



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRAUMA INFANTIL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: YVONNE ALEXANDRA AYUY CAJAMARCA

DIRECTOR: DRA. MARIA ELIZABETH LEÓN PRIETO., MGTR

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRAUMA INFANTIL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: YVONNE ALEXANDRA AYUY CAJAMARCA

DIRECTOR: DRA. MARIA ELIZABETH LEÓN PRIETO., MGTR

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Yvonne Alexandra Ayuy Cajamarca portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1401224827**. Declaro ser el autor de la obra: **“Trauma infantil en el trastorno límite de la personalidad.”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **2 de septiembre de 2026**

F:

Yvonne Alexandra Ayuy Cajamarca

C.I. 1401224827

Cuenca, 3 de septiembre de 2026

CERTIFICACIÓN

Yo, **María Elizabeth León Prieto., Mgs**, con cédula de identidad N.º **0102563285**, en calidad de directora del trabajo de titulación con el tema: **“Trauma infantil en el trastorno límite de la personalidad”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Yvonne Alexandra Ayuy Cajamarca, bajo mi supervisión.

Atentamente,



Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado
Electrónicamente por:
**MARIA ELIZABETH LEON
PRIETO**

MARÍA ELIZABETH LEON PRIETO, Mgs.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN DOCENTE

DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios por darme salud y vida. A mis padres, Janeth Cajamarca y Marcelo Ayuy, gracias por sus esfuerzos, enseñanzas, amor y por acompañarme en cada paso de este camino. Este logro también es parte de ustedes y de todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos, Dorian Ayuy y Lisel Cajamarca, gracias por su cariño, por compartir tantos momentos conmigo y por ser parte importante de mi vida. De manera especial, a Dorian, gracias por el vínculo que hemos construido a lo largo de los años, por estar presente en cada etapa y por todos los recuerdos que llevamos juntos. A mi sobrina, Lihana Savedra, gracias por llenar nuestra familia de alegría, ternura y luz. A mis tíos, Carlos Cajamarca y Celia Ayuy, gracias por su cariño, apoyo y por acompañarme durante este recorrido.

A Karen Montesdeoca, mi mejor amiga de toda la vida, gracias por compartir conmigo tantos años, etapas, sueños, alegrías y dificultades. Gracias por conocer tantas versiones de mí y seguir estando, por escucharme, acompañarme y sostenerme cuando más lo necesité. Nuestra amistad es uno de los regalos que la vida me ha dado y que siempre llevaré conmigo.

A Andrea Pacheco, mi Celes y mi mejor amiga, gracias por hacer de mi etapa universitaria una experiencia mucho más bonita y llevadera. Gracias por cada risa, conversación, preocupación y recuerdo compartido. Más que una compañera, te convertiste en una amistad que trascendió las aulas. A ti y a tu familia, gracias por abrirme las puertas de su hogar y hacerme sentir parte de él. Sé que, al recordar mi vida universitaria, muchos de mis mejores recuerdos tendrán tu presencia.

A Aldo Rosero, gracias por haber sido parte importante de esta etapa, por las conversaciones, las risas, la compañía y todos los momentos compartidos. Me alegra haber coincidido contigo y guardar recuerdos que siempre tendrán un lugar especial en mí.

A Esteban Vélez, Karen Angulo, Viviana Álvarez, Paola Gutama y Verónica Piña, gracias por compartir conmigo esta etapa, por las experiencias, risas, trabajos y momentos que hicieron de la universidad mucho más que una experiencia académica. Cada uno dejó una huella especial en estos años.

A Víctor Illaris, gracias por haber compartido conmigo una parte tan importante de mi vida. Juntos vivimos años de crecimiento, cambios, sueños, alegrías, dificultades y aprendizajes. Aunque hoy nuestros caminos sean diferentes, siempre reconoceré el lugar significativo que ocupaste en esta etapa y guardaré con cariño todo lo vivido.

A mis profesores, Mónica Tamayo, María José Rodríguez, Viviana Narváez, María José Vintimilla, Juan Cabrera y Amanda Torres, mi sincero agradecimiento por sus conocimientos, enseñanzas y exigencia, que contribuyeron a mi formación profesional y personal. Gracias por enseñarme que ser profesional también implica actuar con humanidad, responsabilidad y empatía.

A mi asesora de tesis, Elizabeth León, gracias por su orientación, paciencia y compromiso durante la elaboración de este trabajo. Su acompañamiento y cada una de sus observaciones fueron fundamentales para culminar esta investigación.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento por haber sido parte fundamental de este logro académico y personal.

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico con todo mi corazón a las personas que hicieron posible que hoy pueda cerrar esta etapa con orgullo.

A mi papito, Manuel Jesús Cajamarca, que ya no está físicamente conmigo, pero cuya presencia sigo sintiendo en cada paso que doy. Gracias por haber confiado siempre en mí, incluso antes de que yo confiara en mí misma. Nunca olvidaré la forma en que me llamabas "mi doctora", como si ya supieras, desde mucho antes de que yo lo lograra, quién iba a llegar a ser. Esa manera tuya de nombrarme se convirtió en una promesa silenciosa que hoy, con este título, por fin puedo cumplir. Este logro también es tuyo, papito. Gracias por creer en mí siempre.

