

Lorena Delgado ¹ * 

1. Hospital Mútua de Terrassa, CSMIJ Centro de Salud Mental Infanto-juvenil, Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Lorena Delgado
Correo: ldelgadora@mutuaterrassa.cat

El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: una patología del desarrollo, sus desafíos y el imperativo de un enfoque trauma-informado

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: MÁS ALLÁ DE LA ETIQUETA

Este artículo plantea una pregunta incómoda sobre una perspectiva clínica del día a día de nuestra consulta: ¿Estaríamos fallando a nuestros pacientes al diagnosticar el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) sin reconocer su raíz etiológica en el Trauma Complejo (TC)? La evidencia es clara: el TLP no sería un “capricho” del carácter, sino una secuela del desarrollo profundamente arraigada en la adversidad temprana. Adoptar esta perspectiva no sería solo un ejercicio teórico, sino una obligación clínica que exigiría un cambio radical en la detección, el diagnóstico y la intervención en la población infantojuvenil.

La correlación entre la adversidad temprana y la sintomatología del TLP es ineludible. Entre el 70% y el 90% de los pacientes con TLP reportan trauma infantil significativo, y la exposición al abuso aumenta el riesgo hasta 13 veces (1). Sin embargo, el verdadero desafío reside en la naturaleza del trauma. No hablamos del Trauma Simple, sino del TC (la exposición crónica, repetida e interpersonal en el contexto de las relaciones de apego) (2). Es el TC el que moldea la arquitectura cerebral y predice la gravedad sintomática del TLP, impactando en la autoimagen, la regulación emocional, la identidad y las relaciones interpersonales (3).

Si bien la evidencia es abrumadora en la vinculación del TLP con el TC, es crucial también

reconocer que no todos los casos de TLP tienen una historia clara de TC. La investigación actual sugiere que la etiología del TLP es multifactorial, con una *heredabilidad significativa* (alrededor del 42%) (1,4) y la influencia de *factores ambientales sutiles* (como la invalidación emocional crónica o el apego inseguro) que, en combinación con una vulnerabilidad temperamental o genética, pueden desencadenar el TLP (5). Por lo tanto, el foco de la psiquiatría infanto-juvenil debería pasar de la “personalidad” a la “patología del desarrollo subyacente”, reconociendo la interacción entre la vulnerabilidad biológica y la adversidad, sea esta un TC o un factor ambiental más sutil.

LA BIOLOGÍA DE LA ADVERSIDAD: NEUROBIOLOGÍA Y EPIGENÉTICA

El trauma temprano no es solo una memoria dolorosa; es un *modulador biológico* que reescribe la respuesta al estrés y la conectividad cerebral. La comprensión del TLP como una patología del desarrollo se consolidaría con los hallazgos que demuestran cómo el TC alteraría permanentemente los sistemas clave para la regulación emocional (3).

Desregulación neurobiológica: el cerebro bajo asedio

La disfunción central en el TLP se localiza en la **desconexión** entre la *Corteza Prefrontal*, responsable del control ejecutivo, y las estructuras límbicas, como la *Amígdala*, centro de la alarma emocional (6). Las consecuencias Clínicas en TLP serían:

- *Amígdala*: Hipervigilancia crónica y desregulación emocional severa.
- *Corteza Prefrontal (CPF)*: Déficit de mentalización y control de impulsos.
- *Eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal (HPA)*: Reactividad al estrés elevada y persistente (hiperactivación del eje HPA).

Epigenética: la herencia silenciosa del trauma

El TC deja una huella molecular a través de cambios epigenéticos, como la metilación del ADN, que silencian o activan genes sin alterar la secuencia genética (7). La investigación ha documentado la *transmisión intergeneracional del trauma*, donde los hijos de madres con trauma severo muestran patrones epigenéticos similares sin haber experimentado el trauma directo (8). Esta evidencia refuerza la necesidad de evaluar no solo el trauma individual, sino también la historia transgeneracional de adversidad, con el fin de interrumpir estos ciclos de transmisión mediante la intervención temprana.

IMPLICACIONES CLÍNICAS: LA URGENCIA DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

La adolescencia, con su explosión de plasticidad cerebral, es la *ventana de oportunidad* definitiva para la psiquiatría la infancia y la adolescencia. Es el momento de intervenir antes de que los patrones desadaptativos se cristalicen en el TLP adulto. Este modelo de patología del desarrollo del TLP incluye: secuencia etiopatogénica y la oportunidad de intervención.

EVALUACIÓN: DE LA ETIQUETA A LA ETIOLOGÍA

La evaluación debe ser *trauma-informada*, priorizando la comprensión del impacto del TC sobre la mera clasificación sintomática.

Evaluar la mentalización: La capacidad de comprender estados mentales propios y ajenos, a menudo dañada por el TC.

Factores de protección: Identificar y potenciar las fortalezas personales y el apoyo familiar como pilares de la resiliencia.

