



Trastorno de Estrés Postraumático Complejo y Trastorno Límite de la Personalidad

Antecedentes

Cuatro décadas después de haber propuesto el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como un diagnóstico alterno al Trastorno Límite de Personalidad (TLP) para conceptualizar y tratar los síntomas de adultos que sufrieron trauma interpersonal repetitivo y prolongado, la validez y utilidad del TEPTC continúa siendo motivo de controversia.

En las últimas dos décadas el TEPTC no se incluía como un diagnóstico separado en el Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). Sin embargo, la evidencia empírica muestra que el núcleo de las características del TEPTC son distintas desde el punto de vista clínico y conceptual del TEPT, lo que ha dado lugar a una formulación revisada de TEPTC que fue adoptado como diagnóstico por la CIE-11 definiéndolo como uno de los dos síntomas de cada uno de los tres criterios del DSM-IV para el TEPT (es decir, reexperimentación intrusiva, evitación, estado de hiperalerta) y uno de los dos síntomas de cada uno de los tres dominios de alteraciones de la autoorganización (AAO). Los síntomas de las alteraciones de la autoorganización del TEPTC son:

- entumecimiento y desregulación emocionales,
- autopercepción negativa, y
- desapego emocional en las relaciones.

En la tabla 1 se muestra la prevalencia de los trastornos revisados en este artículo.

Tabla 1. Prevalencia del TLP, TEPT y TEPTC

	Población adulta general	Población adulta en tratamiento psiquiátrico
TLP	0.7-3.5%	9-18%
TEPT	3.9-4.4%	2-39%
TEPTC	0.5-7.7%	36%

En diversos estudios se ha encontrado que tanto el TEPT, el TEPTC y el TLP ocurren frecuentemente de manera comórbida. En la tabla 2 se muestran los porcentajes de la tasa de comorbilidad entre dichas entidades documentados por diferentes autores.

En la actualidad, para poder utilizar un instrumento estandarizado del TEPTC desarrollado por la CIE-11, es necesario realizar más estimaciones de la prevalencia y la comorbilidad entre estos trastornos, además de los subsecuentes estudios multirraciales con las poblaciones que hayan estado expuestas al trauma.

Fenomenología clínica del TLP, TEPT y TEPTC

El TLP y el TEPT son distintos con respecto a las definiciones cualitativas de sus características diagnósticas; sin embargo, se

ha encontrado que sus sintomatologías se suelen superponer. En versiones antiguas del DSM y de la CIE (DSM-IV y CIE-10), los síntomas del TEPT (p. ej., amnesia disociativa y flashbacks, entumecimiento emocional e ira) son similares a las características del TLP (p. ej., disociaciones transitorias, sensación de vacío crónico e ira intensa). En el DSM-5, se revisaron los criterios para el TEPT incluyendo nuevos síntomas como cambios negativos en la cognición y las emociones y comportamientos paralelos con otros criterios para TLP (p. ej., alteración de la identidad, desconfianza hacia otros, afecto inestable y disfórico).

En términos del TEPTC, los tres dominios de las alteraciones en la autoorganización (AAO) (desregulación emocional, autopercepción negativa, dificultad para las relaciones interpersonales) son también características paralelas con el TLP. Sin embargo, los síntomas específicos de las AAO son relativamente distintos de los síntomas de TLP. En el TEPTC, la desregulación emocional incluye dificultad crónica para calmarse en estado de angustia, entumecimiento emocional crónico, pero no incluye labilidad emocional, ira extrema incontrolada y descontrol emocional profundo encontrado en el TLP.

Mientras que la autoimagen de los pacientes con TLP es una percepción inestable y fragmentada que cambia abruptamente de autopercepciones negativas a autopercepciones exageradamente positivas; en los pacientes con TEPTC, esta percepción permanece persistentemente negativa con tendencia a un sentimiento estable y crónico de culpa, vergüenza y minusvalía. Cuando los pacientes con TEPTC y TLP presentan severas dificultades para las relaciones interpersonales, los pacientes con TLP presentan dificultades en las relaciones que se manifiestan con un rápido inicio de las relación y alternancia entre la idealización y devaluación que incluye: relaciones intensas, volátiles y hostiles con alternancia en enredo y desapego para evitar un abandono real o imaginario. Por otro lado, en los pacientes con TEPTC, la dificultad para vincularse con los otros radica en evitación y desapego basado en miedo a generar un vínculo cercano.