A mis padres, Janeth Cajamarca y Marcelo Ayuy, con todo mi amor. A ti, mamá, por tu fortaleza, por tu entrega silenciosa y por enseñarme, con tu ejemplo, lo que significa no rendirse. Cada palabra tuya de aliento en los momentos más difíciles fue un impulso que me sostuvo cuando yo ya no encontraba fuerzas. A ti, papá, por tu esfuerzo constante, por tu manera de acompañarme, aunque no siempre con palabras, sino con hechos, y por hacerme sentir que, pasara lo que pasara, siempre tendría un lugar seguro al cual volver. Ustedes dos son la base de todo lo que soy y de todo lo que este título representa. Este trabajo lleva su nombre tanto como el mío, porque sin su amor y su sacrificio, nada de esto habría sido posible.

A los tres: gracias por ser mi luz y mi razón para seguir adelante. Este logro es de ustedes tanto como mío.

Con profundo amor y cariño.

Yvonne Alexandra Ayuy Cajamarca

Resumen

El trauma infantil es un problema prioritario de salud mental, ya que su exposición durante etapas sensibles del desarrollo se ha vinculado con la aparición de trastornos psicológicos graves, entre ellos el trastorno límite de la personalidad (TLP), caracterizado por inestabilidad emocional, impulsividad y dificultades en las relaciones interpersonales. Ante esta problemática, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación del trauma infantil en el desarrollo del TLP, identificando los tipos de trauma más asociados a este trastorno y describiendo los mecanismos que explican dicha relación. Para ello, se desarrolló una revisión bibliográfica cualitativa de alcance descriptivo, mediante la búsqueda de literatura en bases de datos como PubMed, Scopus, ScienceDirect, ProQuest y Web of Science, aplicando una adaptación del diagrama PRISMA 2020 que permitió seleccionar 30 artículos publicados entre 2020 y 2026. Los resultados evidenciaron que el abuso emocional y la negligencia emocional son los tipos de trauma infantil con mayor asociación al TLP, superando incluso al abuso físico y sexual, mientras que la relación entre ambas variables se sostiene mediante mecanismos emocionales, cognitivos, disociativos y biológicos, como la desregulación emocional, los sesgos cognitivos y las alteraciones epigenéticas. Se concluye que el trauma infantil, particularmente en su forma emocional, representa un factor de riesgo consistente para el desarrollo del TLP, por lo que se recomienda fortalecer la detección temprana y la regulación emocional en poblaciones vulnerables.

Palabras clave: Trauma infantil, trastorno límite de la personalidad, abuso emocional, desregulación emocional, revisión bibliográfica.

Abstract

Childhood trauma is a major mental health concern, since exposure to it during sensitive developmental stages has been associated with the onset of severe psychological disorders, such as borderline personality disorder (BPD), which is characterized by emotional instability, impulsivity, and difficulties in interpersonal relationships. In this regard, this study aimed to analyze the relationship between childhood trauma and the development of BPD by identifying the types of trauma most associated with this disorder and describing the mechanisms that explain this relationship. To this end, a qualitative literature review with a descriptive scope was conducted through a search in databases such as PubMed, Scopus, ScienceDirect, ProQuest, and Web of Science. An adaptation of the PRISMA 2020 flow diagram was applied to select 30 articles published between 2020 and 2026. The findings showed that emotional abuse and emotional neglect were the types of childhood trauma most strongly associated with BPD, even more so than physical and sexual abuse, while the relationship between both variables was supported by emotional, cognitive, dissociative, and biological mechanisms, such as emotional dysregulation, cognitive biases, and epigenetic alterations. In conclusion, childhood trauma, particularly in its emotional form, represents a consistent risk factor for the development of BPD. Therefore, strengthening early detection and emotional regulation in vulnerable populations is recommended.

Keywords: Childhood trauma, borderline personality disorder, emotional abuse, emotional dysregulation, literature review.

Contenido

Introducción.....	11
Conceptualización de las variables de estudio	11
Presentación del problema.....	12
Pregunta guía de investigación	14
Justificación	14
Objetivos.....	15
Objetivo general:.....	15
Objetivos específicos:	15
Materiales y métodos.....	15
Diseño	15
Estrategias de búsqueda.....	16
Criterios de selección.....	16
Proceso de identificación y selección de estudios	16
Tabla 1.....	17
Base de datos Estrategia de búsqueda.....	17
Figura 1.....	19
Extracción de datos.....	19
Análisis de datos.....	20
Desarrollo	20
Identificar los tipos de trauma infantil más frecuentemente asociados al trastorno límite de la personalidad	20
Tabla 2.....	26
Describir la relación entre el trauma infantil y el trastorno límite de la personalidad.....	30
Tabla 3.....	35
Conclusiones.....	40
Referencias	44

