

TRASTORNO DEL DESARROLLO MULTIPLE Y
COMPLEJO.

Comparación con la Disarmonía Psicótica

Dra. María Magdalena Contreras

Resumen

En 1986, Donald Cohen y col. propusieron un nuevo término diagnóstico, Trastorno del Desarrollo Multiplex para niños que presentaban tempranamente trastornos sugestivos de la disfunción social del autismo, pero cuyas dificultades eran diferentes en severidad y cualidad. Tenían trastornos en la regulación de los estados de activación cerebral, trastornos en las relaciones sociales y trastornos de los procesos de pensamiento, y para él debía estar incluido dentro de los trastornos generalizados del desarrollo. Posteriormente diversos autores continuaron profundizando el estudio de este trastorno, denominándolo Trastorno Múltiple y Complejo del Desarrollo (TMCD).

En Francia, desde 1997, se habla de la Disarmonía Psicótica, entidad con similitudes con el trastorno mencionado.

El objetivo de esta monografía es desarrollar el concepto de TMCD, comparar ambos trastornos, y evaluar la posibilidad de su coincidencia.

Palabras clave: TMCD. Diagnóstico. Clasificación. Disarmonía psicótica. Mecanismos psicodinámicos.

Abstract

In 1986, Donald Cohen et al. proposed a new diagnostic term, Multiplex Developmental Disorder, for children who showed early disorders suggestive of autism but whose difficulties were different in severity and quality. They had disturbances in the regulation of state and arousal, social relations and thought processes. He included them into the spectrum of Pervasive Developmental Disorders.

Several authors followed the research of this disorder, renaming it Multiple Complex Developmental Disorder (MCDD).

In France, since 1997, French psychoanalysts and psychiatrists diagnose a disorder called psychotic disharmony, with similarities with Multiple Complex Developmental Disorder.

The purpose of this report is to develop the concept of MCDD, to compare both disorders, and to assess the possibility of their overlap.

Key words: MCDD. Diagnostic. Classification. Psychotic disharmony. Psychodynamic mechanisms.

Introducción:

Desde hace algunos años, autores norteamericanos y holandeses fundamentalmente, comenzaron a hablar de una nueva entidad denominada **Trastorno del Desarrollo Múltiple y Complejo**, en la que conviven signos de autismo con trastornos del pensamiento.

El objetivo de esta monografía es presentar las investigaciones más relevantes realizadas sobre este trastorno, así como su comparación con un trastorno denominado **disarmonía psicótica**, muy utilizada en Francia, y que presenta síntomas similares.

En 1986, Donald Cohen y col. propusieron un nuevo término diagnóstico, trastorno del **desarrollo multiplex** (1), para utilizarse en niños dentro de la categoría de Trastornos

TRASTORNO DEL DESARROLLO MULTIPLE Y COMPLEJO.

Comparación con la Disarmonía Psicótica

Dra. María Magdalena Contreras

Generalizados del Desarrollo (TGD), pero no incluirlos en la categoría de TGD atípico. En ese momento el manual diagnóstico en uso era el Diagnostic Manual of Mental Disorders III (DSM III) (2). Posteriormente, según Cohen, estos niños fueron muchas veces incluidos en la categoría de TGD no especificado (TGD NE) (3,4).

Las características de estos pacientes eran presentar tempranamente trastornos sugestivos de la disfunción social del autismo, pero cuyas dificultades eran diferentes en severidad y cualidad. Tenían trastornos en la regulación de los estados de activación cerebral (arousal), manifestados por temores y ansiedad; trastornos en las relaciones sociales, manifestados por aislamiento, agresión, adherencia, apegos ambivalentes, y trastornos de los procesos de pensamiento, manifestados por pensamientos inusuales y dificultades en separar realidad de fantasía. Como estos trastornos son múltiples y complejos, intermedios para Cohen entre los TGD y los trastornos específicos del desarrollo, él y su grupo de Yale los denominaron Trastornos Multiplex del Desarrollo (TMD). (1)

Los criterios diagnósticos que enumeraron Cohen y col. son:

- 1. Alteración de la conducta y sensibilidad social, similar a la que se ve en el autismo, tal como:*
 - a. Desinterés social.*
 - b. Aislamiento, evitación de los otros, o repliegue.*
 - c. Alteración de las relaciones con pares.*
 - d. Apegos altamente ambivalentes.*
 - e. Limitada capacidad de empatía o de comprensión de lo que los otros piensan o sienten.*
- 2. Síntomas afectivos, comprendiendo:*
 - a. Alteración en la regulación de los sentimientos.*
 - b. Ansiedad intensa, inapropiada.*
 - c. Pánico recurrente.*
 - d. Labilidad emocional, sin causa obvia.*
- 3. Síntomas de trastornos del pensamiento, tales como:*
 - a. Intrusiones súbitas, irracionales en los pensamientos normales.*
 - b. Pensamiento mágico.*
 - c. Confusión entre realidad y fantasía.*
 - d. Delirios tales como pensamientos paranoides o fantasías de poderes especiales.*

A diferencia del autismo y de los trastornos del lenguaje, los niños con comienzo temprano de TMD tienen un funcionamiento cognitivo que va del rango normal al retraso leve. Según este autor, estos niños recibieron una variedad de términos diagnósticos tales como psicosis simbiótica, trastornos *borderline*, esquizofrenia infantil, trastorno esquizoide, y con la aparición del DSM III, trastornos esquizotípicos, TGD de comienzo en la niñez y TGD atípico. (1)

La propuesta de Cohen de incluir el TMD dentro de los TGD en el DSM IV como una entidad diferenciada no prosperó porque no alcanzó el umbral para ser incluido. (5)

Towbin, en 1993, modificó los criterios ligeramente, y cambió el término de Trastorno Multiplex del Desarrollo por el de Trastorno Múltiple y Complejo del Desarrollo (TMCD), que es como se lo continuó denominando.

En su artículo, critica la denominación de “esquizofrenia infantil” o “síndrome *borderline* de la niñez”, ya que pueden aludir a continuidad y similitud fenomenológica con los trastornos adultos, llevando a pronósticos y relaciones nosológicas inexactas. (6) Towbin, siguiendo a Cohen, refirió el comienzo de los síntomas antes de los 5 años, y los caracterizó como déficits funcionales que llevan a patrones consistentes, duraderos, de fluctuaciones en la regulación del afecto, la relación y el pensamiento. Estas fluctuaciones son mucho mayores de las que se observan en niños con desarrollo normal y contrastan fuertemente con la estabilidad en el funcionamiento que se observa en los niños con TGD-autismo. En los niños con TMCD, la regresión a niveles altamente inmaduros de funcionamiento ocurren más rápida y frecuentemente de lo que se esperaría por su edad mental; esta regresión, que puede durar desde horas a semanas se mezcla con períodos de funcionamiento más alto, que pueden asimilarse a sus pares en edad. Estas fluctuaciones permanecen aún cuando los estresores ambientales se reducen, y la variabilidad en el funcionamiento puede ser más o menos aguda a lo largo del tiempo y de los individuos.

Los criterios diagnósticos dados por Towbin son los siguientes:

1. *La regulación del estado afectivo o ansiedad está alterada más allá de lo que se ve en niños de edad mental comparable, manifestada por dos de los siguientes:*
 - a. *Ansiedad generalizada, intensa, tensión difusa o irritabilidad.*
 - b. *Temores inusuales y fobias que son peculiares en contenido o intensidad.*
 - c. *Episodios de pánico recurrente, terror o desborde de ansiedad.*
 - d. *Episodios de desorganización conductual o regresión que duran de minutos a días. con la emergencia de conductas marcadamente inmaduras, primitivas y auto agresivas.*
 - e. *Variabilidad emocional significativa y amplia con o sin precipitantes ambientales.*
 - f. *Alta frecuencia de reacciones idiosincrásicas de ansiedad tales como períodos sostenidos de risa incontrolable, mareos, o afecto “chato” inapropiados al contexto de la situación.*

2. *Alteraciones consistentes de la conducta social y la sensibilidad (comparado con niños de igual edad mental), manifestadas por una de los siguientes:*
 - a. *Desinterés social, aislamiento, evitación, o repliegue frente a una competencia evidente (a veces) en la interacción social, particularmente con adultos. Más a menudo los apegos pueden parecer amistosos o cooperativos, pero muy superficiales, basados primariamente en recibir necesidades materiales.*
 - b. *Incapacidad para iniciar o mantener relaciones con pares.*
 - c. *Apegos alterados, mostrando alto grado de ambivalencia hacia los adultos, particularmente padres/cuidadores, manifestados por adherencia, sobre control, conductas demandantes, y/o conductas agresivas, opositoristas. Son*

TRASTORNO DEL DESARROLLO MULTIPLE Y COMPLEJO.

