

Trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno límite de la personalidad: ¿Es posible una distinción clara entre ambos trastornos?

Mayte Francia López; María Isabel Rodríguez Fernández.

Departamento de Psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo-CEU de Madrid

Resumen

Muchos profesionales, desde la década de los ochenta, comienzan a darse cuenta de que hay elementos comunes entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de estrés post traumático crónico (relacionado con hechos traumáticos en la infancia). A raíz de la toma de conciencia de dicha coincidencia, comienzan a desarrollarse hipótesis, en relación con poner en cuestión si el trastorno límite de la personalidad es una entidad diagnóstica independiente, como el resto de los trastornos de personalidad, o bien, es una variante diagnóstica del trastorno de estrés post traumático de tipo crónico, que debido a la experimentación de dichos traumas a quedado incrustado y ha pasado a formar parte de la propia personalidad del sujeto. En el presente trabajo se buscará hacer una revisión de la bibliografía existente con dos objetivos principales: 1) Conocer los hallazgos relacionados con las relaciones existentes entre la vivencia de una historia de traumas, experimentados a lo largo de la infancia y la adolescencia y el desarrollo del trastorno de la personalidad de tipo límite en la vida adulta. 2) Poner de manifiesto, las dificultades diagnósticas existentes, cuando hay antecedentes de traumas persistentes a lo largo de la infancia y la adolescencia. De ahí se desprenderían dificultades en la clasificación diagnóstica de éstos, dentro del Eje I como trastorno por estrés postraumático de tipo crónico, o bien, dentro del Eje II, como trastorno límite de la personalidad.

Introducción

Desde finales de la década de los ochenta, numerosos profesionales comenzaron a tomar conciencia de que existían numerosas coincidencias en algunas manifestaciones sintomáticas, entre personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y personas que recibían un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático crónico, cuando había antecedentes de traumas infantiles (1). Esta circunstancia, llevó al desarrollo de dos hipótesis distintas, la primera de las cuales defendía que el trastorno límite de la personalidad es una entidad diagnóstica independiente (2) y la segunda que dicho trastorno es una variante diagnóstica del trastorno de estrés postraumático de tipo crónico, condicionado por experiencias traumáticas en la infancia o en la adolescencia (3). Dichos hechos traumáticos habrían llevado a que los síntomas experimentados se hubieran convertido en elementos constituyentes de la personalidad del sujeto, como consecuencia de haberse experimentado el trauma en fases de la personalidad en las que la misma no ha adquirido suficiente consistencia, alterándose por ello, el desarrollo normal de la personalidad del sujeto (4).

A partir del desarrollo de las hipótesis citadas, se han llevado a cabo diversas investigaciones para tratar de determinar si hay o no relación entre las entidades diagnósticas señaladas, con resultados diversos, como se mostrará en el presente trabajo.

La línea de estudio más relevante parece ser la que estudia la relación, entre el trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés postraumático y acontecimientos traumáticos a lo largo de la infancia. Algunos autores (1,4) se preguntan, si en realidad el trastorno límite no es más que una variante del trastorno por estrés postraumático de tipo crónico, ya que existen numerosos paralelismos entre ambos trastornos, en relación con las experiencias traumáticas previas de estos pacientes, y más en concreto con las de tipo sexual. En diferentes trabajos se encuentra relación entre haber experimentado situaciones traumáticas en la infancia, en general de tipo sexual y recibir un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (1,2,4-8).

Por los motivos señalados, en el presente trabajo hemos considerado hacer una revisión de la literatura existente con respecto a este tema, con dos objetivos fundamentales:

1) Conocer si hay alguna relación, entre haber sufrido traumas repetidos a lo largo de la infancia o la adolescencia y el desarrollo de un trastorno de personalidad límite en la vida adulta.

2) Conocer si las dificultades diagnósticas, para establecer un diagnóstico diferencial entre un posible trastorno del Eje I (como trastorno por estrés postraumático) o del Eje II (como trastorno límite de la personalidad), se dan sólo en un plano teórico o son un hallazgo frecuente en la práctica clínica cuando hay antecedentes de hechos traumáticos persistentes en la infancia o la adolescencia.

En el presente trabajo se hará inicialmente una conceptualización de los principales temas en relación con los objetivos propuestos: Traumas infantiles, trastorno límite de la personalidad y trastorno por estrés postraumático. Finalmente se hará una revisión de los hallazgos clínicos y de los estudios más relevantes, existentes en la literatura actual, sobre la relación entre las tres cuestiones señaladas.

Traumas infantiles

1.- Definición de traumas infantiles y tipología

Para autores como Finkelhor y Browne (7), el trauma se produce como consecuencia de acontecimientos dolorosos, a los que la persona no encuentra significado, y que además, experimenta como algo insuperable e insufrible. Estos autores, definen el trauma como "aquello que altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la percepción del mundo y las habilidades afectivas". La mayoría de los autores, que citaremos a continuación, no delimitan un rango de edad concreto, en el que situar, el concepto de traumas infantiles. Lo que sí es cierto de manera general, es que se hacen referencias a fases del desarrollo que incluyen etapas prenatales y postnatales, y estas últimas englobarían el periodo evolutivo comprendido desde el nacimiento hasta la preadolescencia (8,10,11).