Introducción

Conceptualización de las variables de estudio

Se define al trauma infantil como la exposición temprana a experiencias adversas que dañan la seguridad física y emocional en etapas sensibles del desarrollo. Este abarca acciones que incluyen: el maltrato físico, psicológico y sexual, y omisiones en el cuidado (p. ej. negligencia, abandono y violencia en el entorno) (Corral y Díaz, 2019; Solís, 2025). Su rasgo distintivo es que ocurre en un contexto de dependencia donde la protección esperada falla, por ello la variable se delimita por tipo de experiencia, frecuencia, y duración. En consecuencia, se resume como actos u omisiones con potencial de afectar la salud, el desarrollo y la dignidad en la infancia (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Por su parte, el trastorno límite de la personalidad (TLP) se conceptualiza como un patrón persistente de inestabilidad en la identidad y relaciones, acompañado de impulsividad que genera deterioro funcional. Este se manifiesta en oscilaciones emocionales intensas que incluyen sensibilidad al rechazo, miedo al abandono, vínculos fluctuantes y conductas de riesgo con sensación de vacío y rabia intensa (Albarrán et al., 2021; Linehan, 1993; Pinta et al., 2023). Esta definición permite una visión clínica integradora que abarca diferentes síntomas, pero se destaca que el núcleo del trastorno se organiza alrededor de inestabilidad afectiva e interpersonal.

Es importante explicar la conexión entre el trauma infantil y el TLP, ya que esta relación ayuda a entender cómo se origina y se mantiene uno de los trastornos con mayor impacto en la vida de las personas que lo padecen. Cuando un niño vive situaciones difíciles de manera repetida dentro de sus relaciones cercanas, es más probable que desarrolle creencias

negativas sobre sí mismo, como sentirse "inválido" o esperar ser rechazado por los demás. Estas creencias también pueden hacer que interprete de forma equivocada las señales sociales de otras personas. Con el tiempo, esto dificulta que la persona aprenda a manejar sus emociones y a formar una identidad estable, dos problemas centrales en el TLP. Por ello, el trauma infantil puede considerarse un factor de riesgo para el desarrollo del TLP.

Sin embargo, es importante mencionar que esta relación no es directa: existen factores intermedios, como pensamientos distorsionados, dificultad para comprender las emociones propias y ajenas, y formas poco saludables de afrontar el dolor emocional, que explican cómo el trauma termina influyendo en el desarrollo del trastorno (González et al., 2023; Loaiza, 2021). Comprender este proceso es relevante porque permite identificar el momento adecuado para intervenir de forma clínica y así prevenir o reducir el riesgo de que estas experiencias tempranas se conviertan en un trastorno más grave.

Presentación del problema

El trauma infantil constituye un problema prioritario en salud mental debido a su alto impacto en el desarrollo de trastornos psicológicos. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) señala que hasta mil millones de niñas, niños y adolescentes de entre 2 y 17 años han sufrido alguna forma de violencia en el último año, cifra que evidencia la magnitud del problema y la necesidad de conocer sus efectos posteriores en la salud psicológica de estos individuos. Este problema no se limita a las lesiones o al sufrimiento inmediato que provoca la violencia, sino que se proyecta en el desarrollo emocional y relacional de quien la experimenta, generando trayectorias de riesgo que, con el paso del tiempo, pueden manifestarse como dificultades para regular las emociones, alteraciones en la forma de vincularse con otros y conductas desadaptativas. Por esta razón,

resulta importante analizar la continuidad que existe entre la adversidad temprana y la psicopatología que puede presentarse años después (Romero y Luna, 2026; Tusama et al., 2021).

Esta problemática adquiere especial relevancia clínica y social cuando se vincula con el TLP, pues las experiencias tempranas de amenaza o invalidación pueden favorecer la desregulación emocional, la impulsividad y el uso de estrategias de afrontamiento poco saludables. Estas dificultades, a su vez, suelen expresarse más adelante como inestabilidad afectiva e interpersonal, lo que provoca conflictos en las relaciones cercanas y un deterioro notable en la calidad de vida de quienes padecen el trastorno (Alberdi et al., 2023). Comprender este vínculo resulta indispensable, ya que permitiría identificar con mayor precisión los factores que incrementan el riesgo de desarrollar TLP y, con ello, diseñar estrategias de prevención e intervención más oportunas.

Por lo anterior, se destaca la necesidad de seguir investigando cómo el trauma infantil influye en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad. La revisión bibliográfica consultada muestra que una proporción relevante de personas con este trastorno reporta haber vivido experiencias adversas durante la infancia. Si bien esta asociación no implica una relación de causa-efecto directa, sí constituye un patrón que requiere una explicación teórica y clínica más profunda, la cual difícilmente puede comprenderse sin considerar los antecedentes de amenaza o invalidación temprana (González Marín et al., 2023; Merino, 2022; Suárez y Camacho, 2023). Estos hallazgos justifican la pertinencia del presente estudio, cuyo propósito es analizar con mayor claridad la relación entre el trauma infantil y el desarrollo del trastorno límite de la personalidad, con el fin de aportar evidencia que oriente futuras estrategias de detección temprana e intervención clínica.

