

Artículo

Trastorno por Estrés Postraumático Complejo y Trastorno Límite de la Personalidad: El Debate Continúa. Propuesta de Diagnóstico Diferencial

María José Fernández-Guerrero 

Universidad Pontificia de Salamanca, España

INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 16, 2022
Aceptado: Abril 10, 2023

Palabras clave

Trastorno límite de la personalidad
Trastorno por estrés postraumático complejo
Trauma
Trastorno por estrés postraumático
Trauma complejo

RESUMEN

Tras la inclusión en la CIE-11 del diagnóstico de trastorno por estrés postraumático complejo (TEPTc) en 2020, se han sucedido las publicaciones que debaten sobre la pertinencia o no de tal entidad y sobre su distinción del trastorno límite de la personalidad (TLP). En el presente artículo de reflexión se persigue: 1. conocer si el TEPTc y el TLP son entidades distintas; 2. conocer el estado de la cuestión respecto a este tema; y 3. proponer un diagnóstico diferencial que ayude a su discriminación. Para dar cuenta de las dos primeras cuestiones, se ha realizado una revisión bibliográfica (no sistemática) de tipo cualitativo entre los años 2020 y 2022 (tiempo de vigencia del TEPTc en la CIE-11). En función de la información teórica y empírica hallada, y cumpliendo con el tercer objetivo, se propone un diagnóstico diferencial con el fin de arrojar luz a la distinción nosológica entre ambos constructos.

Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: The Debate Continues. Differential Diagnosis Proposal

ABSTRACT

Following the inclusion in the ICD-11 of the diagnosis of complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) in 2020, there has been a succession of publications debating the relevance or not of this entity and regarding its distinction from borderline personality disorder (BPD). The present reflection article aims to: 1. to understand whether c-PTSD and BPD are different entities; 2. to understand the state of the art regarding this issue; and 3. to propose a differential diagnosis that will help to distinguish between the two. To account for the first two questions, a qualitative (non-systematic) literature review was carried out between 2020 and 2022 (the period of validity of cPTSD in the ICD-11). Based on the theoretical and empirical information found, and achieving the third objective, a differential diagnosis is proposed in order to shed light on the nosological distinction between the two constructs.

Keywords:

Borderline Personality Disorder
Complex Posttraumatic Stress Disorder
Trauma
Posttraumatic Stress Disorder
Complex Trauma

El origen traumático de muchos trastornos psíquicos despierta el interés de científicos del área de la psicopatología y la psiquiatría; desde Félix Platter en el siglo XVII se ha considerado que determinadas situaciones extremas pueden provocar síntomas psicóticos, disociativos, depresivos, límites, etc. De alguna forma, al contemplar estos antecedentes en muchos trastornos mentales (el trastorno límite de la personalidad -TLP- entre ellos) estamos continuando la teoría traumática propuesta por Freud en 1893.

A raíz de la Guerra de Vietnam (que finalizó en 1975) y sus consecuencias psíquicas, la Asociación Americana de Psiquiatría introdujo en el DSM-III (APA, 1980) el *Trastorno por Estrés Postraumático* (TEPT): por primera vez, una entidad nosológica aparecía definida por su etiología observable.

Años más tarde, Judith Herman (1992) observó los síntomas de personas sometidas a situaciones extremas (violencia doméstica, sexual o abusos infantiles), que no encajaban en el diagnóstico de TEPT, proponiendo el *Trastorno de Estrés Postraumático Complejo* (TEPTc), con seis características: alteración en la regulación de los afectos, de la conciencia, de la autopercepción, percepción alterada del agresor, problemas en las relaciones y cambio en el sistema de valores. Su origen radica en experiencias de larga duración, continuas, acumulativas, invasivas, de tipo interpersonal (abuso sexual infantil, maltrato, abandono o negligencia ejercida por los cuidadores, violencia doméstica y/o de género, explotación sexual, genocidios, tortura...), con frecuencia vividas en edad infantil (aunque pueden producirse en cualquier momento evolutivo), en ambientes de alto riesgo de los que la persona no puede escapar (Felding et al., 2021; Herman, 1992; Krause-Utz, 2021). Es la continuidad, el carácter interpersonal y la imposibilidad de huida lo que lo diferencia del TEPT, cuyo desencadenante suele ser un evento único o limitado en el tiempo, de carácter interpersonal o no.

Como nos relata Van der Kolk (2015), él y otros profesionales de su equipo (Herman entre ellos) se fijaron en niños que habían sufrido o estaban sufriendo alteraciones en las relaciones tempranas con sus cuidadores: abusos emocionales, físicos y/o sexuales, abandonos o violencia doméstica. Consideraron que sus síntomas no encajaban ni con el diagnóstico de TEPT ni el de TEPTc, optando por denominarlo *trastorno de trauma del desarrollo* (TD), *trauma de apego* o *trauma relacional temprano* (Schore, 1994, 2022), como manera de adaptar el TEPTc a la infancia. Conlleva síntomas múltiples en diferentes áreas (apego, biología, regulación emocional, autorregulación, conciencia, control de la conducta, cognición y autoconcepto) derivados de la exposición repetida al trauma interpersonal en la infancia en el contexto diario de las relaciones de apego (Cervera-Pérez et al., 2020; López-Soler, 2008; Maercker, 2021; Spinazzola et al., 2021).