La mayoría de las publicaciones sobre las experiencias traumáticas infantiles, que serán citadas a lo largo del artículo, se centran en las siguientes variables de investigación (10):

- 1) Separación traumática por más de un mes de los padres o cuidadores.
- 2) Haber sido víctima de castigo físico importante.
- 3) Haber sido testigo de violencia física entre los padres o cuidadores.
- 4) Haber sido víctima de abusos sexuales o haber sufrido un contacto sexual forzado con algún pariente o con otro miembro externo a la familia.
- 5) Haber sido víctima de tratos negligentes tanto físicos como emocionales por parte de los padres o cuidadores en su defecto.

Este conjunto de variables que se relacionan con los eventos traumáticos infantiles, quedan recogidas en las diferentes tipologías que describen el maltrato infantil.

Para la Organización Mundial de la Salud, el maltrato infantil puede ser cualquier forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente que derive en un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño, en situaciones en las que se da una relación de responsabilidad, confianza o poder (12).

Las tipologías sobre los malos tratos infantiles, separan éstos en dos categorías principales, siendo éstas: Maltrato físico y maltrato emocional. Las conductas en relación con el maltrato, pueden darse por determinadas acciones, y darían lugar a lo que se conoce como maltrato activo, o por omisiones que darían lugar a lo que se conoce como maltrato pasivo (10).

Los posibles tipos de maltrato pueden agruparse de la siguiente forma (10, 11, 13):

- 1) Malos tratos físicos: Serían todas las conductas que no son accidentales y que generan daños físicos o enfermedades en el niño, o bien le colocan en una situación de gravedad para padecerlo. Kempe (11) denominó a este tipo de maltrato como "el síndrome del niño apaleado". Donde quedarían clasificadas conductas de abuso físico y abuso sexual. En este caso nos enfrentamos a un tipo de maltrato activo.
- 2) Abandono físico o negligencia: Se daría cuando, las necesidades básicas del niño, no son cubiertas; por eso nos enfrentamos a un tipo de maltrato pasivo.
- 3) Maltrato emocional: Serían conductas relacionadas con, hostilidad verbal crónica, amenazas de abandono y constante bloqueo a iniciativas de interacción por parte del niño.
- 4) Abandono emocional: Es conocido también, como privación afectiva (13). Consistiría en la falta persistente de respuesta a las señales, expresiones y conductas procuradoras de proximidad iniciadas por el niño (10,11).

2.- Efectos de los traumas infantiles

Janet (8) indica que las experiencias traumáticas infantiles, alteran el desarrollo de la personalidad del sujeto, impidiendo que éste sea capaz de procesar nueva información, sobre sus habilidades para hacer frente a los cambios que van sucediendo. Además, el sujeto es incapaz de integrar en sus esquemas autobiográficos, la información procedente de estas experiencias traumáticas.

Según Freud (8), aquellos sujetos, que son incapaces de integrar las experiencias traumáticas vividas en el pasado en su memoria autobiográfica, reexperimentan en el presente una repetición constante de ese material reprimido. De forma similar, van der Kolk (14), plantea la probabilidad es de que estos sujetos, no sean conscientes de la conexión existente entre la reexperimentación actual y la experiencias traumáticas pasadas.

Con respecto a la severidad de los síntomas que se sufren como consecuencia de haber tenido experiencias traumáticas, algunos autores (8), afirman que la severidad de las experiencias traumáticas varía ampliamente, en función de diferentes variables como, tipo de abuso, frecuencia, edad de inicio, número de personas que perpetraron el abuso y si estas eran o no significativas para la víctima, y la presencia del contexto familiar que ayuda a mitigar o potencia los efectos del trauma. La severidad de la experiencia traumática, tiene correlación con la severidad de los futuros síntomas que el sujeto desarrolla como consecuencia del trauma.

En relación con las secuelas psíquicas del trauma, Johnson y colaboradores (15) indican que para los sujetos que han sido víctimas de abusos sexuales, físicos o cuidados negligentes durante la infancia, existe una probabilidad cuatro veces superior, que para el resto de sujetos que no han sido víctimas de este tipo de experiencias traumáticas infantiles, de recibir en la edad adulta un diagnóstico de trastorno de personalidad.

Existen diferentes teorías, que tratan de explicar los efectos de los traumas sexuales durante la infancia. Un primer aspecto que sentaría bases para la perpetuación del trauma, sería el que los cuidadores, no hayan protegido, al niño, de los abusos sexuales, o bien hayan actuado como testigos pasivos. Esto generaría en el niño, una incapacidad para confiar en los demás, calmarse a si mismo, desarrollar mecanismos de autoprotección y problemas para tener claro cuál es su verdadera identidad. Los sujetos que han sido víctimas de traumas sexuales, desarrollarían relaciones interpersonales alteradas, debido a que estas acaban percibiéndose en relación con la experiencia traumáticas pasadas (como potencialmente equivalentes) y por otro lado buscarían protección de los demás. Esta situación de ambivalencia, les llevaría a desarrollar relaciones interpersonales inestables (4). A estas dificultades en las relaciones interpersonales se añade la dificultad de que los traumas se reexperimentarían cíclicamente, por lo que la persona desarrollará, sentimientos, conductas y pensamientos desadaptativos y destructivos, que parecen servirle, paradójicamente, para mantenerse alejado de la reexperimentación real del trauma, por lo que en cierto modo cumplen una función de autoprotección (4). Algunos autores como van der Kolk (14), indican que los sujetos que han sido víctimas de traumas sexuales acaban volviéndose adictos al trauma. La explicación de esta dinámica, se encontraría en los orígenes de la experiencia traumática. Que sería una experiencia que iría acompañada de elevados niveles de estrés, que activarían a su vez el sistema de opiáceos endógenos. Esta situación daría paso a la instauración de un círculo fisiológico de dependencia – abstinencia.