Pregunta guía de investigación

¿Cuál es la relación entre el trauma infantil y el desarrollo del trastorno límite de la personalidad?

Justificación

Esta investigación posee un valor teórico relevante, ya que permite clarificar cómo las experiencias traumáticas tempranas se vinculan con la configuración del TLP, evitando explicaciones reduccionistas que atribuyen este trastorno únicamente a rasgos individuales o predisposiciones biológicas aisladas. Al incorporar el trauma infantil como antecedente explicativo, se enriquece la comprensión de fenómenos centrales del TLP (p. ej. la desregulación afectiva, la inestabilidad interpersonal y la impulsividad) al interpretarlos no como rasgos fijos de la personalidad, sino como respuestas aprendidas ante entornos relacionales inseguros durante etapas críticas del desarrollo. Esta perspectiva es coherente con modelos teóricos como el biosocial del desarrollo del TLP y las teorías del apego, los cuales sostienen que la interacción entre una vulnerabilidad temperamental y un entorno invalidante favorece la aparición de estos síntomas. De esta manera, el estudio no solo describe una asociación, sino que aporta un marco explicativo para discutir los mecanismos implicados y orientar hipótesis relacionales más precisas (Alekhin y Isagulova, 2022; Bozzatello et al., 2021; Lee et al., 2022).

Finalmente, el trauma infantil continúa representando un problema significativo para la salud mental, con consecuencias que afectan tanto el funcionamiento psicológico como social de quienes lo experimentan. La literatura especializada indica que la presencia de eventos traumáticos durante la infancia incrementa el riesgo de desarrollar trastornos

afectivos, además de generar un deterioro sostenido en las relaciones interpersonales y en la calidad de vida general (Cavelti et al., 2021; Ferrer, 2023; Winsper et al., 2020). Estos hallazgos, sustentados en evidencia empírica consistente, refuerzan la importancia teórica y práctica de abordar esta problemática desde un enfoque que integre tanto los antecedentes traumáticos como los mecanismos psicológicos que explican su relación con el trastorno límite de la personalidad.

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la relación del trauma infantil en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Objetivos específicos:

- Identificar los tipos de trauma infantil más frecuentemente asociados al trastorno límite de la personalidad.
- Describir la relación entre el trauma infantil y el trastorno límite de la personalidad.

Materiales y métodos

Diseño

La presente investigación se estructuró como una revisión documental con un enfoque de revisión bibliográfica cualitativa, orientada al análisis de la evidencia sobre la relación entre trauma infantil y trastorno límite de la personalidad. El alcance de la investigación fue descriptivo, debido a que se busca identificar y sintetizar los hallazgos sobre la relación del

trauma infantil y el trastorno límite de la personalidad.

Estrategias de búsqueda

La búsqueda se realizó con descriptores en español e inglés para ampliar la información y reducir sesgos, se combinaron términos como trauma infantil, maltrato infantil, abuso sexual infantil, experiencias adversas en la infancia, trastorno límite de la personalidad.

Se aplicaron los operadores booleanos como *AND*, *OR*, y *NOT* para optimizar los resultados de búsqueda, siguiendo el principio de búsqueda transparente propuesto por Yepes et al, (2021). La búsqueda fue realizada mediante bases de datos científicos como *PubMed*, *Scopus*, *ScienceDirect*, *ProQuest* y *Web of Science*.

Criterios de selección

Se incluyeron estudios científicos correspondientes a estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos, y de la misma manera estudios de caso clínico.

Se consideraron artículos desde el año 2020 hasta el 2026 disponibles en español e inglés, con el fin de garantizar la validez de la información y evitar el sesgo derivado del uso de fuentes desactualizadas, priorizando estudios con una metodología clara y coherente con el objetivo del estudio.

Fueron descartados los artículos que no trataron explícitamente trauma infantil o TLP, estudios que posean deficiencias metodológicas significativas y artículos que no se encuentren con acceso abierto.

Proceso de identificación y selección de estudios

Con el propósito de documentar el proceso de selección de los estudios, se empleó una

adaptación del diagrama de flujo PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Debido a que la presente investigación corresponde a una revisión bibliográfica y no a una revisión sistemática, dicho instrumento se utilizó únicamente para representar las etapas de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los artículos científicos. La Tabla 1 muestra las ecuaciones de búsqueda utilizadas en cada base de datos, tomando en cuenta las recomendaciones que ofrece cada base de datos para escudriñar artículos:

Tabla 1

Estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	("borderline personality disorder") AND ("childhood trauma" OR "adverse childhood experiences" OR "childhood maltreatment")
Scopus	("borderline personality disorder" AND ("childhood trauma" OR "adverse childhood experiences" OR "emotion regulation" OR dissociation)
ScienceDirect	"borderline personality disorder" AND "childhood trauma"
ScienceDirect	"borderline personality disorder" AND "childhood maltreatment"
Web of Science	("borderline personality disorder" AND ("childhood trauma" OR "childhood maltreatment" OR "adverse childhood experiences"))
ProQuest	"borderline personality disorder" AND ("childhood trauma" OR "childhood abuse" OR "emotion regulation")

