psicométrica*: se dice, con frecuencia, en las distintas investigaciones que es imposible o muy difícil realizar exploracio-

nes psicológicas a estos niños por su dificultad de relación, atención y concentración. Realmente es así, pero nosotros siempre lo intentamos y, con paciencia y alternando con el juego, hemos podido conseguir la aplicación de algunos tests que siempre son interesantes y muy significativos para confirmar aún más el diagnóstico.

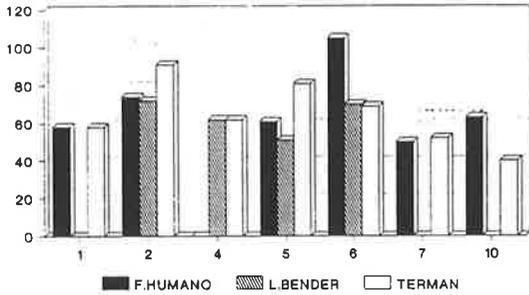
De las 10 «psicosis desintegrativas», 3 sólo hacían «garabato», teniendo que determinar su nivel mediante el diagnóstico del desarrollo de Gesell. Los otros 7 casos realizaron «copia de figuras geométricas», figura humana y Terman. De ellos, sólo 4 pudieron efectuar, también, el test de L. Bender y el Wisc. Todos estos tests tienen un gran valor, más aún cualitativo que cuantitativo, para confirmar el diagnóstico, conocer niños y, como veremos después, también tienen valor predictivo. Queremos destacar que las figuras humanas son muy especiales y en ellas se manifiesta claramente la desintegración de la personalidad. El Terman, en su forma reducida, resulta asequible y en estas edades es válido para determinar el nivel intelectual. El L. Bender les resulta difícil de realizar, incluso no llegan a centrarse en la tarea, la rechazan o se evaden de los modelos haciendo, con frecuencia, sólo círculos. Cuando llegan a efectuarlo se aprecian las alteraciones propias: distorsión, rotación, perseveración y desintegración.

El Wisc resulta muy complicado, tanto por su extensión como por la atención que requiere. Sólo lo hemos conseguido en cuatro casos y alternando con el juego, aunque es muy interesante su valoración: se aprecia marcada dispersión intertest y son muy significativas las respuestas absurdas y aberrantes, sobre todo en las pruebas verbales. De todo ello no mostramos ejemplos por no alargar esta exposición, ya lo hicimos en anteriores ocasiones^{26,33}.

Aunque a lo largo de las distintas edades en que revisamos a estos niños vamos aplicando estas pruebas psicométricas para controlar su evolución, presentamos aquí, en la Gráfica 1, los resultados obtenidos en los tests de la figura humana, L. Bender y Terman, por los siete casos citados, entre los 8 y 9 años de edad. En

la Gráfica 2 mostramos los niveles obtenidos en el Wisc en los cuatro casos en que fue posible aplicarlo, también entre los 8 y 9 años.

MEDIDAS PSICOMÉTRICAS EDAD 8 - 9 AÑOS

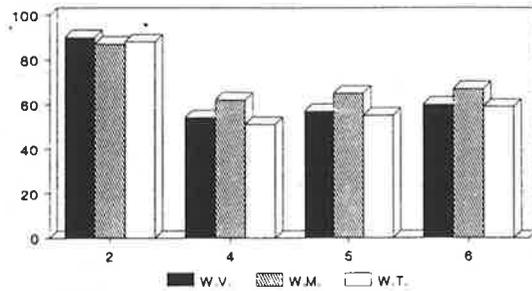


Gráfica 1

1.3. Autismo infantil

Este grupo lo integran 7 casos, con más igualdad de sexo: 4 varones y 3 mujeres que tuvieron el desarrollo con acusado retraso de lenguaje.