Trastorno límite de la personalidad

1.- Origen del término "límite"

Inicialmente el concepto borderline, aparece dentro de la perspectiva psicoanalítica, dentro de la cuál se asume este término como equivalente al de estructura o estado fronterizo, pues se considera que estas personas oscilan, dentro de un continuo, entre estados neuróticos y psicóticos, en función del grado de estrés vital al que se encuentren sometidas (16). Este concepto y el desarrollo del mismo dentro del psicoanálisis, tendrá un peso importante en la conceptualización posterior de lo que sería el trastorno límite de la personalidad, que aparecerá por primera vez en el DSM-III (17).

Kernberg (17) ha propuesto el término organización límite de la personalidad para un amplio espectro de pacientes con trastornos graves de la personalidad, que se caracterizarían por carecer de una sensación de identidad integrada, una organización defensiva que se centraría en torno a la escisión, a la vez que mantendrían intacta la comprobación de la realidad. Tendrían además, otras características menos esenciales que serían: una manifestación no específica de debilidad del yo, falta de integración del superyó, pensamiento de proceso primario y una condensación de conflictos preedípicos o edípicos que estarían sometidos al dominio de la agresión preedípica.

Stern (16) usará el término "grupo límite de las neurosis" para referirse a estas personas. Al buscar la etiopatogenia de este grupo de pacientes, Stern señala el rol de la madre deprivante y rechazante, como factor responsable de la aparición del trastorno, o el efecto de la relación con una madre psicótica o neurótica, que sea incapaz de expresar un afecto espontáneo al niño. Kernberg (17) en consonancia con la propuesta de Stern, indica que la tríada de síntomas típicos de estos pacientes se caracteriza por debilitación de la identidad del yo, manifestaciones emocionales primitivas de intensidad elevada y problemas del control de impulsos. Sus mecanismos de defensa más frecuentes serían la disociación, la proyección y la idealización.

Para Mahler (18) el origen del trastorno se localiza en la fijación en la fase del desarrollo temprano de la separación-individuación. Estas personas habrían tenido madres que no les proporcionaron afecto, y al mismo tiempo, cuando iniciaban procesos para desarrollar una mayor autonomía recibían castigos por parte de éstas.

Posteriormente el concepto se va desligando de la perspectiva psicoanalítica, e irán apareciendo diferentes modelos explicativos sobre los factores etiológicos y mantenedores del trastorno. Factores que actualmente siguen sin estar suficientemente clarificados.

Los modelos teóricos con mayor peso en la actualidad, buscan enfoques integradores en los que se considera el peso de factores biológicos, psicológicos y sociales (18). Un ejemplo de dicho intento de integración sería el modelo propuesto por Millon (18), en el que se tiene en cuenta estas diferentes variables, en relación con la aparición del trastorno. Actualmente estos modelos no disponen de suficiente soporte empírico.

En cuanto a la prevalencia de acontecimientos negativos en las primeras etapas de la vida, el trastorno límite de la personalidad, también ha sido uno de los trastornos más estudiados. Diferentes estudios han confirmado que los antecedentes de malos tratos físicos y abusos sexuales durante la infancia tienen una elevada prevalencia en los pacientes con trastorno límite de la personalidad. (1,5,8).

Desde el principio, han existido diferentes puntos de vista en cuanto a la existencia del trastorno límite de la personalidad. Hay autores (1), que plantean que, aunque el trastorno límite de la personalidad haya sido uno de los trastornos de personalidad, más ampliamente estudiado por los profesionales, no es una prueba de validación de la existencia de esta categoría diagnóstica .

Los criterios diagnósticos que se han aplicado para definir el trastorno límite de la personalidad, parecen no haber quedado bien establecidos desde el inicio. Como podemos ver en la tercera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales el perfil que se describía para este trastorno, incluía criterios tan amplios, que podían ser aplicados a numerosos pacientes, con características bien distintas entre sí (18).

2.- Definición del trastorno límite

El trastorno límite de la personalidad, es el trastorno de la personalidad en el que más autores han centrado su atención y sobre el que más se ha investigado y escrito, en comparación con el resto de los trastornos de la personalidad.

Según Millon (18), una de las principales características definitorias del trastorno, es la presencia de inestabilidad áreas como, relaciones interpersonales, autoimagen y la afectividad, además, de una notable impulsividad. Según la American Psychiatric Association, en la cuarta edición revisada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (19), el trastorno se caracteriza por la presencia de "un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos" (p.280) que se manifiestan en cinco o más de los siguientes apartados:

- 1) Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario.
- 2) Relaciones interpersonales inestables e intensas, con alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3) Alteración de la propia identidad, que es muy inestable.
- 4) Impulsividad.
- 5) Comportamientos, amenazas o intentos de suicidio repetidos, y/o automutilaciones.
- 6) Inestabilidad afectiva.
- 7) Sentimientos crónicos de vacío.
- 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla.
- 9) Ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos graves en relación con situaciones de estrés.