Sin embargo, estas propuestas apenas tuvieron eco en las clasificaciones diagnósticas oficiales. La única referencia se reflejó en el apéndice de la cuarta edición del DSM (APA, 1994), que incluyó un diagnóstico provisional: los *trastornos por estrés extremo no clasificados en otro lugar* (DESNOS por sus siglas en inglés).

En 2009, cuando el DSM-5 estaba en preparación, van der Kolk y su equipo enviaron a la APA la propuesta para que el TEPTc y el TD fueran incluidos en la nueva versión, propuesta que fue desestimada, aduciendo que “la idea de que las experiencias infantiles adversas provocan alteraciones sustanciales en el

desarrollo es más una intuición clínica que un hecho basado en la investigación” (Van der Kolk, 2015, p. 169). A la sorpresa del argumento le siguió ver cómo, cuando el DSM-5 vio la luz, también había desaparecido el DESNOS, limitándose a añadir un nuevo ítem al TEPT: alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (APA, 2013). En la revisión que acaba de aparecer, el DSM-5-TR (APA, 2023), no se ha producido ninguna modificación al respecto.

Además de introducir el TEPT, la CIE-10 (OMS, 1992) incluía una entidad denominada *Cambios duraderos de la personalidad tras experiencia catastrófica* (EPCACE por sus siglas en inglés) aunque este diagnóstico pasó prácticamente desapercibido. Pero en 2020, con la publicación de la nueva versión, la CIE-11, el TEPTc ha adquirido el reconocimiento oficial que los investigadores han estado persiguiendo.

La definición del TEPTc de la CIE-11 (OMS, 2020) implica que la persona ha de cumplir criterios para el diagnóstico de TEPT: 1. Reexperimentación del evento traumático, 2. Evitación de situaciones o recuerdos del acontecimiento, y 3. Sensación permanente de amenaza en forma de hipervigilancia y/o reacción de sobresalto aumentada. A esto se añaden los denominados *trastornos de la organización del yo*: 1. Problemas de regulación del afecto, 2. Sentimiento respecto a uno mismo de estar disminuido, derrotado o sin valor, vergüenza, culpa o fracaso, y, 3. Dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás.

El título de oficialidad del TEPTc por parte de la OMS ha dado pie a que las investigaciones sobre él aumenten, que se vincule a determinados trastornos y a que surjan las controversias. Entre estas últimas destaca aquella que plantea la validez del TEPTc como diagnóstico independiente dado el solapamiento de sus síntomas tanto con el TEPT como con el TLP, con el cual comparte (aparentemente) los problemas en la regulación del afecto, autopercepción y relaciones interpersonales.

Quizá deberíamos valorar a qué llamamos trauma. Cuando una persona se enfrenta a un escenario (de forma directa o como testigo) que supone amenaza, riesgo de muerte, lesión física o violencia sexual, o si descubre que alguien cercano se ha visto expuesto a esas circunstancias, en estos supuestos la persona se ha visto involucrada en una situación traumática que puede tener consecuencias psíquicas como el TEPT. Pero también hay que considerar otra serie de circunstancias que Kwon (2022) denomina traumas “con t minúscula”: experiencias angustiosas como maltrato verbal, abandono, acoso escolar, invalidación emocional, negligencia... contextos que, por su carácter de continuidad, van generando una reacción de estrés que deja su huella en el cerebro y en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, sobre todo si ese estrés se vive en la niñez o adolescencia y si, además, son situaciones que pasan desapercibidas externamente y tienen un carácter acumulativo. Por ende, también puede ejercer su acción nociva aquello que no ha pasado cuando tenía que haberse producido: una mirada, una sonrisa, ser tenido en cuenta o un abrazo de consuelo.

En concreto, el trauma complejo se refiere a experiencias negativas tempranas que implican abandono y/o abuso, que se dan en una relación de apego con el cuidador primario, lo que implica que la figura que se supone que debe dar cariño, amor y protección al niño es, al mismo tiempo, fuente de ansiedad, amenaza, abandono y/o abuso (Luyten et al., 2020). Lo que suele ocurrir es que el trauma complejo no se produce de manera aislada, sino que forma parte de un “ambiente de riesgo” (Cicchetti y Toth, 2005 como se

citó en Luyten et al., 2020), dándose simultáneamente abusos sexuales, físicos, psíquicos, abandono, invalidación emocional y/o acoso escolar (Bozzatello et al., 2021; Jowett et al., 2020; Lawless y Tarren-Sweeney, 2022; Luyten et al., 2020).

Muchos autores han señalado la existencia de una historia de trauma infantil en sujetos con TLP adulto, proponiendo que el TLP es una forma de expresión del TEPTc, o una forma compleja o crónica de TEPT (Herman, 1992; Herman et al., 1989; Kroll, 1993; Kulkarni, 2017; Zanarini, 2000) con el que comparte alteraciones en cinco áreas fundamentales: regulación afectiva, control de los impulsos, prueba de realidad, relaciones interpersonales e integración del self (Fonagy y Luyten, 2016; MacIntosh et al., 2015).