MEDIDAS PSICOMÉTRICAS EDAD 8 - 9 AÑOS



Gráfica 2

1.3.1. Comienzo: la enfermedad comenzó antes de los 2 años, de forma insidiosa, siendo los principales síntomas: la progresión del lenguaje, el aislamiento y sordera aparente en todos los casos, y en cinco de ellos, también, marcadas anomalías de conducta, agresividad, inquietud e insomnio.

1.3.2. Periodo de estado: aunque en este grupo la sintomatología es más pobre, también la recogemos minuciosamente, obteniendo los siguientes datos.

a) *Trastornos de lenguaje:* en 5 casos sólo existen gritos, sonidos o palabras aisladas, en 1

frases simples y sólo 1 caso tiene un lenguaje más desarrollado. Pero aún en este escaso lenguaje se observan las anomalías propias de esta afección, encontrando en todos ellos mutismo parcial y musitaciones; en 6 casos escolalia; en 5 verbigeración y soliloquios; en 4 monotonía y cantinela; en 3 inversión pronominal, cambios de tono y hablar silabeando; en 2 alteraciones gramaticales y en 1 caso incoherencia y lenguaje interrogativo.

b) *Estereotipias:* todos ellos las presentan, también, con las mismas características que el grupo de las psicosis desintegrativas.

c) *Relaciones sociales:* el contacto con los autistas es mucho más difícil y, así, en todos los casos la mirada es evasiva, vaga o periférica y presentan marcado aislamiento respecto a niños y adultos, incluso de sus propios familiares.

d) *Carácter y conducta:* la sintomatología es menos florida pero encontramos en 6 casos risa inmotivada, irritabilidad y rabietas; en 5 hetero-agresividad y en 2 autoagresividad. En todos ellos hay diversas fobias y filias, semejantes al grupo anterior.

e) *Escolaridad:* sólo un caso estuvo inicialmente en escuela normal, necesitando toda educación especial.

f) *Exploraciones somáticas y neurológicas:* todas resultaron normales, sólo en un E.E.G. había irritación temporal.

g) *Exploración psicométrica:* por todo lo expuesto se deduce claramente que la exploración psicométrica de este grupo tiene que ser más difícil de aplicar y de pobres resultados. En efecto, 3 sólo hacen «garabato», determinando su nivel de desarrollo por el test de Gesell; 2 realizan «copia de figuras geométricas» y figura humana; en 3 se puede obtener el nivel intelectual por el Terman y sólo 1 caso realiza el L. Bender y Wisc, con niveles semejantes a los más bajos de las psicosis desintegrativas (retraso mental ligero).

1.4. Autismo atípico

Este grupo «atípico» está formado por 3 casos distintos: 2 mujeres y 1 varón que tienen de común el retraso general en el desarrollo psicomotor.

1.4.1. Comienzo: la enfermedad comenzó, de forma insidiosa, antes de los 2 años, con muy escaso lenguaje que no progresaba, gran aislamiento, anomalías de conducta y marcada inquietud y agresividad.

1.4.2. Periodo de estado: aquí es difícil determinar cuándo se instaura la enfermedad, ya que las alteraciones son patentes desde casi el comienzo de la vida.

a) *Lenguaje:* es muy escaso, sólo formado por gritos, sonidos y, como máximo, algunas palabras aisladas, pero también se aprecian las típicas alteraciones psicóticas: mutismo, musicación, verbigeración y soliloquios.

b) *Estereotipias:* son también manifiestas en los tres casos, sobre todo en uno de ellos, como veremos.

c) *Relaciones sociales:* podemos decir que son, prácticamente, nulas. En todos es patente la mirada vaga, evasiva y el total aislamiento de niños y adultos, sólo un caso era muy dependiente de la madre.

d) *Carácter y conducta:* es muy marcada, en los tres, la irritabilidad, rabietas, crisis de cólera y heteroagresividad. El varón presenta una intensa autoagresividad, con fuertes lesiones de cabeza por golpeteo. También se aprecia en todos risa y llanto inmotivados, así como fobias y filias.

e) *Escolaridad:* todos necesitaron desde el comienzo Centro de Educación Especial.