Comparación con la Disarmonía Psicótica

Dra. María Magdalena Contreras

- comunes los afectos divididos, con cambios de amor a odio hacia padres, maestros o terapeutas.*
- d. Profundas limitaciones en la capacidad de empatía o lectura o comprensión de los afectos de los otros de forma ajustada.*
- 3. Alteraciones del procesamiento cognitivo (trastornos del pensamiento) manifestados por uno de los siguientes:*
- a. Problemas en el pensamiento que están fuera de las proporciones de la edad mental, como irracionalidad, intrusiones súbitas en procesos de pensamiento normales, pensamiento mágico, neologismos o palabras sin sentido repetidas una y otra vez, pensamiento delirante, ideas bizarras, ilógicas vociferadas.*
- b. Confusión entre vida real y fantasía.*
- c. Perplejidad y fácil confusión (problemas para comprender los procesos sociales que están ocurriendo y mantener sus pensamientos ordenados).*
- d. Delirios, como fantasías de omnipotencia personal, preocupaciones paranoides, sobre involucramiento con figuras de fantasía, fantasías grandiosas de poderes especiales, o ideación referencial.*
- 4. Ausencia de diagnóstico de autismo.*
- 5. Duración de los síntomas más de 6 meses.*

El objetivo del trabajo de Towbin fue proponer y comenzar la validación de criterios para un síndrome denominado ***“Trastorno Múltiple y Complejo del Desarrollo”***, y para ello estudió 30 niños de 5 a 13 años, que cumplieran con los criterios dados, y los comparó con otros dos grupos de niños con diagnósticos psiquiátricos: 30 con distimia, y 30 con trastornos de conducta. Encontró que los niños con TMCD tenían criterios independientes, consistentes con la visión del TMCD como un trastorno del desarrollo, y fácilmente diferenciables de los otros. Encontró también mayor cantidad de antecedentes psiquiátricos en las madres de estos niños que en los otros dos grupos, lo que podría hablar de un riesgo mayor de vulnerabilidad psiquiátrica para sintomatología severa.

Al considerar este trastorno como un trastorno del desarrollo, Towbin sugiere realizar en niños con estos síntomas una exhaustiva historia, remontándose a los primeros años de vida de los pacientes. Esta consideración tiene además implicancias clínicas, ya que las intervenciones deben tender a favorecer el desarrollo global del niño, educar y fortalecer a la familia, y apoyar sus vulnerabilidades. Igualmente respecto de la medicación, se deben considerar los efectos secundarios y los beneficios de las mismas, pesando los efectos secundarios que puedan comprometer el desarrollo versus los trastornos causados por la patología.

Hay un trabajo similar de Ad-Dab'Bag y col. respecto de la crítica del término “síndrome *borderline* de la niñez” y el TMCD, apoyando la postura de un trastorno diferente de acuerdo a una revisión bibliográfica que ellos efectuaron. (7) También encuentran falta de evidencia en demostrar continuidad entre el MCDD y el trastorno de la personalidad *borderline* del adulto.

Van der Gaag y col. revisaron las historias de 105 pacientes de 7 a 20 años de edad con TMCD, 32 con trastorno autista, y niños con trastornos no autistas: 51 con trastornos de externalización y 56 con trastornos de internalización. Encontraron que los individuos con TMCD estaban más discapacitados y se podían distinguir de los niños con trastorno autista en términos de trastornos del pensamiento, ansiedades primitivas y agresión. También se distinguían de los grupos no autistas por tener mayor compromiso en la interacción social, comunicación y patrones rígidos de conducta. Ellos concluyen que el TMCD es una subcategoría de TGD válida de por sí, más que una variante de autismo atípico. (8,9)

En 1998, Buitelaar y van der Gaag, realizaron un estudio para examinar las reglas diagnósticas de los TGD no especificados (TGD NE) y del TMCD, utilizando el diagnóstico clínico como *gold standard*. Es así que analizaron las historias clínicas de 105 niños con TGD NE y TMCD de hasta 12 años de edad, todos con cociente intelectual mayor a 70 (9). Para clasificar a los niños dentro de la categoría de TMCD utilizaron los criterios de Towbin (5)

Tomaron además tres grupos de comparación: un grupo de niños con autismo, uno con trastornos emocionales y otro con trastornos perturbadores de la conducta.