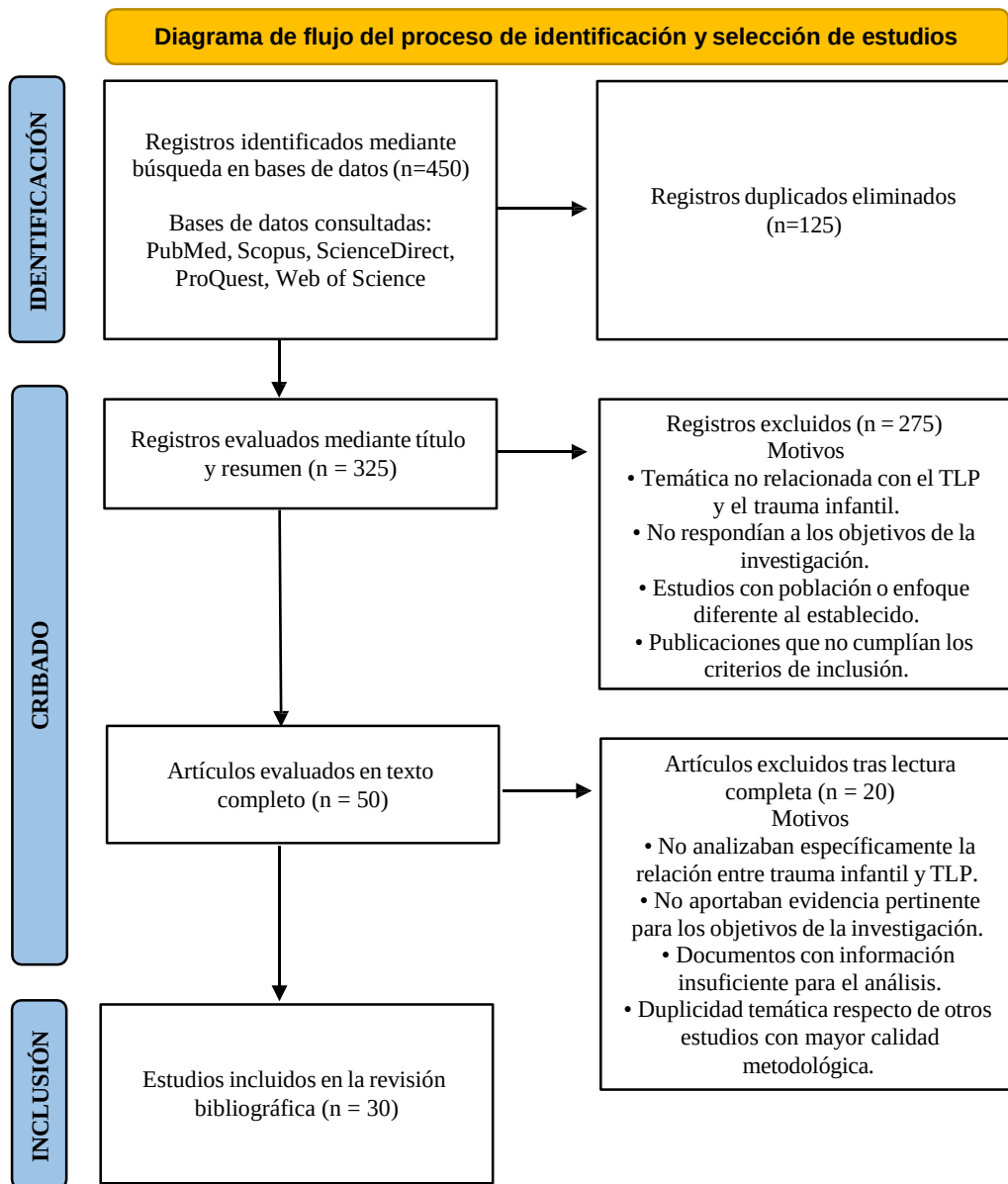
Nota. En todas las bases de datos se aplicaron los filtros correspondientes al periodo de publicación entre 2020 y 2026, disponibilidad de texto completo, artículos científicos en idioma inglés o español y estudios realizados en población humana.

Como resultado del proceso de búsqueda se identificaron 450 registros potencialmente relevantes. Tras la eliminación de 125 registros duplicados que se identificaron mediante búsqueda de autores y similitud de títulos, se procedió al cribado de 325 artículos mediante la

revisión de títulos y resúmenes. En esta etapa fueron excluidos 275 estudios pues estos no cumplieron con los criterios de inclusión o, también, porque no se evidenciaba una relación estrecha con respecto a los objetivos planteados. En la misma línea de pensamiento, se evaluaron 50 artículos en texto completo, de los cuales 20 fueron descartados pues no se considera que aportaban suficiente información si se comparaban con los otros 30 restantes. La Figura 1 muestra el diagrama de flujo de la metodología PRISMA empleada:

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso de identificación y selección de estudios mediante adaptación de PRISMA 2020



Fuente: Elaboración propia mediante adaptación del diagrama PRISMA 2020.