3.- Etiología del trastorno límite

Existen teorías, que sitúan la etiología del trastorno de personalidad límite, entre los 2 y los 3 años de edad, haciendo referencia a un desarrollo que se desvió o que se ha quedado bloqueado. Desde esta perspectiva, se hace especial hincapié, en la fase evolutiva llamada de separación-individuación (18-36 meses), entre madre y el hijo. Sería en esta fase, cuando la madre debería ir animando y reforzando al niño, a ser autónomo en todos los intentos que va realizando para conseguirlo. Con esto conseguiría ir separando paulatinamente, su identidad, de la de su madre. Lo que podría suceder en sujetos que desarrollan un trastorno límite de personalidad sería que cada vez que el niño inicia conductas para conseguir más autonomía, la madre las rechaza y desapruueba. Este fracaso en el desarrollo de la propia autonomía, explicaría como posteriormente las personas con trastorno de personalidad límite, no son capaces de desarrollar ni mantener un sentido de identidad estable y como, cuando inician relaciones íntimas con personas significativas, aparecen al mismo tiempo, mecanismos de defensa tales como necesidad de dependencia y de separación (8).

Kernberg y Klein han desarrollado la hipótesis de que estos pacientes tienen una incapacidad constitucional para regular los afectos, lo que les predispone a la desorganización psíquica en ciertas condiciones adversas ambientales en fases tempranas (17).

También se ha señalado la posibilidad de una cierta vulnerabilidad predisponente, de alteraciones en la vinculación, así como de la influencia de experiencias tempranas adversas con figuras relevantes y muy especialmente con la madre (17). Kernberg planteó la hipótesis de que la figura materna es experimentada en las primeras fases del desarrollo, de dos formas contradictorias. De tal forma que por una parte la experimenta como la madre buena y por otra como la madre mala. Esto genera una ambivalencia afectiva que lleva al niño a intensos sentimientos de ansiedad, que llevan a una defensa límite de escisión para mantener separadas esas dos experiencias diferentes. Estas vivencias hacen que en el futuro, la persona adulta con un trastorno límite distorsione sus relaciones en el presente, clasificando a las personas en totalmente buenas o totalmente malas (17).

Otra hipótesis importante es la de Mahler y Masterson, que señalan que los bebés se verían sometidos a separaciones imprevisibles y prolongadas durante la fase de separación-individuación (17). Esta teoría se puede relacionar con facilidad con la hipótesis de haber sufrido algún tipo de maltrato por negligencia durante la infancia.

Como ya se ha señalado previamente, los enfoques con más peso en la actualidad serían los integradores, que aún no tienen una suficiente fundamentación empírica.

Trastorno de estrés postraumático

1.- Definición del trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático, se caracteriza por la presencia de alteraciones en cinco dominios, que serían los siguientes (4):

1) Alteraciones psicobiológicas: Propensión a respuestas de ira, hipervigilancia, respuestas de sobresalto ante pequeños estímulos y trastornos del sueño.

2) Alteraciones en la memoria: Imágenes intrusivas sobre el trauma, reexperimentación del trauma, experiencias disociativas.

3) Conductas de evitación: Negación, distanciamiento, constricción o aplanamiento emocional, abuso de sustancias.

4) Alteración en el autoconcepto y la identidad personal: Difusión de la propia identidad, cogniciones erróneas acerca de sí mismo y del mundo, autoconcepto vulnerable.

5) Alteración en las relaciones interpersonales: alienación de las relaciones personales y desconfianza en los otros, problemas del control de impulsos y límites en las relaciones personales.

2.- Etiología del trastorno por estrés postraumático

Parece ser que hay una serie de factores que contribuyen a la aparición de un trastorno por estrés postraumático, a raíz de haber experimentado un hecho traumático.

Algunos tendrían que ver con las características del hecho traumático y serían (20):

1.- Su gravedad o intensidad.

2.- Las características del mismo: habría más posibilidades de que se desarrollara un trastorno de este tipo, si lo que ha sucedido ha sido repentino, prolongado, repetitivo o intencionado.

3.- Significado simbólico del hecho vivido (pues por ejemplo, resulta más grave la repercusión de una agresión sexual, por su significado, que otro tipo de agresiones).

4.- Situaciones que suponen una extrema vulnerabilidad e indefensión.

Estas serían circunstancias que contribuirían a que disminuyera la capacidad de la persona para tener control sobre la situación o desarrollar estrategias de afrontamiento y que cuestionan asunciones básicas sobre sentimientos de seguridad en la realidad (20).

Otros factores importantes serían los que tendrían que ver con las características de la persona y serían fundamentalmente los siguientes (20):

1.- Personalidad previa: fortaleza (resiliencia) o debilidad de la personalidad.