Encontraron que un número de 8 criterios del TMCD tenían el mayor poder discriminativo. Estos comprendían: 3 criterios de desregulación afectiva y ansiedad, dos de interacción social, y 3 de trastorno del pensamiento. Cuando al menos 5 de los 8 estaban presentes, los valores predictivos totales eran de 95% para diferenciar niños que presentaban un TGDNE y niños no TGD y de 87% para diferenciar entre niños con TGDNE y con autismo.

Esta es la regla de puntaje más parsimoniosa y efectiva a la que llegaron los autores para utilizarse en investigación del TMCD:

Un total de 5 ítems (o más) de (1), (2) y (3), con al menos 1 de (1), uno de (2) y uno de (3):

- (1) Alteración de la regulación de los estados afectivos y ansiedades:*
 - a. Temores y fobias peculiares e inusuales, o reacciones frecuentes. idiosincrásicas o de ansiedad bizarras.*
 - b. Episodios recurrentes de pánico o desborde de ansiedad.*
 - c. Episodios de desorganización conductual expresados por conductas marcadamente inmaduras, primitivas, o violentas.*
- (2) Alteración de la relación social:*
 - a. Desinterés, aislamiento, evitación o repliegue social.*
 - b. Apegos marcadamente perturbados y/o ambivalentes.*
- (3) Presencia de trastorno del pensamiento:*
 - a. Irracionalidad, pensamiento mágico, intrusiones súbitas en procesos del pensamiento normales, ideas bizarras, neologismos, o repetición de palabras sin sentido.*
 - b. Perplejidad y confusión fácil.*

TRASTORNO DEL DESARROLLO MULTIPLE Y COMPLEJO.

Comparación con la Disarmonía Psicótica

Dra. María Magdalena Contreras

c. Ideas sobrevaluadas, como fantasías de omnipotencia, preocupaciones paranoides, sobre involucramiento con figuras de fantasía, ideación referencial.

Estos autores, Buitelaar y van der Gagg, con otros colaboradores, delinearon el Proyecto: Seguimiento del Trastorno Múltiple y Complejo del Desarrollo, en la División de Psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Utrecht, con el propósito de seguir hasta la adultez a niños con este diagnóstico, para comprobar si el concepto clínico de TMCD, que en un comienzo forma parte del espectro de los TGD, a lo largo del curso de la vida se desvía en dirección del espectro de la esquizofrenia. Este proyecto comenzó en 1997, y según figura en su página de Internet, aún no finalizó. (11)

En un estudio reciente, van der Gaag y col, compararon los puntajes en trastornos del pensamiento formal (TPF) en niños con diagnóstico de TMCD, niños con autismo, niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), niños con trastornos de ansiedad y controles normales. Utilizando una escala de trastornos del pensamiento formal (Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale, K-FTDS), encontraron puntajes altos en niños con TMCD, y autismo.

En esta escala, se puntuaron los siguientes fenómenos: pensamiento ilógico (cuando el niño utiliza expresiones causales de forma inapropiada; o presenta razonamientos infundados o inapropiados en expresiones no causales, o se contradice dentro de una o dos expresiones efectuando y refutando afirmaciones simultáneamente), asociaciones desintegradas (cambio del tópico de la conversación hacia otro no relacionado sin preparar al interlocutor para ese cambio de tópico) y pobreza del contenido del discurso (frente a por lo menos dos expresiones, el niño no elabora el tópico). Una expresión se puntuaba como incoherencia si el interlocutor no puede comprender el contenido debido a una sintaxis desordenada