Sin embargo, también se han alzado voces en contra de esa equiparación, tachándola de simplista y apuntando a la confusión entre riesgo y causa. ¿Cómo se explica, según este criterio, que muchos TLP no tengan antecedentes de eventos traumáticos? La presencia de acontecimientos adversos en la infancia es un factor de riesgo, aunque ni necesario ni suficiente para explicar el surgimiento del TLP, ya que ese factor no es capaz de dar solución al dilema de por qué algunos supervivientes de abusos o maltratos desarrollan TLP mientras que otros no. Que la presencia de tales acontecimientos no sale gratis es cierto, pero la idea de que determinados traumas infantiles conllevarán trastornos específicos (como el TLP) carece de fundamento, ignorando el principio de equifinalidad/multifinalidad o multideterminación (Paris, 2015; Talarn et al., 2013) y la interrelación con factores biológicos y de temperamento que ejercen como elementos de vulnerabilidad (Bozzatello et al., 2021; Goodman y Yehuda, 2002; Krause-Utz, 2021). Así, siendo eventos que pueden agravar los síntomas TLP y su curso, empeorando el pronóstico, no son imprescindibles para su diagnóstico (a diferencia del TEPT y TEPTc).

Puntos del Debate

Las dudas que ha despertado el constructo TEPTc surgieron desde el momento en que se formuló; contemplando que, con frecuencia, los pacientes TLP reportan haber sufrido experiencias adversas, el debate sobre la comorbilidad o la pertinencia del diagnóstico TEPTc estaba servido. Veamos algunos puntos sobre los que gira la controversia.

Ford y Courtois (2014, 2021) apuntan a la frecuencia de antecedentes de trauma interpersonal extremo en sujetos TLP, si bien es el abandono emocional y físico el que ejerce un papel básico en su desarrollo, mientras que el abuso sexual y el maltrato es más susceptible de provocar TEPTc. Para Bozzatello et al. (2021), tanto en sujetos con TEPTc como con TLP, la exposición a determinadas experiencias recientes puede reactivar traumas precoces, conduciendo a una revictimización; asimismo, en sujetos TLP, la desregulación emocional, la impulsividad, la exposición a situaciones de riesgo o la intensa respuesta emocional puede llevarlos a involucrarse en circunstancias adversas en la vida adulta, surgiendo una politraumatización que puede desencadenar TEPT y/o TEPTc comórbidos. Además, las dificultades de regulación emocional también pueden aumentar la tendencia a percibir determinados acontecimientos (sobre todo de carácter interpersonal) como amenazantes y traumáticos (Ford y Courtois, 2014, 2021; Hyland et al., 2019; Jowett et al., 2020; Kulkarni, 2017), aumentando la vulnerabilidad y el riesgo de comorbilidad.

Muchos estudios hallan claros aspectos comunes entre TEPTc y TLP. Van Dijke et al. (2013) señalan el elevado riesgo de trauma infantil o de TEPTc en sujetos TLP, pero afirman que el TEPTc no es exclusivo del TLP y, por lo tanto, no son conceptos sinónimos. Hyland et al. (2019) resaltan que no es razonable esperar que los síntomas TEPT, TEPTc y TLP sean completamente distintos unos de otros: las coincidencias y los solapamientos existen (como entre tantas entidades diagnósticas), pero eso no los convierte en equivalentes. En la misma línea, Jowett et al. (2020) indican que las áreas implicadas en ambos cuadros son similares (regulación emocional, sentido del self y relaciones interpersonales), pero las manifestaciones fenomenológicas son diferentes en uno u otro. En este sentido, en la documentación revisada predomina la concepción de que el TEPTc debe considerarse una entidad independiente tanto del TEPT como del TLP (Cloitre, 2020; Ford y Courtois, 2021; Luyten et al., 2020; Maercker, 2021; Nestgaard Rød y Schmidt, 2021). El análisis más detallado es el realizado por Ford y Courtois (2021), cuyo trabajo supone una actualización del elaborado por los mismos autores en 2014. Ambos estudios constituyen una aportación fundamental para comprender la diferencia entre los constructos, concluyendo que TLP, TEPTc y TEPT son síndromes diferentes, aunque a menudo comórbidos.

En 2021, Nestgaard Rød y Schmidt llevan a cabo una revisión bibliográfica de aportaciones previas (similar al presente estudio aunque con otro objetivo), observando que todos los trabajos analizados consideran que el TEPTc es diferente al TLP menos uno (el de Saraiya et al., 2021), conclusión similar a la que se llega en el presente trabajo, como se verá más adelante. Otros documentos aportan elementos concretos, como la importancia del trauma complejo en el desarrollo de la difusión de identidad propia del TLP y del TEPTc, análisis enmarcado en la teoría de la mentalización (Luyten et al., 2020), o la presencia de síntomas disociativos como elemento nuclear de ambos diagnósticos (Krause-Utz, 2022).

En este debate también aparece la propuesta de considerar el TLP como un trastorno del espectro traumático (Ford y Courtois, 2014, 2021; Giourou et al., 2018, Nestgaard Rød y Schmidt, 2021), esto es, un grupo de trastornos que tienen en común la historia de trauma y que forman un continuum en cuanto a gravedad de síntomas. Así, el TEPTc constituiría un punto intermedio de gravedad entre el TEPT (extremo más leve) y el TLP (mayor gravedad). Giourou et al. (2018) reconocen que el TLP es una categoría diagnóstica heterogénea que puede incluir muchos subtipos, por lo que en ese continuo antes propuesto solo se incluirían algunos casos de TLP, siendo necesaria una clasificación más etiológica que descriptiva.

Debido a la confusión que provoca, hay autores que discuten la utilidad del diagnóstico TEPTc para la práctica clínica, apuntando que el TEPTc no es más que la suma de TEPT más TLP (Cloitre et al., 2014; Cloitre, 2020); otros resaltan que no es un diagnóstico válido para adolescentes en régimen de tutela, insinuando una denominación más adecuada para ese grupo poblacional: “trastorno complejo adolescente” (Lawless y Tarren-Sweeney, 2022); en otro estudio se descarta que haya diferencias entre el TLP y el TEPTc, por lo que su existencia no aportaría nada (Saraiya et al., 2021).