- 2.- Factores genéticos, biológicos o constitucionales.
- 3.- Vivencia previa de hechos traumáticos.
- 4.- Síntomas psiquiátricos previos.
- 5.- Edad (más riesgo en fases más críticas del desarrollo).

La reacción ante el trauma y el apoyo que se reciba ante el mismo, también condiciona el que se desarrollen síntomas posteriormente, por lo que una intervención precoz ante el mismo parece ser un factor relevante en su prevención.

Relación entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático

La mayor parte de las investigaciones que han buscado las relaciones entre el trastorno de estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad, han tomado como situación traumática a tener en cuenta en la investigación, la presencia de abusos sexuales persistentes durante la infancia. De manera general, se han tomado como sujetos de estudio en las investigaciones, a mujeres, debido a las superiores tasas de prevalencia para ambos tipos de trastornos, en las mismas.

1.- Síntomas comunes entre trastorno límite de la personalidad y trastorno de estrés postraumático

En diferentes investigaciones, se ha detectado la coincidencia de diversos síntomas entre ambos trastornos, que se enumeran y explican a continuación:

1.- Conductas autodestructivas como automutilaciones, ideación o intentos de suicidio, aparecen en ambos trastornos, tanto en el trastorno límite de la personalidad como en el trastorno de estrés postraumático (8,21). Se asume, que estas conductas, cumplirían la función de mitigar, el intenso estado de malestar o angustia psíquica que ha quedado cronificado en el sujeto a consecuencia de las experiencias traumáticas (8). Además, aliviarían otros síntomas, como los sentimientos crónicos de vacío o de rabia intensa (8).

Diversos autores (8) indican, que estas conductas, son usadas como mecanismo para tranquilizarse, cuando sufren estados de elevada tensión interna, que no son capaces de expresar verbalmente. Otros autores (6,8) han indicado, que estas conductas, son frecuentes, en sujetos que han sido víctimas traumas sexuales. Se supone que las personas, expresarían a través de ellas, sentimientos intenso dolor emocional y sentimientos de culpabilización relacionados con los sucesos traumáticos. Según lo que indica Marchetto (21) son más frecuentes en mujeres que tienen una historia previa de cuidados paternos negligentes y abusos sexuales. La mayoría de estas personas recuerdan que el inicio de este tipo de conductas aparecieron tras la primera experiencia traumática.

2.- Experiencias disociativas: Aunque la despersonalización, no es uno de los principales síntomas, sí que es cierto, que se da en ambos trastornos. Pierre Janet (8) describía esta experiencia, como, un proceso psicológico, mediante el que un organismo reacciona, cuando es incapaz de soportar situaciones que han sido muy traumáticas. Dentro de la misma línea, cabe enmarcar la hipótesis de la regulación afectiva desarrollada por Williams (22) que se denomina también memoria inespecífica como mecanismo de defensa. Este autor afirma que aquellos niños que han sido sometidos a eventos extremadamente negativos, consolidan su memoria mediante recuerdos de tipo general e inespecíficos, ya que esto les ayuda a evitar todas esas emociones negativas que se presentarían al recordar los eventos traumáticos. Algunos autores (8), indican que este tipo de experiencias, cumplen una "función protectora", ya que se da, una represión del recuerdo, que serviría en cierto modo, para alejar al sujeto de los sentimientos de dolor, desesperación, e intensa ansiedad relacionados con el trauma. Briere & Runtz encontraron elevados porcentajes de experiencias disociativas en sujetos que habían sido víctimas de abusos sexuales comparado con otros que no habían sufrido ese tipo de abusos (8).

3.- Reexperimentación del trauma a través de imágenes intrusivas: Horowitz (4) describe la paradójica situación de las personas que han sido víctimas de traumas, que por un lado, a través de los mecanismos de represión y disociación, consiguen no recordar los eventos traumáticos, pero por otro, aparecen frecuentemente síntomas como flashbacks o estados de hipervigilancia, que consiguen traer a la conciencia el recuerdo, generalmente parcial del evento traumático (4).

2.- Traumas y trastorno límite de la personalidad

Algunos autores como (5-7) han planteado hipótesis acerca de la posible relación existente entre la vivencia de traumas infantiles y su influencia en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad. La mayoría de estos autores han planteado la idea de que el principal evento traumático que se relaciona con recibir de adultos el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, es el hecho de haber sido víctimas de abusos sexuales durante la infancia y la adolescencia.

Algunos autores, que citaremos a continuación, han llevado a cabo investigaciones para identificar la correlación existente entre, recibir un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y la existencia de una historia previa de abusos sexuales durante la infancia. En esta línea, se ha encontrado que el 75%, de las personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, tenían historias infantiles de incesto (2). Bryer, Nelson & Miller (23) encontraron que el 86% referían historias previas de abusos sexuales previos a los 16 años, mientras que para el resto de pacientes no diagnosticados con este trastorno, fueron del 21%.