f) *Exploraciones somáticas y neurológicas:* hay que destacar una microcefalia. En el E.E.G. dos «disfunciones irritativas centroencefálicas» y en el T.A.C. una hemiatrofia cerebral derecha.

g) *Exploración psicométrica:* en estos casos no hay colaboración ninguna por su parte para la exploración, teniendo que aplicar el test de diagnóstico del desarrollo de Gesell que da niveles de retraso mental severo y sólo dos hacen «garabato».

h) *Diagnósticos:* aunque los hemos incluido

en el grupo de «autismo atípico», existen entre los tres casos diferencias diagnósticas que expresamos brevemente: autismo atípico. El varón tuvo una precoz detención del lenguaje, con gran deterioro general, estereotipias graves autolesivas, «hemiatrofia cerebral derecha» en el T.A.C. y «disfunción irritativa centroencefálica» en el E.E.G.; retraso mental severo con rasgos autistas. En esta mujer predomina el retraso psicomotor global, la hiperactividad y agresividad, con los rasgos autistas ya indicados; En el E.E.G.: «disfunción irritativa comicial», llegando a tener varias crisis comiciales; síndrome de Rett: esta niña presentó acusado retraso motor y de lenguaje, comenzando entre los dos y medio a tres años una marcada hiperactividad y agresividad así como las típicas estereotipias, rítmicas y continuas, de golpeteo y lavado de manos que también llevaba a la boca y nariz; succión de chupete y escupir; sacudidas de brazos, golpes de pies y marcha en puntillas, flexión de piernas, hiperextensión de tronco y deficiente motricidad manual. Las exploraciones eran normales excepto una microfecalia con percentil inferior al 3%.

2. Estudio actual

Los resultados de este estudio vamos a hacerlo referido a los 20 casos en su globalidad ya que así han sido revisados.

2.1. Exploración de E.E.G.: ha sido normal en 7 casos; en otros 7 hay «actividad bioeléctrica irregular»; en 1 hay un «foco temporal derecho»; 3 presentan artefactos por mala colaboración y en otros 2 casos no se ha podido efectuar por esta misma causa. Clínicamente, 3 casos han desarrollado crisis comiciales a partir de la adolescencia, necesitando tratamiento.

2.2. Informe institucional: las instituciones en que se encuentran, nos han proporcionado datos de su nivel de aprendizaje y amplios informes de su conducta. (Desde aquí queremos agradecer su valiosa colaboración). En las Tablas II y III resumimos dos aspectos referentes a la escolaridad: nivel de aprendizaje alcanzado y tipo de institución que les atiende.

(TABLA II Y III)

Nivel de Aprendizaje	
Habitación	6 casos
Pre-escolar	7 casos
De 1 a 5, F.G.B. Especial	6 casos
Ingeniería Técnica	1 caso
TOTAL	20 "

Centro Escolar Actual

Centro Especial (asistencial y escolar)	9 casos
Centro Especial Pre-Taller	5 casos
Centro Especial Ocupacional	2 casos
Centro Enseñanza Normal	2 casos
No asisten	2 casos
TOTAL	20 CASOS

2.3. Exploración psicométrica: hemos intentado en todos los casos aplicar los tests que fueran posibles, obteniendo los siguientes resultados: sólo hacen «garabato» 9 casos; figura humana, 8; L Bender, 9; Terman, 5; figura compleja de Rey, 7; el Wisc en 1 caso y el Wais en 6 casos.