Estos autores encontraron mayor cantidad de asociaciones desintegradas en los grupos de TMCD y autismo comparadas con los otros grupos. Los niños autistas presentaron promedios mayores en pensamiento ilógico y asociaciones desintegradas, lo que para ellos refleja la severidad de la psicopatología del grupo autista, apoyando su hipótesis de que el autismo y el TMCD se encuentran en un continuo de severidad dentro del espectro autista. Teniendo en cuenta la asociación de los TPF con la edad, cognición y lenguaje, las correlaciones significativas negativas de los puntajes de TPF con la edad verbal y el CI verbal a lo largo de todos los grupos de estudio, consideran que en estos trastornos, los TPF reflejan una inmadurez y subdesarrollo del procesamiento y habilidades verbales.

Concluyen expresando que desde el punto de vista clínico, los trastornos del pensamiento no son específicos de la esquizofrenia, y que su presencia en los niños con TMCD y autismo no apoyan un diagnóstico de esa patología, ya que serían otra faceta de la alteración en el desarrollo de la comunicación que presentan estos los niños. El pobre mantenimiento del tópico de conversación es a menudo parte de los trastornos pragmáticos del lenguaje de niños en el espectro autista, y aún de niños con TDAH. Recientes estudios de imágenes con RMN sugieren un posible rol del núcleo accumbens (un nodo subcortical para guiar el flujo de información) en los trastornos del

TRASTORNO DEL DESARROLLO MÚLTIPLE Y COMPLEJO.

Comparación con la Disarmonía Psicótica

Dra. María Magdalena Contreras

pensamiento. Habría un compromiso en déficits primarios del procesamiento de la información niños con persistencia de TPF a una edad mental mayor de 7 años. (12)

En resumen, el TMCD está aún en investigación, si bien existen diversos estudios que avalan su existencia, y la mayoría de los autores apoyan su inclusión dentro de los TGD, Frazier, en un editorial reciente, llama al TMCD así como a otros trastornos de niños y adolescentes en que existen trastornos del pensamiento, la comunicación, con fuertes historias familiares de esquizofrenia y síntomas psicóticos atípicos y que no cumplen criterios existentes dentro de los diagnósticos del DSM IV (13), trastornos “Sin hogar diagnóstico y necesitando un lugar apropiado” (14)

Mientras tanto, en Francia, país de larga trayectoria psicoanalítica, en 1997 se comenzó a hablar de “disarmonías psicóticas”. Los franceses basan muchas de sus entidades en el concepto de Anna Freud de « disarmonías en el desarrollo » (15), expresadas como desbalances en la evolución del desarrollo. Adhieren, además, al concepto de trastornos límites y pre-psicosis, considerándolos como indicaciones de elección del trabajo psicoanalítico con niños (16). Las disarmonías psicóticas figuran en la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA) (17) dentro del Autismo y Trastornos Psicóticos.

Según Roger Mises, en los criterios diagnósticos de este trastorno se encuentran intrincados dos tipos de hechos: de un lado, la presencia de una innegable disarmonía evolutiva, y del otro la emergencia de rasgos estructurales específicos de la psicosis. (18).

La disarmonía psicótica tiene las siguientes características, de acuerdo a la CFTMEA:

- 1. Se manifiesta a partir de la edad de 3 a 4 años.*
- 2. La sintomatología varía de un caso a otro y en el mismo niño, se modifica a lo largo de la evolución. Entre los motivos de consulta se encuentran manifestaciones somáticas o conductuales, inestabilidad, inhibiciones severas, manifestaciones fóbicas, histéricas u obsesivas, disarmonías en la emergencia del lenguaje y de la psicomotricidad sin que el déficit intelectual medido por tests ocupe un lugar central, al menos durante el período inicial. Los fracasos en la escolarización son frecuentes (fobias escolares, dificultades de aprendizaje).*
- 3. Detrás de esta sintomatología variable, los rasgos y mecanismos de la serie psicótica constituyen un elemento común: amenaza de ruptura con la realidad, ausencia o mala organización del sentimiento de yo y de las relaciones con la realidad; tendencia al desborde del pensamiento por afectos y representaciones de extrema dureza; las angustias son de diversos tipos: angustias depresivas y de separación, a veces ataques de pánico; domina una relación dual con incapacidad de acceso a los conflictos y a formas de identificación más evolucionadas; predominancia de posturas y de intereses muy primitivos.*

TRASTORNO DEL DESARROLLO MULTIPLE Y COMPLEJO.