Estudio Bibliométrico

Los objetivos del presente trabajo se dirigieron a tres propósitos: 1. Averiguar si el TEPTc y el TLP eran entidades

independientes; 2. Calibrar el estado de la cuestión desde la “oficialidad” del diagnóstico TEPTc; y, en función de los documentos analizados, 3. Proponer un diagnóstico diferencial entre ambas entidades.

Método

Aparte del análisis y estudio de documentos teóricos sobre el tema, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de tipo cualitativo, no sistemática (aunque se siguieron algunas pautas para revisiones sistemáticas), mediante una búsqueda en las bases de datos *Scopus*, *Web of Science*, *Psicodoc*, *PsycInfo* y *Medline*.

Estrategia de Búsqueda y Selección

El rastreo incluía artículos en una horquilla temporal entre enero de 2020 y junio de 2022 (tiempo de vigencia del diagnóstico TEPTc en la CIE-11) aplicando criterios de inclusión y exclusión (ver *Tabla 1*). Los términos de búsqueda fueron “borderline personality disorder” AND “complex trauma”, “borderline personality disorder” AND “complex posttraumatic stress disorder” en el título o en palabras clave. Una vez recopilados los resultados y analizados los resúmenes, se procedió a revisar el texto completo para comprobar que los documentos se ajustaban al propósito de la búsqueda. El resultado es el reflejado en la *Figura 1*. En la *Tabla 2* aparecen especificados los estudios incluidos en la revisión.

Al no ser el objetivo del presente trabajo la realización de una revisión sistemática en sentido estricto, no se contemplaron criterios en función del tipo de muestra utilizada en los estudios, rango de edad o diseño utilizado en ellos, dado que el propósito radica en una revisión meramente nosológica.

Resultados

Como se aprecia en la *Tabla 2*, muchos estudios coinciden en metodología (predomina el análisis de clases latentes), tipo de muestra (sujetos con antecedentes de suceso traumático) e instrumentos aplicados (medidas de autoinforme). Solo las investigaciones de *Karatzias et al. (2022)*, *Gelezelyte et al. (2022)* y *Lawless y Tarren-Sweeney (2022)* emplean análisis correlacionales. En cuanto a los instrumentos de medida utilizados, solo *Gelezelyte et al. (2022)* recurren a una entrevista semiestructurada, la *International Trauma Interview (ITI)*, para la valoración de los síntomas TEPTc según criterios CIE-11; el resto de los estudios emplean instrumentos autoaplicados. Respecto a la muestra seleccionada, únicamente el trabajo de *Frost, Hyland et al. (2020)* trabajó con sujetos víctimas de un trauma en concreto (trauma sexual), el resto emplean muestras que han sufrido eventos traumáticos de diversa entidad.

Tabla 1
Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos académicos	Revisiones teóricas / editoriales
Texto completo	Sin acceso completo
Inglés o castellano	Idioma diferente al inglés o castellano
Artículos empíricos	Influencia del trauma en trastornos distintos al TLP
	Eficacia de tratamientos

En cuanto a los resultados obtenidos, coincidimos con *Nestgaard Rød y Schmidt (2021)* en el acuerdo casi generalizado sobre las semejanzas entre TLP y TEPTc, pero que deben considerarse síndromes diferentes en base a rasgos diferenciadores de tipo fenomenológico. En este sentido se pronuncian *Frost, Hyland et al. (2020)*, *Frost, Murphy et al. (2020)*, *Karatzias et al. (2022)*, *Gelezelyte et al. (2022)* y *Cyr et al. (2022)*. Estos últimos ponen la diana en el nuevo clúster añadido al DSM-5 en su diagnóstico del TEPT: alteraciones en cognición y humor. Según la opinión de los investigadores, ese añadido resulta redundante respecto a la definición de TEPTc de la CIE-11, recomendando su eliminación y el reconocimiento del TEPTc como entidad separada por parte de la APA.

Algunas investigaciones, si bien no desdicen lo anterior, sí matizan las conclusiones. En este sentido, *Jowett et al. (2020)* coinciden en la diferencia entre ambos cuadros, aunque en casos de personas muy traumatizadas, esta diferencia se diluye hasta solaparse. *Gelezelyte et al. (2022)* y *Frost, Murphy et al. (2020)* señalan que las conductas autolesivas y los intentos de suicidio no nos ayudarían a distinguir entre ambos cuadros, en contra de estudios anteriores (como el de *Cloitre et al., 2014*) que incidían en las conductas autolesivas como elemento nuclear del TLP, pero no del TEPTc. También *Lawless y Tarren-Sweeney (2022)* matizan la opinión generalizada señalando que el constructo TEPTc no es válido para describir la sintomatología de adolescentes con historia de malos tratos. Sin embargo, como señalan *Cyr et al. (2022)*, ningún estudio ha detectado sujetos con TLP sin historia de trauma, afirmación lógica dado que las muestras se componían de sujetos que reportaban algún suceso traumático en su historia vital (de hecho, solo se incluían en la muestra personas que cumplieran ese requisito).