Extracción de datos

La extracción se realizó mediante una ficha bibliográfica estandarizada para cada documento, incluyó autoría, año, país, objetivo del estudio, diseño metodológico y

principales resultados. Se dio inicio con la búsqueda sistemática de literatura a partir de palabras clave, relacionadas con el *trauma infantil y el trastorno límite de la personalidad* aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, para posteriormente efectuar una revisión progresiva de títulos, resúmenes y textos completos. hasta llegar a seleccionar y definir el número final de documentos que fueron considerados para el desarrollo del trabajo.

Análisis de datos

Los artículos fueron seleccionados considerando la especialización de las revistas científicas, el tipo de estudio y si la metodología posee una relación coherente con el objetivo. El análisis de la información fue ejecutado de manera cualitativa, lo que nos permitirá una interpretación detallada de los diferentes estudios. Se empleó un análisis temático y comparativo, organizando los resultados de acuerdo a las diferentes variables de estudio, como los tipos de trauma infantil, los distintos métodos usados, y los objetivos de las diferentes investigaciones. De esta manera se facilitó una comprensión integral sobre el impacto del trauma infantil en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Desarrollo

Identificar los tipos de trauma infantil más frecuentemente asociados al trastorno límite de la personalidad

Dentro del estudio de los factores asociados al TLP, la adversidad infantil ocupa un lugar central, ya que múltiples investigaciones coinciden en que ciertas experiencias vividas durante los primeros años de vida se relacionan de manera más estrecha con este trastorno que otras. Para entender mejor esta relación, resulta necesario diferenciar entre los distintos tipos de trauma infantil (como el abuso emocional, el abuso físico, el abuso sexual y la negligencia)

y precisar cuáles de ellos presentan una asociación más fuerte con el desarrollo de la sintomatología límite. En este marco, Porter et al. (2020) desarrollaron un metaanálisis de efectos aleatorios que integró 97 estudios provenientes de contextos clínicos y comunitarios, con el objetivo de establecer, de manera más precisa, qué tipos de trauma infantil se relacionan con mayor fuerza con el TLP. Los autores explican que, aunque ya existía abundante evidencia sobre esta relación, los resultados de los estudios previos variaban considerablemente entre sí, por lo que era necesario integrar dicha evidencia en un solo análisis para obtener conclusiones más confiables.

Los resultados de este metaanálisis mostraron que las personas con TLP tenían 13.91 veces más probabilidades de reportar adversidad infantil, en comparación con personas sin ningún diagnóstico clínico. Aunque todos los tipos de maltrato analizados mostraron una relación significativa con el trastorno, el abuso emocional y la negligencia emocional fueron los que presentaron la asociación más fuerte, superando incluso al abuso físico y al abuso sexual. Esto significa que las experiencias en las que un niño es humillado, rechazado, invalidado emocionalmente o privado de afecto podrían tener un peso incluso mayor que el maltrato físico en el desarrollo posterior del TLP. Porter et al. (2020) explican este hallazgo señalando que el abuso emocional, al ocurrir con frecuencia dentro de las relaciones más cercanas del niño (como la relación con sus padres), afecta directamente la forma en que este aprende a verse a sí mismo y a confiar en los demás, dos aspectos que después se ven alterados en el TLP.

Este mismo patrón en el que el abuso emocional y la negligencia emocional destacan por encima de otros tipos de trauma se ha repetido en investigaciones realizadas en distintos países, lo que le da mayor solidez a esta conclusión, pues no depende de una sola cultura o

región. Wu et al. (2022) trabajaron con una muestra de pacientes chinos con distintos diagnósticos psiquiátricos y encontraron que el abuso emocional y la negligencia emocional eran los predictores más importantes del TLP, incluso por encima de otras formas de maltrato evaluadas con el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ). Además, identificaron que el abuso sexual, aunque no fue el tipo de trauma con mayor peso general, sí se relacionó de manera importante con conductas autolesivas y con un mayor riesgo de suicidio. Riemann et al. (2024) confirmaron que el trauma infantil, y en especial el abuso emocional, incrementaba la presencia de rasgos límite incluso en personas que no tenían un diagnóstico de TLP, lo cual demuestra que esta relación no se limita a quienes ya han sido diagnosticados con el trastorno.

Otro grupo de investigaciones ha buscado explicar con mayor detalle por qué el abuso emocional parece tener un efecto tan fuerte sobre el desarrollo del TLP. Yuan et al. (2023) llevaron a cabo un estudio transversal en el que encontraron que el abuso emocional fue el tipo de maltrato con la relación más fuerte con los síntomas del TLP, y que parte importante de esa relación se explicaba por la dificultad para regular las emociones. Goldbach et al. (2023) encontraron que el abuso emocional infantil se relaciona de manera especial con los síntomas internos del TLP (sensación crónica de vacío, inestabilidad en la identidad) más que con las conductas externas. Kanj et al. (2023), en una muestra de adultos libaneses, confirmaron que la dificultad para regular las emociones actúa como mecanismo intermedio entre el abuso emocional y los síntomas límite, aunque solo de manera parcial.