Los dos diagnósticos también difieren en términos de tendencias suicidas. En el TLP, las tendencias suicidas ocurren junto con las conductas autolesivas como mecanismo de regulación emocional y, por lo tanto, se convierten en un objetivo terapéutico primario, mientras que en TEPTC estas conductas no son frecuentemente observadas.

Las investigaciones centradas en la persona han proporcionado evidencias de que el TLP y el TEPTC son algo distinto, pero con frecuente superposición de perfiles de síntomas que pueden ser comórbidos con los síntomas del TEPT.

Tabla 2. Comorbilidad del TLP, TEPT y TEPTC según diferentes estudios

Comorbilidad	Diagnóstico			Autor
	TLP	TEPT	TEPTC	
TLP	-	-	79%	Van Dijke A, Hopman JAB. (2018)
	-	8%	10%	Moller L. et al. (2020)
	-	-	8%	Cloitre M. et al. (2013)
	-	25-30%	-	Frias A, Palma C., et al. (2015)
TEPT	25-30%	-	-	Frias A, Palma C., et al. (2015)
TEPTC	40.5%	-	-	Van Dijke A, Hopman JAB. (2018)
	44%	-	-	Moller L. et al. (2020)
	50%	-	-	Cloitre M. et al. (2013)

La exposición crónica y acumulativa a múltiples tipos de trauma interpersonal, especialmente en periodos críticos del desarrollo durante la infancia; también, en la edad adulta, se ha correlacionado de manera incremental dosis-respuesta con el TEPTC. La polivictimización infantil (es decir, cuatro o más tipos de maltrato) se ha asociado a TEPTC *per se* y a la comorbilidad TEPT o TEPTC + TLP.

Bases neuropsicológicas

Se ha demostrado que las personas con TLP presentan hipoactivación de la zona dorsolateral de la corteza prefrontal (CPF) y aumento de la actividad entre el giro orbital y la amígdala en respuesta a emociones negativas. En el TLP, los déficits en la confianza interpersonal, el reconocimiento de las normas de equidad y la tolerancia a la soledad se han asociado a patrones alterados de la activación del cíngulo anterior y la ínsula. Estas formas específicas de desregulación interpersonal pueden ser distintivas del TLP, pero todavía falta determinar si están moduladas por el maltrato infantil o por el TEPT.

En el TLP, la dificultad para regalar el afecto y las dificultades en las relaciones interpersonales pueden implicar alteraciones cerebrales asociadas con inestabilidad y autoconciencia reflexiva, miedo al abandono, incapacidad para recuperarse de un afecto negativo intenso y, en algunos casos, alternancia de hiperalgesia y analgesia disociativa. Por el contrario, en las alteraciones de la autoorganización del TEPTC, las alteraciones cerebrales se relacionan con una autopercepción estable disfórica, hipervigilancia generalizada, evitación del dolor crónico, estados emocionales negativos, desapego de las relaciones y fragmentación disociativa de la conciencia con estados alternos de hiperalgesia y analgesia.

Las diferencias neurobiológicas entre el TLP y el maltrato infantil relacionado con TEPT/TEPTC son, por lo tanto, paralelos a las diferencias fenomenológicas y diagnósticas entre los trastornos.

Por esta confluencia de evidencias, vale preguntar si, dado los antecedentes traumáticos similares y la frecuente coocurrencia en estudios de investigación centrados en la persona, ¿por qué el TLP y el TEPTC no tienen más sustratos neurobiológicos similares y fenomenología clínica? Dos dominios prominentes tanto en el TLP como en el TEPTC serán considerados a continuación para abordar esa pregunta: por un lado, el apego desorganizado y la desregulación emocional y, por otro lado, la disociación patológica.