De los trabajos hallados en la búsqueda, en línea con lo señalado por *Nestgaard Rød y Schmidt (2021)*, efectivamente (y por el momento) el único que contradice las conclusiones generalizadas

Figura 1
Diagrama PRISMA de Selección de Artículos (*Page et al., 2021*)

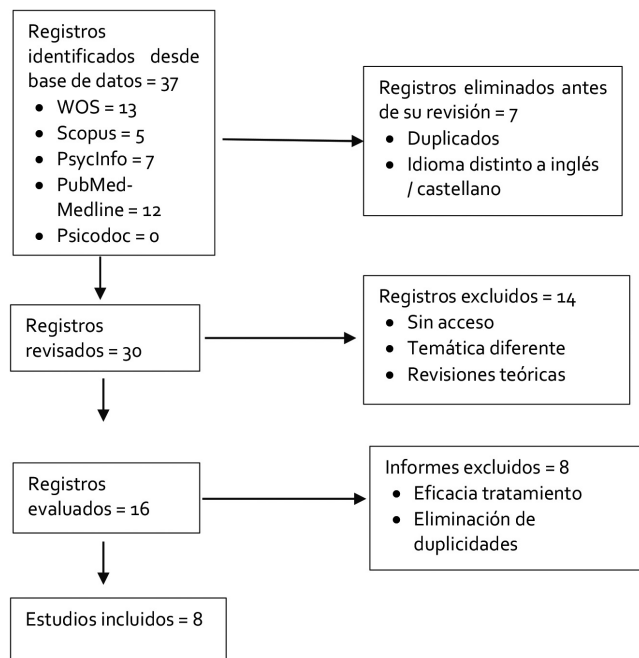


Tabla 2
Trabajos Empíricos Período 2020-2022

Autores	Procedencia	Método	Objetivo	Muestra	Instrum.	Conclusiones
Frost, Hyland et al., 2020	Estados Unidos	Análisis de clases latentes y de regresión.	Distinguir TEPTc y TLP en un grupo de supervivientes de violencia sexual	Selección de muestra general con trauma sexual (N=956).	Medidas de autoinforme: AUDADIS IV-PTSD Scale AUDADIS IV BPD Scale <i>Child Abuse/Neglect Scale</i>	TLP distinto del TEPTc
Frost, Murphy et al., 2020	Israel	Modelo bifactorial confirmatorio y modelo de ecuaciones estructurales	Diferencias y similitudes entre TEPTc y TLP mediante modelos dimensionales (HiTOP).	Muestra de conveniencia (N=617)	Medidas de autoinforme: <i>International Trauma Questionnaire</i> (ITQ) Subescala BPD del SCID-II <i>Life Events Checklist for DSM-5</i> (LEC-5) <i>WHO-Five Well-Being Index</i> (WHO-5)	TLP y TEPTc comparten una estructura latente común, pero son fenomenológicamente diferentes.
Jowett et al., 2020	Escocia	Análisis de clases latentes, modelo de ecuaciones estructurales	Identificar distintos perfiles de TEPTc y TLP asociados con historia de traumas.	Adultos que solicitan tratamiento en clínica de trauma (N=195)	Medidas de autoinforme: <i>International Trauma Questionnaire</i> (ITQ) Subescala BPD del SCID-II <i>Child Trauma Questionnaire</i> (CTQ) <i>Life Events Checklist</i> (LEC) <i>Work and Social Adjustment Scale</i> (WSAS)	TEPTc distinto de TLP, aunque se solapan en personas muy traumatizadas.
Saraiya et al., 2021	Estados Unidos	Análisis de clases latentes.	Comprobar si TEPTc es diferente de TEPT + TLP.	Adultos no clínicos expuestos a trauma (N=197)	Medidas de autoinforme: <i>Life Events Checklist for DSM-5</i> (LEC-5) <i>Adverse Childhood Experiences Scale</i> (MINI-ACE) <i>PTSD Checklist for DSM-5</i> (PCL-5) <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) Subescala BPD del SCID-II <i>Tests of Self-Conscious Affect</i> (TOSCA-3S) <i>Brief Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex-Item Response Theory</i> (IIP-C-IRT)	Solapamiento de síntomas de TEPT, TEPTc y TLP.
Gelezelyte et al., 2022	Lituania	Análisis descriptivo y de mediación	Asociación entre abuso sexual y riesgo suicida mediante TEPTc y TLP	Adultos con historia de traumas (N=103)	Entrevista semiestruct. para el TEPTc (ITI) + Medidas de autoinforme: <i>Borderline Pattern Scale</i> (BPS) <i>Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised</i> (SBQ-R)	El riesgo de suicidio tras abuso sexual está mediado por síntomas del TEPTc y del TLP. En el TEPTc también debe valorarse el riesgo suicida.
Karatzias et al., 2022	Escocia	Correlacional	Relación entre tipos de apego y gravedad del TEPTc	Muestra clínica expuesta a traumas (N=331)	Medidas de autoinforme: <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ) <i>International Trauma Questionnaire</i> (ITQ) <i>Relationships Questionnaire</i> (RQ)	TLP distinto de TEPTc y TEPT en síntomas y patrones de apego.
Lawless y Tarren-Sweeney, 2022	Nueva Gales del Sur (Australia)	Análisis descriptivo.	Comprobar la validez del constructo TEPTc en adolescentes	Adolescentes en acogida con historia de abuso y/o abandono (N=230)	Medidas cumplimentadas por cuidadores: <i>Child Behaviour Checklist</i> (CBCL) <i>Assessment Checklist for Adolescents</i> (ACA)	El constructo TEPTc no es válido para describir los síntomas de adolescentes con historia de maltrato.
Cyr et al., 2022	Canadá	Análisis de clases latentes.	Determinar si el perfil de síntomas TEPTc es diferente al de TEPT y TLP.	Mujeres con alguna experiencia traumática (N=438)	Medidas de autoinforme: <i>International Trauma Questionnaire</i> (ITQ) <i>PTSD Checklist for DSM-5</i> (PCL-5) <i>McLean Screening Instrument for BPD</i> (MSI) <i>Childhood Cumulative Trauma Questionnaire</i> (CCTQ) <i>Trauma Symptoms Inventory</i> (TSI) <i>Satisfaction with Life Scale</i> (SWLS)	TEPTc como constructo relevante e independiente del TLP y TEPT. Los criterios de TEPT añadidos por la APA son redundantes, siendo necesario el reconocimiento del TEPTc.