Una contribución especialmente valiosa para comprender la amplitud de esta relación proviene de la revisión biopsicosocial realizada por Bozzatello et al. (2021), quienes analizaron la literatura publicada en los últimos veinte años con el objetivo de evaluar si distintos tipos de trauma infantil (abuso sexual, físico y negligencia) incrementan el riesgo y moldean el cuadro

clínico del TLP. Sus resultados confirmaron que las experiencias adversas en la infancia afectan múltiples sistemas biológicos de manera simultánea: el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA), los mecanismos de neurotransmisión, el sistema opioide endógeno y la neuroplasticidad, con cambios que persisten hasta la adultez. Adicionalmente, los autores documentaron que el TLP como secuela de trauma infantil tiende a presentarse con múltiples comorbilidades (estados de ánimo, ansiedad, disociación y adicciones), a tener un curso más prolongado y a ser más resistente al tratamiento, en comparación con casos en los que no existe un antecedente traumático claro. Este hallazgo es clínicamente relevante porque sugiere que la presencia de trauma infantil no solo predice el desarrollo del TLP, sino también su severidad y pronóstico a largo plazo.

El concepto de politrauma resulta particularmente útil para comprender por qué algunas personas con antecedentes de abuso desarrollan TLP mientras que otras, expuestas al mismo tipo de maltrato, no lo hacen. Cuando un niño experimenta de manera simultánea o sucesiva diferentes formas de maltrato, el impacto acumulado sobre su desarrollo psicológico supera al que produciría cada experiencia por separado. Laffite et al. (2025), mediante análisis de clases latentes, identificaron que las mujeres con TLP que habían vivido experiencias adversas más graves y prolongadas presentaban niveles más altos de impulsividad y déficits cognitivos más marcados. Esto sugiere que no solo importa qué tipo de trauma vivió la persona, sino también cuánto tiempo estuvo expuesta a él y con qué intensidad, ya que ambos factores influyen en la gravedad de los síntomas límite (Bozzatello et al., 2021).

Otro aspecto relevante identificado en la literatura es la influencia del género sobre la relación entre el trauma infantil y el TLP. Los resultados de múltiples estudios sugieren que las mujeres tienden a internalizar las consecuencias del trauma (manifestadas como síntomas

emocionales y relacionales), mientras que los hombres presentan con mayor frecuencia manifestaciones externas como impulsividad y conductas agresivas. Esta diferencia en la expresión sintomática podría explicar en parte por qué el TLP se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres, aunque algunos autores señalan que esta disparidad también refleja sesgos de detección en los sistemas de salud mental (Malafanti et al., 2024). Considerar el género como un factor que modifica la forma en que el trauma se experimenta y se expresa es fundamental para ofrecer una atención clínica más precisa y sensible a las necesidades individuales de cada persona.

Más allá de describir qué tipos de trauma se asocian con el TLP, algunos investigadores han propuesto modelos teóricos para explicar por qué ciertas experiencias infantiles producen precisamente las características clínicas que definen a este trastorno. Herzog et al. (2022) propusieron el modelo del *procesamiento predictivo* como marco integrador para entender la relación entre el maltrato infantil y el TLP. Según este modelo, el cerebro humano construye constantemente predicciones sobre el mundo en función de las experiencias pasadas. Cuando un niño crece en un entorno de maltrato o invalidación emocional, su cerebro aprende a generar predicciones negativas sobre sí mismo y sobre los demás: espera ser rechazado, lastimado o ignorado. Estas predicciones negativas actúan como un filtro que distorsiona la interpretación de las situaciones sociales en la adultez, llevando a la persona a percibir amenazas donde no las hay o a responder con una intensidad emocional desproporcionada ante señales de rechazo.

Las implicaciones de este modelo son especialmente relevantes para comprender algunos de los síntomas más desconcertantes del TLP, como la alternancia entre la idealización y la devaluación de las personas cercanas. Desde la perspectiva del procesamiento predictivo, estas reacciones no son irracionales, sino el resultado coherente de un sistema cerebral que

aprendió a operar con predicciones de amenaza en un entorno de maltrato temprano (Herzog et al., 2022). Además, este modelo propone que los niveles elevados de dopamina observados en personas con TLP podrían amplificar la integración de señales sociales negativas, lo que explicaría la hipersensibilidad interpersonal característica del trastorno. Desde el punto de vista terapéutico, este marco teórico sugiere que las intervenciones más efectivas serán aquellas que ayuden al paciente a identificar y revisar las predicciones negativas aprendidas durante la infancia, objetivo central de la Terapia de Esquemas y de la Terapia Basada en la Mentalización.