Hay que destacar que en el test de L. Bender se aprecian las alteraciones descritas por su autora para la esquizofrenia (34): distorsiones, rotaciones, perseveración y desintegración en la reproducción de las figuras. Sólo en un caso fue la copia correcta, aún sin llegar al nivel propio del adulto. En la figura compleja de Rey es muy patente la disociación y disgregación en la copia así como la deficiente evocación y evasión del modelo. En la Tabla IV exponemos los resultados centiles obtenidos. Además del valor diagnóstico de estas expresiones cuantitativas, el análisis cualitativo del dibujo es suficiente para

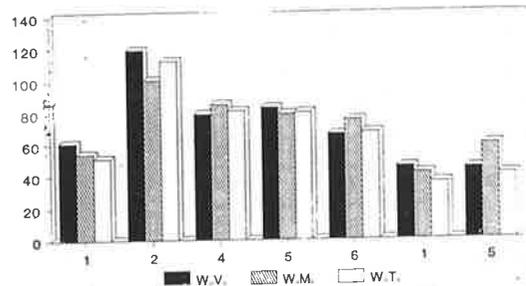
revelarnos y confirmarnos la disgregación y disociación intelectual de nuestros enfermos, lo que no mostramos por problema de espacio.

(TABLA IV)

Figura compleja de Rey

N.º Caso	Exactitud Copia	% Memoria	Tipo Copia	Memoria
Ps. Des.	1	10	10	III
	2	100	20	III
	4	80	50	II
	5	10	10	III
	6	10	10	IV
	5	10	10	III
Autismo	1	10	10	III
	5	10	10	III

El Terman sólo lo aplicamos para conocer el nivel global intelectual cuando no es posible realizar el Wechsler. En 6 casos hemos podido obtener el Wais y el Wisc en el único caso de 12 años, cuyos resultados se muestran en la Gráfica 3. Vemos que en la puntuación «total» 1 caso alcanza el nivel «normal alto», 2 casos el «normal bajo» y los otros 4 se sitúan en la «deficiencia mental». En 4 casos es superior la puntuación «verbal» y en 3 la «manipulativa». Cualitativamente, además de las absurdas respuestas, es significativa la variabilidad entre los subtests, destacando en 5 casos el nivel «positivo» – respecto al nivel medio de los sujetos – de las Semejanzas, lo que contrasta con el retraso mental que siempre tiene un bajo nivel en esta prueba. Y el valor «negativo» en 4 casos de la comprensión, lo que es esencial característica de las psicosis.

MEDIDA PSICOMÉTRICA
WAIS ADULTO

(GRÁFICA 3)

2.4. Exploración psicopatológica: el análisis psicopatológico y diagnóstico actuales lo hemos realizado, como psiquiatras de adultos, dos de nosotros, sin conocer el diagnóstico

específico de su infancia, sintomatología ni resultados de las exploraciones infantiles y actuales. Realizamos el estudio psicopatológico del paciente y entrevista con un familiar sobre su situación actual, elaborando un psicopatograma y emitiendo un diagnóstico. Después cotejamos, conjuntamente, todos los datos de la infancia y actualidad, efectuando un análisis comparativo y obteniendo los resultados que expresamos a continuación.

TABLA V

Diagnósticos Actuales e Infantiles

1. - Esquizofrenia residual	7 casos
- Psicosis desintegrativa	6 casos
- Autismo infantil	1 caso
2. - Conducta autística	11 casos
- Psicosis desintegrativa	3 casos
- Autismo infantil	5 casos
- Autismo atípico	3 casos
3. - Personalidad esquizoide	1 caso
- Psicosis desintegrativa	
4. - Infantilismo, Deficiencia mental	1 caso
- Autismo infantil	

La Tabla V muestra los «cuatro grupos diagnósticos» actuales que corresponden a los diagnósticos infantiles indicados dentro de cada grupo. Observamos que hay una gran coincidencia entre ambos: la «esquizofrenia residual», con la «psicosis desintegrativa» y la «conducta autística» con el «autismo infantil», pues las excepciones tienen su fundamento ya que los 3 casos de «psicosis desintegrativa» incluidos en la «conducta autística» actual, son los que pronto se deterioran, mientras que el «autismo infantil» considerado ahora como «esquizofrenia residual», tuvo una evolución hacia la psicotización. Los dos casos «únicos» son los de mejor evolución, en los que más se ha reducido la sintomatología psicótica a pesar de que la tenían muy marcada en la infancia.