es el de Saraiya et al. (2021), que mediante su análisis de clases latentes plantea el solapamiento de síntomas TEPT, TEPTc y TLP, apuntando a lo innecesario de añadir una entidad diagnóstica como el TEPTc. Así, en un intento de comprobar la vigencia del trabajo de los investigadores daneses desde que la CIE-11 entró en vigor y, por tanto, explorando un lapso temporal diferente y más breve que el trabajado por ellos (2016-2019), el presente estudio coincide con sus afirmaciones.

Discusión

El presente estudio tenía tres propósitos: 1. Conocer si el TEPTc y el TLP son entidades distintas; 2. Conocer el estado de la cuestión respecto a este tema tras el reconocimiento del TEPTc por la CIE-11;

y 3. Proponer un cuadro diferencial que ayudara a su discriminación.

Es muy frecuente que, entre los antecedentes de personas con TLP, existan acontecimientos traumáticos, bien de tipo extremo como abusos sexuales, malos tratos y/o abandono, bien en forma de maltrato emocional, ambientes invalidantes o familias trianguladoras. Al respecto, parece que el punto clave para que el TLP se desarrolle radica en el abandono, negligencia e invalidación emocional, más que en los abusos sexuales y malos tratos físicos, más susceptibles de desencadenar TEPTc. Pero no se debe olvidar que en un ambiente donde los abusos físicos están a la orden del día, lo más habitual es que también se den fallos en las relaciones de apego, sensación de abandono y falta de validación, lo cual puede desembocar en un diagnóstico, en otro o en comorbilidad entre ambos. Lo que está claro es que el trauma (sobre todo infantil)

es un factor de riesgo para el desarrollo de TLP, pero no es condición necesaria ni suficiente: no todos los sujetos con TLP tienen antecedentes de trauma. No obstante, permanece abierto el debate sobre qué consideramos acontecimiento traumático, ya que como tal debemos incluir toda aquella situación que la persona no es capaz de afrontar de modo adaptativo, sean abusos sexuales o la falta de consuelo ante un fracaso. En este sentido, la mayoría de los trastornos mentales serían “postraumáticos”.

Como ya se ha comentado, el interés por el trauma complejo y el TEPTc lleva años despierto, incluso aumentando en los últimos tiempos. En 2021, el *Journal of Traumatic Stress* sacó a la luz un número virtual sobre el TEPTc, recopilando artículos esenciales y poniendo en primer plano algunas de las controversias que genera, como la de su distinción del TLP que hemos venido tratando ([https://onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1002/\(ISSN\)1573-6598.complex-ptsd](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1002/(ISSN)1573-6598.complex-ptsd)). Asimismo, el *Child Mind Institute* de California ha publicado el Informe sobre la Salud Mental Infantil 2022, en el que se hace referencia al trastorno de apego reactivo y al trauma complejo (Sheldon-Dean, 2022). Asimismo, en nuestro país, en una conocida revista de divulgación científica, Diana Kwon (2022) publica su artículo “La alargada sombra del trauma”, donde aborda de manera directa el debate acerca de si debe considerarse el TLP un trastorno relacionado con el trauma. Son señales de que el trauma complejo y su papel etiológico siguen siendo cuestiones que se deben debatir por su repercusión en la práctica clínica. De hecho, todos los pacientes en consulta deberían ser preguntados por antecedentes de este tipo.

Basándonos en los documentos reflejados en este trabajo, y desde una perspectiva puramente descriptiva, proponemos una tabla

de diagnóstico diferencial que pueda ayudar en su distinción en la clínica (Tabla 3).

Lógicamente, los estudios sobre el TEPTc anteriores a 2020 se basan en el concepto formulado por Herman o el constructo DESNOS del DSM-IV. En realidad, quizá la psicopatología derivada del trauma no se ajuste a las clasificaciones diagnósticas tradicionales basadas en categorías, siendo más adecuado un perfil transdiagnóstico, más dimensional, que reconociera la influencia de lo traumático en el desarrollo de diferentes trastornos, como el TLP. En esta línea se pronuncian, entre otros, MacIntosh et al. (2015), Hyland et al. (2019), Lawless y Tarren-Sweeney (2022), Jowett et al. (2020) y Frost, Murphy et al. (2020), apuntando a la necesidad de que las investigaciones se alejen de lo categorial para explorar los déficits comunes en adultos que han sufrido traumas tanto infantiles como en edades posteriores. De hecho, un modelo más ajustado y comprensible etiológicamente es la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP, Kotov et al., 2017), propuesta por Hyland et al. (2019) y Frost, Murphy et al. (2020) como un modelo que explica la lógica de que el TEPTc, TEPT y TLP compartan síntomas dada la importancia del trauma interpersonal como factor de riesgo común.