Herman y colaboradores (5), llevaron a cabo una investigación, en la que se trabajó con una muestra de 55 sujetos, que dividieron en tres grupos (29 mujeres y 26 hombres): 1) 21 personas que recibieron el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. 2) 11 tenían rasgos del trastorno límite pero no cumplían todos los criterios diagnósticos. 3) Los 23 restantes recibieron otros diagnósticos diferentes. Estos autores pretendían evaluar los efectos de los traumas en la infancia y la adolescencia., para esto se evaluaron tres tipos de tres variables: 1) Tipo de abuso. 2) Etapa del desarrollo en las que se sufrió el abuso. 3) Si el abuso había sido cometido por una o más personas. Como resultados obtuvieron que, para el grupo de personas que recibieron el diagnóstico de trastorno límite, el 71% había sufrido abusos físicos, 67% abusos sexuales, y el 62% había sido testigo de violencia física. Además el 57%, refería historia de traumas presentes desde la infancia y por más de una persona. Comparando los resultados de este grupo con los otros dos, estos autores encuentran que las personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad habían sido víctimas de un mayor número de traumas y de manera más frecuente, y además, el inicio de estos fue más temprano que para el resto de los sujetos.

Zanarini y colaboradores (24) llevaron a cabo una investigación en la que se trabajó con tres grupos, el primer grupo de sujetos recibió el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, el segundo de trastorno antisocial de la personalidad y el tercero de trastorno distímico. Se pretendía investigar la correlación existente entre estos trastornos y una historia infantil de abusos y negligencias. Se encontró, que el 26% de las personas diagnosticadas como trastorno límite de la personalidad habían sido víctimas de abusos sexuales durante las etapas de la infancia y de la adolescencia por más de un agresor. En las personas diagnosticadas de trastorno antisocial de la personalidad y trastorno distímico los porcentajes fueron 6,9 y 3,8 % respectivamente. Las tasas de abusos físicos y negligencia tanto física como emocional, fueron similares dentro de los tres grupos.

Ogata y colaboradores (6), llevaron a cabo otra investigación en la que se trabajó con dos grupos, uno recibió el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, mientras que el otro grupo, recibió el diagnóstico de depresión mayor. Pretendían investigar la correlación de ambos trastornos con una historia previa de traumas infantiles. Se encontró que el 71% de las personas diagnosticadas como trastorno límite de la personalidad habían sido víctimas de abusos; en el caso de las personas con depresión mayor, el porcentaje fue de un 22%. Encontraron además, que el 65% del grupo de personas que había recibido el diagnóstico de trastorno límite, habían sido víctimas simultáneamente de abusos sexuales y físicos, y en el 53 % de estos, habían sido víctimas de abusos sexuales por más de una persona.

Otros autores que serán citados a continuación, investigaron la relevancia de ambientes familiares anormales o patológicos y presencia de abusos, como posibles factores predisponentes para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Feldman y colaboradores (4) indican una mayor probabilidad de haberse desarrollado en ambientes familiares caóticos o desorganizados, con ausencia de cuidados básicos y presencia de abusos familiares. Ogata y colaboradores (6) encuentran una mayor frecuencia de cuidados negligentes y rechazo emocional parental. Además de características como menor cohesión entre los miembros de la familia y un elevado grado de conflictividad familiar. Herman y colaboradores (5) señalan que, negligencia y el abuso emocional, pueden jugar un importante papel en relación al ambiente familiar de estos sujetos. Para algunos autores (25), los abusos amplificarían los efectos de la negligencia emocional y explicarían las tormentosas relaciones interpersonales que desarrollan en la vida adulta estos pacientes y la mayoría de los síntomas relacionados con dicha patología, especialmente los relacionados con el área de los sentimientos. Kernberg (25) señala que cuando un niño es maltratado por aquellas personas que se supone deben promulgarle cuidados y otorgarle seguridad, el resultado, es una gran confusión a cerca de dichas figuras, que se trasladará, hacia la percepción de las propias habilidades y juicios de identidad, quedando ambos seriamente comprometidos.

Weaver y Clum (26) desarrollaron una investigación para intentar verificar su hipótesis de partida, en la que esperaban comprobar, que las personas que habían recibido el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, habían sido víctimas de un mayor número de eventos traumáticos infantiles, y se habían desarrollado en un ambiente familiar caracterizado por menor cohesividad y expresividad y mayor conflictividad. Tomaron como muestra un total de 36 sujetos, todas mujeres, que dividieron en dos grupos; 17 recibieron el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, mientras que los 19 restantes formaban parte del grupo control. Las personas de ambos grupos habían sido víctimas de traumas infantiles. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de partida, y además, son coherentes con otras investigaciones en las que se ha encontrado, que el ambiente familiar de sujetos que recibían el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, se caracterizaba por, la presencia de unas figuras paternas disfuncionales en cuanto al cuidado, unido a la presencia de abusos sexuales o físicos repetidos (26).

Otros autores, que serán citados a continuación, plantean la hipótesis de que los sujetos que reciben el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, han sido víctimas de diversos tipos de traumas de manera repetida y simultánea a lo largo del desarrollo evolutivo.