TRATAMIENTOS: EVIDENCIA QUE TRANSFORMA TRAYECTORIAS

La psiquiatría infanto-juvenil dispone de herramientas validadas que abordan directamente las secuelas del TC (9):

- DBT-A (Terapia Dialéctico-Conductual para Adolescentes). Utiliza terapia cognitivo-conductual, de aceptación, mindfulness. Evidencia alta de efectividad. Foco principal: Estabilización conductual y reducción de autolesiones.
- MBT-A (Terapia Basada en Mentalización para Adolescentes). Integra un enfoque basado en el apego y psicodinámica relacional. Evidencia moderada a alta de efectividad. Foco principal: Restauración de la mentalización y mejora de las relaciones.
- TF-CBT (Terapia cognitivo-conductual centrada en el Trauma). Evidencia alta de efectividad. Foco principal: Procesamiento de la narrativa traumática (para el Trastorno de estrés postraumático).

La tendencia es la adaptación de protocolos elaborados para población adulta a adolescentes, integrando la estabilización emocional con el procesamiento traumático gradual. Esta integración de modelos (ej. DBT-A para la desregulación emocional y TF-CBT para el procesamiento del trauma) se justifica por la naturaleza secuencial de la recuperación del TC. La evidencia reciente apoya el uso de un modelo de atención escalonada (*stepped care*) que comienza con intervenciones de baja intensidad y avanza a terapias especializadas (DBT-A,

33

MBT-A) solo si es necesario, optimizando recursos y garantizando que la intervención sea proporcional a la complejidad del caso (10). Este enfoque secuencial y escalonado es la clave para abordar la complejidad del TLP en la adolescencia.

CONCLUSIÓN: UN LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

El TLP en la adolescencia representa un desafío sistémico que exige una intervención temprana y especializada. La adopción de una perspectiva del desarrollo vital y trauma-informada representaría la vía más ética y eficaz para la prevención, independientemente de la etiología específica y plantearía una serie de desafíos fundamentales que la psiquiatría infanto-juvenil debería abordar.

El mayor potencial de plasticidad cerebral en la juventud nos da una oportunidad única. El desafío no es solo diagnosticar, sino garantizar la formación y la disponibilidad de estos abordajes especializados. Deberíamos transformar la desesperanza asociada al TLP en una oportunidad de recuperación completa, redefiniendo el TLP no como un destino, sino como una secuela tratable de la adversidad temprana.

REFERENCIAS

1. Cavicchioli M, Scalabrini A, Vai B, Palumbo I, Benedetti F, Galli F, Maffei C. Antecedents and risk factors for borderline personality disorder: Etiopathogenic models based on a multi-level meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024 Dec 15;367: 442-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.236>
2. Karatzias T, Shevlin M, Hyland P, Fyvie C, Grandison G, Ben-Ezra M. ICD-11 trastorno de estrés postraumático, TEPT complejo y trastorno de adaptación: la importancia de los factores de estrés y eventos traumáticos de la vida. *Ansiedad, estrés, afrontamiento*. 2021;34(2): 191-202. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1803006>
3. Peña CJ. Epigenetic regulation of brain development, plasticity, and response to early-life stress. *Neuropsychopharmacology*. 2026 Jan;51(1): 5-15. <https://doi.org/10.1038/s41386-025-02179-z>
4. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Dev Psychopathol*. 2009 Fall;21(4): 1335-53. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>
5. Salavati M, Selby EA. Childhood Maltreatment and Borderline Personality Disorder. En: *Theories of Borderline Personality Disorder*. Springer Nature Switzerland; 2024 . p. 57-94.
6. Giannoulis E, Nousis C, Sula IJ, Georgitsi ME, Malogiannis I. Understanding the Borderline Brain: A Review of Neurobiological Findings in Borderline Personality Disorder (BPD). *Biomedicines*. 2025 Jul 21;13(7): 1783. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13071783>
7. Bender A, Bertele L, Musaoglu MN, Pasche S, Edelmann S, Nieratschker V. Investigating PRDM8 DNA Methylation in Peripheral Tissues in Borderline Personality Disorder: Association with Symptom Severity but Not Adverse Childhood Experiences. *Brain Sci*. 2025 Aug 30;15(9): 950. <https://doi.org/10.3390/brainsci15090950>
8. Mulligan CJ, Quinn EB, Hamadmad D, Dutton CL, Nevell L, Binder AM, Panter-Brick C, Dajani R. Epigenetic signatures of intergenerational exposure to violence in three generations of Syrian refugees. *Sci Rep*. 2025 Feb 27;15(1): 5945. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-89818-z>
9. Apicella M, Pontillo M, Maglio G, Di Vincenzo C, Della Santa G, Andracchio E, Vicari S. Non-suicidal self-injury in adolescents: a clinician's guide to understanding the phenomenon, diagnostic challenges, and evidence-based treatments. *Front Psychiatry*. 2025 Jul 29;16: 1605508. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1605508>
10. Vonderlin R, Boritz T, Claus C, Senyüz B, Mahalingam S, Schmelz J, Knolle-Ventjeer S, et al. Trauma-focused dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized controlled multi-center trial in online and face-to-face formats. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2025 May 9;12(1): 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-025-00294-3>