Conclusiones

En línea con lo ya comentado, y respondiendo a los objetivos planteados en el presente trabajo, hemos podido comprobar que la mayor parte de las investigaciones coinciden en la consideración del TEPTc y el TLP como entidades diferentes, si bien sujetas a ocasionales coincidencias etiológicas y sintomatológicas, comorbilidad frecuente

Tabla 3
Diagnóstico Diferencial TLP-TEPTc

Áreas	TLP	TEPTc
Sentido del self. Autoestima	Fragmentado e inestable. Autoimagen cambiante. Estable inestabilidad.	Establemente negativo. Desvalorización, vergüenza y culpa.
Regulación emocional	Desregulación emocional: Inestabilidad afectiva, disforia, irritabilidad, ansiedad, sentimientos crónicos de vacío, reactividad extrema ante estresores menores, estallidos emocionales.	Desregulación emocional: Autopercepciones relacionadas con el trauma (culpa, vergüenza, indefensión), miedo a la intimidad y supresión de expresión emocional. Anestesia emocional.
Funcionamiento interpersonal	Relaciones impulsivas, intrusivas, caóticas, intensas y agresivas, demandas hostiles. Implicación y desimplicación para evitar el abandono real o imaginario.	Sensación de aislamiento, miedo a la intimidad y alejamiento emocional en relaciones. Relaciones caracterizadas por la evitación y el miedo.
Etiología	Antecedentes probables de abuso infantil y negligencia por parte de los cuidadores, vulnerabilidad temperamental y de predisposición biológica. Importancia etiológica de la invalidación emocional.	Eventos traumáticos interpersonales continuos y acumulativos.
Inicio	Los desajustes comienzan en la infancia o adolescencia. Si ha habido situación traumática, los síntomas no son secuelas directas (la existencia de trauma no es requisito para el diagnóstico).	Los desajustes son consecuencia directa de la situación traumática continua (la existencia de trauma es requisito para el diagnóstico).
Duración	Rasgos persistentes. Es una “forma de ser” que se instala en la infancia o adolescencia previa al acontecimiento traumático (si lo hubiera).	Síntomas duraderos a partir de la situación. A menudo historia premórbida estable.
Respuesta al dolor	Analgesia relacionada con el uso de la disociación.	Hiperalgnesia; analgesia cuando hay disociación.
Hallazgos biológicos	Hipoactivación córtex prefrontal orbital y dorsolateral; hiperactividad amígdala.	Hiperactivación del córtex prefrontal dorsolateral, ventromedial y amígdala (no hay estudios de neuroimagen, los datos son deducciones del estudio de DESNOS).
Victimización y riesgo de revictimización	Riesgo elevado de revictimización: involucración en conductas de riesgo y percepción de situaciones como traumáticas. Riesgo de trauma interpersonal grave en la adultez provocado o percibido como tal.	Victimización continua. Riesgo de que el agredido se convierta en agresor.
Disociación	Síntoma nuclear en estados de desregulación emocional.	Como síntoma asociado.
Activación	Hiperarousal ante estímulos relacionales. Hipervigilancia ante el temor de ser abandonado.	Hiperarousal ante rememoración del trauma. Hipervigilancia ante el temor de ser dañado.
Temor básico	Miedo al abandono.	Miedo al ataque.
Riesgo suicida	Conductas suicidas o autolesiones como elemento nuclear.	No se incluyen como elemento nuclear las conductas suicidas o autolesiones, aunque pueden producirse (sobre todo con antecedentes de abuso sexual).
Apego infantil	Inseguro o desorganizado.	Depende de cuándo se inicie la situación traumática.

y áreas similares afectadas, aunque con distinta expresión fenomenológica. Asimismo, y en base a estas afirmaciones, se considera la pertinencia de ambos diagnósticos, por lo que se ha propuesto un diagnóstico diferencial que puede resultar útil en la clínica.

Aunque no comentado previamente, el presente estudio ha perseguido también un cuarto objetivo: la presencia de publicaciones sobre este tema en castellano, ya que en el rastreo en las bases de datos citadas no hemos encontrado documentos en nuestro idioma.

Como todo trabajo de revisión y reflexión, en el presente hay limitaciones obvias: No haber podido analizar determinados documentos por ser de acceso restringido, el desarrollo más pormenorizado de algunos aspectos o la realización de una revisión sistemática más estricta son puntos débiles de la propuesta. Respecto a este último punto, la búsqueda bibliográfica se enfocó al esclarecimiento teórico de los supuestos formulados, por lo que aspectos metodológicos pueden haber sido ignorados. Por ende, solo nos hemos enfocado en factores descriptivos y clasificatorios, conjugando dos sistemas diferentes (DSM y CIE), aventurando una comparación entre el diagnóstico TLP del DSM y el TEPTc de la CIE-11.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias¹