Apego desorganizado y desregulación emocional en TEPTC y TLP

El abuso y negligencia infantil por parte de los cuidadores primarios constituye un obstáculo para el desarrollo del modelo interno de apego seguro del niño. El desarrollo de apego inseguro en la infancia ha demostrado ser predictor negativo de la regulación emocional en la edad adulta. Cuando los cuidadores primarios representan una fuente impredecible de seguridad y, a la vez, de peligro para el niño, se desarrolla un patrón de búsqueda de cercanía y protección (acercamiento) como mecanismo biológico de supervivencia y, al mismo tiempo, se evita el contacto por miedo a ser lastimado o abandonado. Este modelo de vinculación se ha catalogado como apego desorganizado.

El TLP implica una infrarregulación generalizada de estrés intenso, relacionado con el rechazo y el abandono real o percibi-

bido, mientras que la desregulación emocional en el TEPT está caracterizada por intentos de sobrerregular (p. ej., entumecimiento emocional, evitación, disociación) relacionados con la angustia a recuerdos de experiencias traumáticas.

En el TEPTC, la desregulación emocional puede tomar la forma de regulación insuficiente o excesiva del trauma relacionado principalmente con las creencias sobre uno mismo y las relaciones (p. ej., culpa, vergüenza, impotencia, miedo a la cercanía). Se necesita más investigación para determinar cómo la desorganización del apego y la consiguiente desregulación emocional se asocian con el trauma complejo (como evaluados con los criterios de la CIE-11 y el TLP).

Disociación en TLP, TEPT y TEPTC

La disociación patológica puede ocurrir en el TEPT (es decir, el subtipo disociativo), en el TEPTC (como síntoma asociado) o TLP (en casos extremos en estados de desregulación emocional). Por tanto, la disociación parece desempeñar papeles diferentes en los tres trastornos, aunque se necesita determinar la naturaleza exacta de su implicación en cada uno de ellos. La disociación también parece estar involucrada en la relación del maltrato infantil tanto con el TEPTC como con el TLP de manera distinta al apego desorganizado o a la desregulación emocional. Es necesaria la evaluación del TEPTC mediante los criterios de la CIE-11 para clarificar las similitudes y diferencias del papel que desempeña la disociación en el TLP y en el TEPTC y para comprender las asociaciones entre el apego desorganizado, la desregulación emocional y la disociación en estos trastornos.

Conclusiones

Las investigaciones en la última década han proporcionado mayor claridad sobre la distinción entre TEPTC y TLP. En términos de evaluación clínica y tratamiento, la fenomenología y las bases neurobiológicas del TLP y el TEPTC sugieren que diferentes formas de desregulación emocional pueden evolucionar como consecuencia del maltrato infantil y de un apego desorganizado.

Se sugiere que el TEPT, TEPTC y el TLP son síndromes potencialmente comórbidos pero distintos. Los hallazgos presentados en esta revisión plantean la posibilidad de la existencia de un continuum de síndromes postraumáticos que comienzan con maltrato infantil u otro trauma de victimización y luego progresa hacia una morbilidad creciente de TEPT a TEPTC con alteraciones en la autoorganización y finalmente a la comorbilidad TLP y TEPTC.

En resumen, las interrelaciones del TEPT, las alteraciones de la autoorganización del TEPTC y el TLP se están volviendo más claras a medida que avanza la investigación epidemiológica, psicométrica, clínica y neurobiológica, pero se necesitan marcos conceptuales como el proporcionado por la teoría de la respuesta al estrés para guiar la teoría y la investigación sistemática futura, fundamentada en este dominio crucial de la salud mental.

Regina Ávila Bretherton / Hilda Marisol Galván Guerrero

Bibliografía

Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 2021;8(1):16. doi: 10.1186/s40479-021-00155-9



X Tratamiento asequible y efectivo:
\$27 pesos costo día de tratamiento.¹



Ranurada



Disponible en presentaciones
de 10 y 20 tabletas ranuradas

El camino a la Serenidad

Referencia: 1. Precio promedio, costo día de tratamiento: Farmacias San Pablo, De Arco, Farmalito, ISSIG y Guadalajara a Marzo 2021.



Portafolio
Antidepresivos

ISRS EFECTIVOS Y ACCESIBLES
acorde a las necesidades de
cada uno de sus pacientes

Fluoxac[®]
Fluoxetina

Xerenex[®]
Paroxetina

Sertex[®]
Sertralina

Remicital[®]
Citalopram

Selective[®]
Escitalopram