Wilkins y colaboradores (25) llevaron a cabo una investigación en la que trabajaron con 16 mujeres que habían recibido el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y que además habían sido víctimas de algún tipo de experiencia traumática a lo largo de la infancia. Los resultados obtenidos indicaban, que todas las pacientes habían sido víctimas de una combinación de abusos infantiles, de tipo sexual, emocional y negligencia. 11 mujeres habían sido criadas en familias de acogida, pero aun así, afirmaron haber crecido dentro de ambientes familiares inestables en los que participaban frecuentemente los servicios sociales. De éstas, cinco habían sido víctimas de abusos sexuales perpetrados por los padres de la familia de acogida. Es importante tener en cuenta que en estas pacientes, a las experiencias traumáticas vividas durante la infancia, se unen factores patogénicos relacionados con el ambiente familiar, ya que los cuidadores o estaban ausentes o fueron negligentes y crueles. Dentro de la misma línea, Westen y colaboradores (7) en su investigación, trabajaron con dos grupos de mujeres adolescentes, el total de la muestra lo conformaban 50 sujetos, 27 de ellas habían recibido el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y las 23 restantes, recibieron otros diagnósticos diferentes. Pretendían investigar la relación existente entre diferentes tipos de traumas infantiles y las patologías estudiadas. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo de pacientes con trastorno límite de personalidad y el otro grupo, siendo mayores los porcentajes de experiencias traumáticas para el grupo de personas diagnosticadas de un trastorno límite de la personalidad. Un 37% de personas con dicho diagnóstico habían sufrido abandono de los padres, frente a un 13% del otro grupo. Un 44,4% habían sufrido negligencia en el cuidado 44,4% (frente a un 17,4% de las personas del otro grupo). Un 51,9% habían sido víctimas de abusos físicos (en comparación con 26,1% en el otro grupo). Y un 52% habían sufrido abusos sexuales (19% en el grupo de personas sin diagnóstico de trastorno límite).

Traumas infantiles y relación con los trastornos de estrés postraumático y personalidad límite

En las últimas décadas, diferentes profesionales, como Hodges (1) han señalado, la existencia de coincidencias e incluso solapamientos, en los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático.

Ya se han señalado previamente los diferentes puntos de vista con respecto a la existencia o no del trastorno límite de la personalidad, habiendo autores que han llegado a negar su existencia o han criticado la amplitud de criterios para ser incluidos en ese diagnóstico (1).

Por otra parte, la revisión de la definición de trauma, en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, según algunos autores (1), ha abierto la posibilidad de considerar eventos traumáticos, como una historia de abusos sexuales crónicos durante la infancia, como desencadenantes del trastorno de estrés postraumático.

Kroll (1) indica que la reescritura de los criterios de los trastornos de estrés postraumático y el de la personalidad límite, ha generado grandes dificultades, para ver ambas categorías como algo separado e independiente. Por ejemplo, Zanarini y colaboradores (27) encontraron que en un 56% de los casos de personas que recibían el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, también, se cumplían los criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático crónico.

Algunos autores (1) indican que estos trastornos se asemejan también, en el hecho de que frecuentemente se diagnostican comorbidamente, con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y que la prevalencia es superior en mujeres que en hombres.

Lo que parece claro es que existen diferentes puntos de vista acerca de las relaciones existentes entre el trastorno límite de la personalidad y trastorno por estrés postraumático.

Gunderson y Sabo (3), afirman que el origen del trastorno de la personalidad límite está relacionado con una infancia caracterizada por la presencia prolongada y repetida de abusos. Esta situación tendría como consecuencia, el desarrollo de una personalidad desestructurada y más vulnerable al desarrollo futuro de síntomas de estrés postraumático, debido a la acumulación de factores estresantes. Desde esta perspectiva, se hace hincapié, en el hecho de situar dentro de un espectro continuo, factores como la severidad de los estímulos estresores, experiencias y expresiones de los síntomas. Parece ser que la severidad de los factores estresantes, podrían llegar a predecir, la clase, severidad y persistencia de la propia sintomatología (1).

Autores como Zimmerman y Mattia (1), plantean la posibilidad de la inexistencia de la categoría diagnóstica "trastorno límite de la personalidad", indicando que, éste es un diagnóstico equivocado, que se aplica a aquellas personas, que padecen un trastorno de estrés postraumático crónico, cuyas características han pasado a integrarse dentro de la personalidad del sujeto. En la misma línea se plantea que los sujetos que han sido víctimas de abusos sexuales durante la infancia, desarrollan una cadena de trastornos psicológicos que se inician en la infancia y perduran a lo largo de la vida adulta; de tal forma que si estos niños desarrollan un trastorno de estrés postraumático, éste puede persistir a lo largo de la vida adulta (4).

Las investigaciones acerca de la elevada prevalencia de eventos traumáticos durante la infancia y la adolescencia, en los sujetos con trastorno límite de la personalidad y la coincidencia en la propia sintomatología con el trastorno de estrés postraumático, ha dado pie, a que muchos autores se plantearan la hipótesis, de que el trastorno límite de la personalidad podría constituir una variante, dentro del espectro del trastorno de estrés postraumático. Algunos autores como, Zanarini y colaboradores (27), han constatado que los índices del trastorno de estrés postraumático en pacientes con trastorno límite de la personalidad, varían entre un 26 y

52%. Estos resultados podrían indicar que este trastorno de la personalidad, puede constituir una variante del trastorno de estrés postraumático. Los índices más elevados de trastorno de estrés postraumático, en los sujetos con trastorno límite de la personalidad, podrían reflejar una mayor vulnerabilidad a los efectos psicológicos del estrés generado por los acontecimientos traumáticos previos y una menor capacidad de adaptación o recuperación de los mismos (2).