- American Psychiatric Association (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)*, 3ª ed. Masson.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*, 4ª ed. Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª ed. Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2023). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5-TR*. Médica Panamericana.
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., y Bellino, S. (2021). The role of trauma in early onset borderline personality disorder: a biopsychosocial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 721361. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361>
- Cervera-Pérez, I. M., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro Sáez, M., Fernández-Fernández, V., y Martínez-Pérez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 219-227. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216, 129-131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., y Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25097. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- * Cyr, G., Godbout, N., Cloitre, M., y Bélanger, C. (2022). Distinguishing among symptoms of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder in a community sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 35, 186-196. <https://doi.org/10.1002/jts.22719>
- Dijke, A. van, Ford, J. D., Son, M. van, Frank, L., y Hart, O. van der (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 217-224. <https://doi.org/10.1037/a0027256>
- Felding, S. U., Mikkelsen, L. B., y Bach, B. (2021). Complex PTSD and personality disorder in ICD-11: when to assign one or two diagnoses? *Australasian Psychiatry*, 29(6), 590-594. <https://doi.org/10.1177/10398562211014212>
- Fonagy, P., y Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In D. Cicchetti (Ed.). *Developmental psychopathology, maladaptation and psychopathology* (3ª ed.) (pp. 726-792). John Wiley and Sons.
- Ford, J. D., y Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 9. <http://www.bpded.com/content/1/1/9>
- Ford, J. D., y Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Freud, S. (1893/1981). El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar). *Obras Completas I* (pp. 41-50). Biblioteca Nueva.
- * Frost, R., Hyland, Ph., Shevlin, M., y Murphy, J. (2020). Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma; a latent class analysis. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 4(1), 100080.
- * Frost, F., Murphy, J., Hyland, Ph., Shevlin, M., Menachem Ben-Ezra, M., Hansen, M., Armour, C., McCarthy, A., Cunningham, T., y McDonagh, T. (2020). Revealing what is distinct by recognizing what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1836864. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1836864>
- * Gelezelyte, O., Kvedaraitė, M., Kairyte, A., Roberts, N. P., Bisson, J. I., y Kazlauskas, E. (2022). The mediating role of complex posttraumatic stress and borderline pattern symptoms on the association between sexual abuse and suicide risk. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9, 13. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00183-z>
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K., Gourzis, Ph., y Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World Journal of Psychiatry*, 8(1), 12-19. <https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i1.12>
- Goodman, M., y Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 32, 337-345. <http://dx.doi.org/10.3928/0048-5713-20020601-08>
- Herman, J. C. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. C., Perry, J. C., y Kolk, B. A. van der (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495. <http://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490>
- Hyland, Ph., Karatzias, T., Shevlin, M., y Cloitre, M. (2019). Examining the discriminant validity of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms: results from a United Kingdom population sample. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 855-863. <https://doi.org/10.1002/jts.22444>

1 Con * los artículos obtenidos en la búsqueda en bases de datos, periodo 2020-2022

- * Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., y Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: a latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36-45. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000346>
- * Karatzias, T., Shevlin, M., Ford, J. D., Fyvie, C., Grandison, G., Hyland, P., y Cloitre, M. (2022). Childhood trauma, attachment orientation and complex PTSD (cPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment. *Development and Psychopathology*, 34(3), 1192-1197. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001509>
- Kolk, B. van der (2015). *El cuerpo lleva la cuenta* (Trad. M. Foz Casals). Eleftheria. (Original de 2014)
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K. ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>
- Krause-Utz, A. (2021). Stimulating research on childhood adversities, borderline personality disorder, and complex post-traumatic stress disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00152-y>
- Krause-Utz, A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9, 14. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00184-y>
- Kroll, J. (1993). *PTSD/borderlines in therapy*. Norton.
- Kulkarni, J. (2017). Complex PTSD - a better description for borderline personality disorder? *Australasian Psychiatry*, 25(4), 333-335. <https://doi.org/10.1177/1039856217700284>
- Kwon, D. (2022, mayo-junio). La alargada sombra del trauma. *Mente y Cerebro*, 114, 46-55.
- * Lawless, J., y Tarren-Sweeney, M. (2022). Alignment of borderline personality disorder and complex post-traumatic stress disorder with complex developmental symptomatology. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00445-6>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Luyten, P., Campbell, C., y Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88, 88-108. <http://doi.org/10.1111/jopy.12483>
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., y Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology*, 56(2), 227-241. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000028>
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Nestgaard Rød, A., y Schmidt, C. (2021). Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? *European Journal of Psychotraumatology*, 12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2002028>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2021.06.016>
- Paris, J. (2015). Borderline Personality Disorder. In *A concise guide to Personality Disorders* (pp. 73-89). American Psychological Association.
- * Saraiya, T. C., Fitzpatrick, S., Zumberg-Smith, K., López-Castro, T., Back, S. E., y Hien, D. A. (2021). Social-emotional profiles of PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder among racially and ethnically diverse young adults: a latent class analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 34, 56-68. <https://doi.org/10.1002/jts.22590>
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Routledge.
- Schore, A. (2022). *El desarrollo de la mente inconsciente* (Trad. A. Aguilera Asensi). Eleftheria. (Original de 2019)
- Sheldon-Dean, H. (2022). *Informe sobre la salud mental infantil 2022: Tratar los síntomas de trauma en niños y adolescentes*. Child Mind Institute. <https://childmind.org/es/campanas-de-concientizacion/informe-sobre-la-salud-mental-infantil/2022-informe-sobre-la-salud-mental-infantil/>
- Spinazzola, J., Kolk, B. van der, y Ford, J. D. (2021). Developmental trauma disorder: a legacy of attachment trauma in victimized children. *Journal of Traumatic Stress*, 34(4), 711-720. <https://doi.org/10.1002/jts.22697>
- Talarn, A., Sainz, F., y Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Herder.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101. [http://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](http://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)