A continuación hacemos un análisis comparativo entre el psicopatograma actual y el de la infancia, respecto a los síntomas más destacados y esenciales que ya hemos estudiado anteriormente.

(TABLA VI)

EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE: 12 CASOS

Alteración	Infancia	Adulto
Mutismo parcial	12	5
Musitación	12	3
Incoherencia	12	6
Soliloquios	12	6
Monotonía	12	7
Cantinelas	11	5
Ecolalia	9	7
Verbigeración	9	5
Inv. pronominal	7	5
Leng. interrogativo	6	3

En la Tabla VI mostramos la «evolución del lenguaje» que referimos a los 12 casos que lo tienen mejor conservado, ya que en los demás la desaparición de los síntomas era por deterioro, no por mejoría. Estos casos corresponden a las 10 «psicosis desintegrativas» y 2 «autismos». Vemos que los síntomas que más han desaparecido son: mutismo parcial, musitación, incoherencia, soliloquios, monotonía y cantinela. Pero, a pesar de la general mejoría, ningún caso ha quedado totalmente asintomático respecto a estos trastornos, todos conservan alguna alteración.

(TABLA VII)

EVOLUCIÓN DE OTROS SÍNTOMAS 20 CASOS

Síntomas	Infancia	Adulto
Estercotipias	20	18
Mirada vaga	20	16
Risa inmóvil	14	13
Aislamiento	20	20
Hiperactividad	19	15
Irritabilidad	19	11
Heteroagresividad	16	11
Autoagresividad	5	1

La Tabla VII muestra la «evolución de otros síntomas», referidos a los 20 casos, referentes al carácter, conducta y relaciones sociales, como ya estudiamos en la infancia. Las estereotipias suelen persistir pero son menos intensas y

numerosas, desapareciendo en los dos casos de mejor evolución. La mirada ha mejorado, en general. Persiste el aislamiento aunque en menor grado, pero ninguno ha conseguido una relación social normal. Mejora la hiperactividad, cuando la hay es esporádica y en accesos, mientras que antes era más continua. Lo mismo ocurre con la agresividad que es más aislada. La autoagresividad persiste, muy intensa, en un caso de «autismo atípico».

Veamos, ahora, algunas de las características de cada uno de los «grupos diagnósticos» actuales.

Análisis comparativo de los diagnósticos:

Al profundizar en las peculiaridades de los diagnósticos infantiles correspondientes a cada grupo actual, apreciamos datos clínicos y psicométricos que creemos son de gran valor expresivo para indicarnos las diferentes evoluciones clínica y diagnóstica:

En la «esquizofrenia residual» se diferencian, claramente, dos grupos desde la infancia:

a) *Cuatro casos* tenían un nivel intelectual superior a C.I.: 50, en los tres tests que realizaron: Terman (62-81), L. Bender (51-92) y Wisc (51-59). Tuvieron buen desarrollo de lenguaje y posterior regresión y alteraciones marcadas, con clínica muy productiva en cuanto a síntomas psicóticos. Su diagnóstico fue «psicosis desintegrativa». En la actualidad ha bajado su nivel en el L. Bender (38-45) y hacen la figura compleja de Rey y el Wais (51-81). Ha mejorado el lenguaje y conducta, así como algunos síntomas y han conseguido un nivel de aprendizaje entre un 3.º y 5.º de E.G.B. «especial», nunca asimilable a la escolaridad normal.

b) *Tres casos* tenían un nivel inferior a C.I.: 50 y sólo podían hacer el Terman (38-42), sin conseguir el L. Bender ni el Wisc. El lenguaje fue retrasado con alternaciones y marcado mutismo. Tenían gran agresividad y síntomas psicóticos marcados y se deterioraron precozmente. Dos fueron diagnosticados de «psicosis desintegrativa» y uno de «autismo». En la actualidad hacen el Terman con nivel semejante (32-42), el L. Bender con nivel

inferior (34-36). Sólo 1 caso puede hacer la figura compleja de Rey y el Wais aunque con resultados muy bajos. Tienen marcada deficiencia en lenguaje y conducta y se encuentran a un nivel de pre-escolaridad, con escaso aprendizaje.