Como estudio empírico que ha tratado de buscar una mayor claridad en esta cuestión hay que señalar el de Golier y colaboradores (2), que llevaron a cabo una investigación, en la que pretendían examinar la relación existente entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático. Para ello se tuvieron en cuenta diferentes variables tales como el tipo de eventos traumáticos y su momento de aparición. La muestra sobre la que se llevó a cabo la investigación, se compuso de un total de 180 personas (117 hombres y 63 mujeres), diagnosticados de al menos un trastorno de la personalidad. Los resultados obtenidos muestran que los abusos sexuales no guardan una relación exclusiva, con el trastorno límite de la personalidad, ya que se han constatado en otros trastornos de personalidad. Tampoco pudo afirmarse, que los sujetos que han recibido el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, presentan una mayor probabilidad de sufrir eventos traumáticos a lo largo de la vida adulta. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático comórbido al trastorno de personalidad fue mayor para los sujetos que recibieron el diagnóstico de trastorno de personalidad paranoide. En base a estos resultados se podría afirmar que los datos obtenidos, no son lo suficientemente concluyentes como para poder considerar que el trastorno límite de la personalidad es un trastorno clasificable, dentro del espectro de los trastornos de estrés postraumático.

Conclusión

En base a la literatura revisada, se podría deducir, en relación con los objetivos planteados inicialmente lo siguiente:

1) Parece haber relación entre el haber vivido una historia de traumas en la infancia y en la adolescencia y el desarrollo de trastorno límite de la personalidad en la vida adulta.

2) Se dan importantes dificultades diagnósticas, cuando hay antecedentes de traumas persistentes en la infancia y en la adolescencia, para establecer un diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático crónico, aunque esto no sucede en todos los casos.

De ambas conclusiones podríamos deducir la necesidad de profundizar más en la definición de los conceptos y en la investigación, sobre estos temas para tratar de alcanzar una mayor claridad en el diagnóstico, de cara a encontrar el tratamiento más adecuado para los pacientes que hayan sufrido episodios traumáticos en la infancia.

Bibliografía

1. Hodges, S. Borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. Time for integration?. *Journal of counselling & development*. 2003; 81: 409-417.
2. Golier J, Yehuda R, Bierer L, Mitropoulou V, New A, Schmeidler J, Silverman J, Siever L. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 2018-2024.
3. Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 19-27.
4. Trippany R, Helm H, Simpson L. Trauma reenactment: Rethinking borderline personality disorder when diagnosing sexual abuse survivors. *Journal of Mental Health Counseling*. 2006; 28(2): 95-110.
5. Herman J, Perry J, van der Kolk B. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1989; 146: 490-495.
6. Ogata S, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill E. Childhood sexual and physical abuse in adult patient with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 1008-1013.
7. Westen D, Ludolph P, Mislis B, Ruffins S, Block J. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderlines personality disorder. *Amer J Orthopsychiat*. 1990; 60: 55-66.
8. Landecker H. The role of childhood sexual trauma in the etiology of borderline personality disorder: Considerations for diagnosis and treatment. *Psychotherapy*. 1992; 29(2): 234-242.
9. López F. *Abusos Sexuales a Menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Publicaciones; 1996.

10. Arruabarrena MI, de Paúl J. Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones pirámide; 2001.
11. Casado J, Díaz JA, Martínez C. Niños maltratados. Madrid: Ediciones Díaz Santos; 1997.
12. WHO (World Health Organisation). Report of the consultation on Child Abuse prevention. Geneva: PVI/WHO; 1999.
13. Martínez A, de Paúl J. Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1993.
14. Van der Kolk B. The compulsión to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*. 1989; 12(2): 389-411.
15. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56 (7): 600-6.
16. Paz CA, Pelento ML, Olmos de Paz T. Estructuras y/o estados fronterizos en niños y/o adultos. III. Investigación y terapéutica. Buenos Aires: Ediciones nueva visión; 1977.
17. Kernberg O. Neurosis, psicosis y estados límites. En Kaplan HI y Sadock J. (Dir.): *Tratado de Psiquiatría*. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 1992: 617-625.
18. Millon T. Trastornos de personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson Elsevier; 2006.
19. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Breviario. Barcelona: Masson; 2002.
20. Pérez Sales P. Trauma y Resistencia. Madrid: Escosura Producciones; 2003.
21. Marchetto MJ. Repetitive skin-cutting: Parental bonding, personality and gender. *J Clin Psychol*. 2006; 79: 445-459.
22. Kremers IP, Van der Does AJ. Autobiographical memory in depressed and nondepressed patients with borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol*. 2004; 43: 17-29.
23. Bryer J, Nelson B, Miller J, Kroll P. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1987; 144: 1426-1430.
24. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino ME, Schwartz ED, Frankenburg ER. Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*. 1989; 30: 18-25.
25. Wilkins TM, Warner S. Women in special hospitals: understanding the presenting behaviour of women diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001; 8: 289-297.
26. Weaver T, Clum G. Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *J consulting clin psychol*. 1993; 61(6): 1068-1075.
27. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel MA, Trikha A, Levin AB, Reynolds V. et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatr*. 1998; 155: 1733-1739.