Comparación con la Disarmonía Psicótica

Dra. María Magdalena Contreras

4. *A pesar de estos rasgos y mecanismos propios de la psicosis, las capacidades de adaptación y de control aseguran a menudo una protección contra los riesgos de desorganización. Así, los modos de expresión patológicos pueden estar limitados a ciertas áreas o no se manifiestan abiertamente más que en ciertas fases evolutivas. Esta adaptación descansa sobre la puesta en marcha de modalidades que implican restricciones notables en los intercambios con los demás.*

En 1997, varios psiquiatras/psicoanalistas franceses, entre ellos Sylvie Tordjman escriben un artículo con Donald Cohen, mostrando las similitudes y las diferencias de estos dos trastornos. Algunas divergencias serían: 1. el concepto de disarmonía psicótica implica, no sólo la posibilidad de evolución a un plazo más o menos largo (como los TMCD), sino la posibilidad de una sintomatología variable de un caso al otro, y dentro del mismo niño; 2. en el plano psicopatológico, los TMCD difieren de las disarmonías psicóticas en cuanto al lugar acordado a la noción de psicosis y de « trastorno del desarrollo »; 3. el análisis psicopatológico está presente desde el comienzo en las disarmonías psicóticas mientras que la definición del TMCD se basa esencialmente en una descripción sindrómica y conductual. El enfoque americano precisa criterios diagnósticos explícitos, como hacen las clasificaciones internacionales, mientras que el enfoque francés subraya los mecanismos psicodinámicos. (19). O sea que para los franceses, este trastorno sería una manifestación mental expresión de un conflicto psíquico, mientras que la noción de trastorno del desarrollo en general está relacionada con un trastorno neurobiológico que compromete el desarrollo del niño en un área (por ejemplo, trastornos del lenguaje) o diversas áreas. Debido a estas diferentes concepciones, el abordaje terapéutico también difiere.

No se encuentran en la bibliografía actual, trabajos que apliquen el método científico al estudio de las disarmonías psicóticas tal como se ha hecho con el TMCD, sólo existen publicaciones de casos únicos (20, 21).

En una publicación reciente hecha en Francia, sobre parámetros prácticos para el reconocimiento temprano del autismo, al intentar transformar los trastornos descritos en la CFTMEA en trastornos enunciados en la CIE 10 (22), aconsejan colocar a la disarmonía psicótica como TGD NE (23), en coincidencia con lo que expresó Cohen en sus trabajos.(3, 4)

Este tema formó parte de la declaración de Venecia de la IACAPAP (Internacional Association for Child and Adolescent Psychiatry and allied Professions), expresando la necesidad de investigación fenomenológica y biológica de niños diagnosticados con otros tipos de TGD, incluyendo trastornos como el TMCD/disarmonía psicótica. (24)

Conclusión:

Si bien investigadores de las dos concepciones han tratado de acercar los síntomas de estos dos trastornos, las bases ideológicas sobre las que se edifican no sólo la

TRASTORNO DEL DESARROLLO MÚLTIPLE Y COMPLEJO.