El grupo de «conducta autística» está integrado por 11 casos de los que 3 eran «psicosis desintegrativas», 5 «autismos» y los 3 «autismos atípicos». Todos tenían un nivel intelectual muy bajo, de retraso mental severo, teniendo que determinarlo mediante el Gesell. Sólo uno hacía la figura humana y Terman; ninguno el L. Bender. En cuanto al lenguaje, las 3 psicosis tuvieron buen desarrollo, con precoz e intensa regresión. En los autistas hubo acusado retraso de desarrollo, con mutismo y alteraciones. Los «atípicos», sin lenguaje. Ahora todos están a nivel de «garabato», con escaso o nulo lenguaje y ninguna integración. Se encuentran a nivel de habituación elemental, en centros asistenciales 5 casos, centro especial pre-escolar 4 casos, 1 en centro ocupacional y otro en casa. La niña con Síndrome de Rett está muy afectada, sin lenguaje. Presenta neurológicamente la forma hipertónica con hiperreflexia, marcada marcha atáxica e incapacidad para la actividad útil en miembros superiores por las intensas estereotipias.

Los casos de «diagnósticos únicos» son distintos pero tienen algunas analogías. Un varón diagnosticado de «personalidad esquizoide», ahora, y de «psicosis desintegrativa» en la infancia. Una mujer, con diagnóstico actual de «infantilismo, deficiencia mental», que estuvo afecta de «autismo infantil». En ambos casos, los de mejor evolución, han desaparecido la mayoría de síntomas psicóticos que tuvieron en la infancia, pero persiste la rigidez afectiva, anomalías de carácter y dificultad en las relaciones sociales.

El varón, en la infancia, tuvo un buen desarrollo psicomotor e intelectual (C.I.: entre 72 y 104 entre los 4 y 8 años), con aparición aguda e intensa de la enfermedad sobre los 3 años, con gran perturbación, tanto en lenguaje como en sintomatología y conducta. A partir de

los 8 años hubo mejoría y recuperación. En la actualidad tiene un alto nivel intelectual (Wais: 112), con peculiares variaciones en los tests, estudia ingeniería técnica, pero persisten alteraciones de carácter: rigidez afectiva, frialdad, timidez, muy deficientes relaciones sociales, casi nulas (22 años).

La niña tuvo acusado retraso en el desarrollo del lenguaje, con detención y alteraciones, así como otros síntomas propios del autismo, con nivel intelectual deficiente (C.I.: entre 51 y 71, entre los 4 y 8 años). Posteriormente hubo mejoría y algo de recuperación, sin llegar a la normalidad. En la actualidad tiene 12 años, obtiene en el Wisc un C.I. de 40, con deficiente rendimiento general y de aprendizaje. En un nivel escolar de 1.º de E.G.B. «especial», en colegio normal con clase de apoyo. Tiene dificultad en las relaciones sociales y en general presenta características distintas al retraso mental que correspondería a su nivel intelectual.

COMENTARIOS

Por la amplitud del estudio y profusión de datos recogidos no hemos querido ir comparándolos con las investigaciones de otros autores. Pero queremos citar por su interés, además de los ya comentados, otros estudios de seguimiento como los de Lebovici (1969)³⁵, Soule y cols. (1976)³⁶, Despert (1978)³⁷, Fish y Ritvo (1979)³⁸, etc.

De todos ellos y en relación con los hallazgos de nuestra experiencia clínica sobre «psicosis infantil precoz», ya tratamos un una anterior ponencia sobre «esquizofrenia infantil» (Gómez Ferrer y Fernández, 1985)³⁹.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todo lo expuesto en la introducción y según los objetivos que nos habíamos propuesto, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. Que las psicosis infantiles, en sus formas más precoces, se pueden diagnosticar con fiabilidad desde su instauración, atendiendo cuidadosamente a su psicopatología y exploración de sus capacidades cognitivas.

2. Que la diferenciación entre las principales

formas, autismo y psicosis desintegrativa, no siempre es clara cuando hay retraso en el desarrollo del lenguaje y el comienzo de la enfermedad es insidioso.

3. Que en su evolución pueden, también, relacionarse ambos tipos de trastornos globales. De manera que hay autistas que se psicotizan y psicóticos que se tornan más autistas.

4. Que son factores predictivos favorables la adquisición del lenguaje útil, comunicativo y comprensivo a la edad de 5-6 años, aunque inicialmente hubiera retraso, regresión y alteraciones. Así como un nivel intelectual superior a un C.I. de 50, en la época de la segunda infancia, confirmado mediante tests psicométricos, siendo válido y asequible el Terman y la posibilidad de realizar el L. Bender. Es también de buen pronóstico la desaparición de algunos de los trastornos del lenguaje y de conducta antes de la época de la adolescencia. Se incrementa el mejor pronóstico con la conjunción de estos factores.

5. Hemos comprobado en nuestros casos que todas las formas de psicosis infantiles tienen relación con la esquizofrenia del adulto, del tipo residual o simple, o con predominio de conducta autística. Y en todos los casos, aun los de mejor evolución y adaptación social, persisten en el adulto algunos de los síntomas de la infancia.

6. Y podemos concluir, de acuerdo con Rutter, que, aunque se asemejen en algunos aspectos a los retrasados mentales de distinto grado de severidad, siempre tienen el «sello particular» de las psicosis.

Bibliografía

1. SANCTE DE SANCTIS: *Demencia precocissima*. (1905). Rome, Stock, 1925.
2. PETTY L.K., ORNITZ E.M., MICHELMAN J.D., ZIMMERMAN, E.G.: *Autistic Children Who Become Schizophrenic*. Arch. Gen. Psychiat. 41: 129-135, 1984.
3. KANNER, L.: *Problems of Nosology and Psychodynamics of Early Infantile Autism*. Am. J. Orthopsychiatry, 19: 416-426, 1949.
4. BENDER, L.: *Autism in Children with mental deficiency*. Am. J. Ment Defic., 64: 81-88, 1959.
5. RUTTER, M., LOCKYER, L.: *A five-to-fifteen year follow-up study in infantile psychosis: I - Description of sample*. Brit. J. Psychiat., 113: 1169-1182, 1967.