Comparación con la Disarmonía Psicótica

Dra. María Magdalena Contreras

disarmonía psicótica, sino el resto de las entidades enumeradas en la CFTMEA, van a hacer difícil una convergencia entre ambas. Tal vez las coincidencias sólo se den el plano clínico. Las estrategias del estudio de los trastornos elaboradas por investigadores como van der Gaag, el grupo de Yale, etc., difieren totalmente de las de los franceses, y esto lleva a diferentes interpretaciones de los hallazgos clínicos, así como a su abordaje terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Cohen DJ, Rhea P, Volkmar F: Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: toward DSM IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1986, 25,2:213-220
2. DSM-III Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1985, Barcelona, Editorial Masson
3. <http://www.med.yale.edu/chldstdy/autism/mdd.html>
4. Klin A, Mayes LC, Volkmar FR, Cohen DJ. Multiplex Developmental Disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1995, 16:S7-S11.
5. Mercadante MT, van der Gaag RJ, Schwartzman JS. Non-Autistic Pervasive Developmental Disorders: Rett's syndrome, childhood disintegrative disorder and pervasive developmental disorder not otherwise specified.. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006 28(Suppl 1):S:12-20
6. Towbin KE, Dykens E, Pearson GS, Cohen D. Conceptualizing "Borderline Syndrome of Childhood" and "Childhood Schizophrenia" as a Developmental Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993, 32, 4:775-782.
7. Ad-Dab'Bag Y, Greenfield B. Multiple Complex Developmental Disorder: The "Multiple and Complex" Evolution of the "Childhood Borderline Syndrome" Construct. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001, 40 (8):954-964
8. Van der Gaag RJ, Buitelaar J, Van den Ban E., Bezemer M., Van Engeland H. A Controlled Multivariate Chart Review of Multiple Complex Developmental Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34 (8): 1096-1106.
9. Scheeringa MS. The Differential Diagnosis of Impaired Reciprocal Interaction in Children: A Review of Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 2001.32 (1): 71-88.
10. Buitelaar JK, van der Gaag RJ. Diagnostic Rules for Children with PDD-NOS and Multiple Complex Developmental Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1998, 39 (6): 911-919
11. <http://www.mcdd.info/mcddjongvolwassenheid.htm>
12. Van der Gaag RJ, Caplan R, van Engeland H, Loman F, Buitelaar J. A Controlled study of Formal Thought Disorder in Children with Autism and

TRASTORNO DEL DESARROLLO MÚLTIPLE Y COMPLEJO.

Comparación con la Disarmonía Psicótica

Dra. María Magdalena Contreras

- Multiple Complex Developmental Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2005. 15 (3):465-476
13. DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 2002. Editorial Masson.
 14. Frazier JA, Carlson G. Diagnostically Homeless and Needing Appropriate Placement. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2005.15 (3): 337-343
 15. Sandler J., Reflections on Some Relations Between Psychoanalytic Concepts and Psychoanalytic Practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 1992. 73, 189-98
 16. Guédeney A. Les enjeux d'une classification et ses liens à la psychopathologie chez le jeune enfant, *Devenir*, 1998, 10 (1): 17-25,
 17. Misès R., Quemada N., Botbol M., Bursztejn CL., Durand B, Garrabe J, Golse B, Jeammet Ph, Plantade A, Portelli C, Thevenot J-P Classification Française des Troubles Mentaux de l' Enfant et de l'Adolescent, 2002, *Ann. Med. Psychol.*, 160 : 242-6
 18. Misès Roger Les dysharmonies psychotiques : une approche nosographique. [Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence](#). 2000. 48 (6):396-401
 19. Tordjman S. ; Ferrari P. ; Golse B.; Bursztejn C. ; Botbol M. ; Lebovici S. ; Cohen D. J. Dysharmonies psychotiques et multiplex developmental disorder : Histoire d'une convergence. *La Psychiatrie de l'enfant* 1997, 40(2) : 473-504
 20. Touati B. Le jeu, l'originaire et le double. *Revue Française de Psychanalyse*. 2004 68(1) :157-169.
 21. Bercier MC, Vivaldi J, Benony H. Dysharmonie psychotique et psychothérapie à propos du cas d'un enfant atteint du syndrome de Williams-Beuren. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2003, 51(8): 439-449
 22. Clasificación Internacional de Enfermedades 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial para la Salud. Ginebra. 1992
 23. Hozer L., Mihailescu R, Rodrigues-Degaëff C, Junier L, Muller.Nix C, Halfon O, Ansermet F. Community Introduction of Practice Parameters for Autistic Spectrum Disorders: Advancing Early Recognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006.36 (2):249-262
 24. IACAPAP. Declaration of Venice. Autism and Pervasive Developmental Disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999 8 (2):157-158

DATOS DE LA AUTORA

TRASTORNO DEL DESARROLLO MÚLTIPLE Y COMPLEJO.
Comparación con la Disarmonía Psicótica
Dra. María Magdalena Contreras

Dra. María Magdalena Contreras

Salta 2399. Olivos 1636

Teléfono: 4790-1755

Correo electrónico: mmcontre@fibertel.com.ar

**Pediatra especializada en desarrollo. Médica principal del
Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Hospital Dr. Juan P.
Garran**