6. D.S.M. - III-R - *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1988.
7. HAVELKOVA, M.: *Follow-up study of 71 children diagnosed as psychotic in preschool age*. Am. J. Orthopsychiatry, 38: 846-857, 1968.
8. REISER, E., BROWN, J.L.: *Patterns of later development in children with infantile psychosis*. J. Am. Acad. Child, Psychiatry, 3: 650-667, 1964.
9. BENDER, L., FARETRA, G.: *The relationship between childhood and adult schizophrenia*. En: Genetic Factors in Schizophrenia, Kaplan, A.R. (Ed), Springfield I.L., 1972.
10. RUTTER, M., GREENFIELD, D., LOCKYER, L.: *A five to 15 year follow-up study of infantile psychosis, II Social and behavioral outcome*. Br. J. Psychiatry, 113: 1183-1199, 1967.
11. MANZANO, J.: *Les formes d'évolution de la Psychose Infantile*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 30: 309-328, 1982.
12. BARCIA, D.: *Hystory of Psychiatry*. En: Handbook of European Psychiatry, A. Seva (Ed), 1991.
13. BARCIA, D.: *Psicosis infantiles como una desorganización del yo*. En: Psicosis infantiles. Roche Ed., 1984.
14. RUTTER, M.: *Childhood Schizophrenia reconsidered*. J. Autism Dev. Disord., 2: 315-337, 1972.
15. KOLVIN, I., OUNSTED, C., HUMPHREY, M. et al: *Studies in the Childhood Psychoses*. Br. J. Psychiatr., 118: 381-384, 1971.
16. MAKITA, K.: *The age of onset of Childhood Schizophrenia*. Folia Psychiatr. Neurol. Inf., 20: 111-121, 1966.
17. ROBINS, L.N.: *Follow-up studies investigating childhood disorders*. En: Psychiatric Epidemiology. E.H. Hare y J.K. Wing (Eds). Oxford University Press, 1971.
18. KANNER, L., EISENBERG, L.: *Notes on the follow-up studies of autistic children*. En: Psychopathology of Childhood. Grune & Stratton, 1955.
19. EISENBERG, L.: *The autistic child in adolescence*. Am. J. Psychiatr. 112: 607-612, 1956.
20. EISENBERG, L.: *The course of childhood schizophrenia*. Arch. Neurol. Psychiatr., 27: 715-724, 1957.
21. CREAK, M.: *Child Psychosis*. A review of 100 cases. Brit. J. Psychiatr., 109: 84-89, 1963.
22. GODFARB, N.: *Growth and Change of Schizophrenic Children*. Winston & Sou, 1964.
23. MAZET, Ph y HOUZEL, D.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica y Técnica, 1981.
24. ATCHKOVA, M.: *La schizophrénie chez l'enfant*. Psychiatr. Infant., XXVII, 1: 69-106, 1984.
25. FISH, B., SHAPIRO, T. et al: *A Classification of Schizophrenic Children Under Five Years*. Am. J. Psychiatr., 124, 10: 1415-1423, 1968.
26. GÓMEZ-FERRER, C., FERNÁNDEZ, A.: *Valoración de la historia clínica en las psicosis infantiles*. En: Psicosis Infantiles. Roche, Ed., p: 43-63, 1984.
27. CREAK, M.: *Schizophrenic syndrome in childhood, Progress report of a working party*. British Medical Journal, 2, 1961.
28. RUTTER, M., SCHOPLER, E.: *Autismo*. Ed. Alhambra, 1984.
29. BARCIA, D., FUSTER, P., LEAL, C.: *Psicosis infantiles*. Actas Luso Esp. Neur. Psiqu., 24: 121-140, 1969.
30. FUSTER, P.: *Psicosis infantiles*. En: Psiquiatría, C. Ruiz Ogara, J. López-Ibor, D. Barcia (Eds) T.I. Toray, 1982.
31. LASA, A.: *Ideas actuales sobre psicosis infantiles*. Diputación de Vizcaya, Bilbao, 1989.
32. BARCIA, D., FUSTER, P.: *Relación entre obsesiones y psicosis infantiles*. Rev. Esp. Ono y Neurocir., 166: 311-318, 1969.
33. BARCIA, D., GÓMEZ-FERRER, C., FERNÁNDEZ, A.: *Psicosis infantiles*. En: Psiquiatría, C. Ruiz Ogara, J.J. López Ibor, D. Barcia. (Eds), T.III, Toray, 1985.
34. BENDER, L.: *Test gúestático visuomotor*. Ed. Paidós, Argentina, 1967.
35. LEBOVICI, S.: *A propos du pronostic de la psychose de l'enfant*. Confrontations Psychiatriques, 3: 141-158, 1969.
36. SOULE, M. HOUZEL, D., BOLLAERT, S.: *Les psychoses infantiles précoces et leur traitement*. Psychiatr. Infant., XIX, 2: 341-397, 1976.
37. DESPERT, D.L.: *La schizophrénie infantile*. Presses Universitaires de France, 1978.
38. FISH, B., RITVO, E.: *Psychosis Childhood*. En: Basic Handbook of Child Psychiatry. J.D. Noshpitz, vol. II, 14: 249-303. Basic books, Inc. Publisher-New-York, 1979.
39. GÓMEZ-FERRER, C., FERNÁNDEZ, A.: *Clínica de la psicosis infantil precoz*. Ponencia al XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Murcia, 1985.