Un aspecto adicional identificado en la literatura revisada es el papel del tipo de perpetrador en la determinación del impacto del trauma. Los hallazgos indican de manera consistente que cuando el maltrato es perpetrado por una figura de apego primaria (como el padre, la madre o un cuidador directo), su efecto sobre el desarrollo del TLP es significativamente mayor que cuando proviene de personas ajenas al entorno familiar. Esta diferencia se explica porque el maltrato perpetrado por figuras de apego ocurre precisamente en el contexto que debería proveer seguridad y regulación emocional al niño, generando lo que la teoría del apego denomina una trampa del miedo sin solución: el niño necesita aproximarse a su cuidador para sentirse seguro, pero ese mismo cuidador es la fuente de su miedo (Bozzatello et al., 2021). Esta dinámica ayuda a entender por qué el miedo al abandono y la inestabilidad en las relaciones íntimas constituyen aspectos tan centrales del TLP.

El efecto del trauma infantil no se limita a la aparición de síntomas propios del TLP, sino que también se relaciona con otros problemas de salud mental. Lavvaf et al. (2025) encontraron que el abuso emocional se asociaba de manera significativa con la presencia de depresión mayor y trastornos por consumo de sustancias en pacientes con TLP. Xie et al. (2021) identificaron que la autoestima y la resiliencia actúan como factores que disminuyen el efecto

negativo del abuso infantil sobre el desarrollo de rasgos límite, lo que sugiere que no todas las personas que experimentan abuso desarrollan necesariamente síntomas del TLP. Brotto et al. (2024) mostraron que el abuso emocional y la exposición a múltiples formas de maltrato predicen la aparición de síntomas límite, y que estos síntomas, a su vez, incrementan la probabilidad de que la persona presente conductas delictivas en la adultez.

Malafanti et al. (2024), apoyándose en el modelo psicodinámico propuesto por Kernberg, encontraron que el abuso y el caos familiar predicen características centrales de la organización límite, como la dificultad para mantener una identidad estable y las defensas primitivas, con variaciones según la etapa de la infancia en que ocurrió el trauma y el género de la persona.

En conjunto, la evidencia revisada permite concluir que, si bien todos los tipos de trauma infantil analizados se relacionan de alguna manera con el TLP, el abuso emocional y la negligencia emocional destacan de forma constante como los factores con mayor peso, tanto en distintas culturas como en distintos grupos de edad. Al mismo tiempo, factores como la intensidad, la duración y la acumulación de varias formas de maltrato también contribuyen a explicar la gravedad de los síntomas límite, lo que sugiere que no existe un único camino por el cual el trauma infantil favorece el desarrollo del TLP, sino más bien una combinación de experiencias que, actuando juntas, aumentan el riesgo de este trastorno.

Tabla 2

Síntesis de estudios sobre los tipos de trauma infantil asociados al TLP

Autor y año	País	Variable	Diseño	Resultado principal
Porter et al. (2020)	GBR	AE – NE	MA (n = 97)	TLP × 13.91 advers.; AE + NE mayor efecto
Wu et al.	CHN	AE – NE	CC	AE + NE predictores ppales. del

(2022)					TLP; AS ↔ AUTOL/SUIC
Riemann et al.	NLD	AE	COH		TI ↑ rasgos límite, esp. AE, en
(2024)					TDM/TB-I
Yuan et al.	USA	AE (vía DE)	ET		AE: asociación más fuerte con
(2023)					TLP; DE MED parc.
Goldbach et al.	USA	AE	ET		AE → sínt. intrapsíqu. del TLP
(2023)			EXPL		
Kanj et al.	LBN	AE (vía DE)	ET		DE media parc. relación AE-TLP
(2023)			MED		
Lavvaf et al.	IRN	AE – AS	ETC		AE ↔ DEP.MAYOR y consumo
(2025)					SUST.
Xie et al.	CHN	AI (vía	SEM		AUTOEST + RESIL atenúan
(2021)		AUTOEST/RESIL)			relación AI-rasgos límite
Brotto et al.	AUS	AE – maltrato múlt.	ET		TLP MED relación maltrato-
(2024)			MED		COND.DELICT.
Laffite et al.	ESP	Advers. acumulada	ET CL		Advers. grave/persist. →
(2025)					IMPULS + déf. COG.
Malafanti et al.	GRC	AI – CF	ET		Abuso + CF predicen difusión
(2024)			RETR		ident. y def. primit.
Herzog et al.	DEU	PROC PRED	RS		Predicciones negativas
(2022)					aprendidas → hipersensib.
					interpers.
Bozzatello et al.	ITA	TI	RS		TI afecta HPA, neurotrans.,
(2021)					opioides; TLP severo y
					comórbido

Nota. AE = abuso emocional; NE = negligencia emocional; AS = abuso sexual; AI = abuso infantil; CF = caos familiar; TI = trauma infantil; DE = desregulación emocional; AUTOEST = autoestima; RESIL = resiliencia; DEP.MAYOR = depresión mayor; SUST. = sustancias; AUTOL = autolesión; SUIC = suicidio; IMPULS = impulsividad; COG. = cognitivo; COND.DELICT. = conducta delictiva; TLP = trastorno límite de la personalidad; MA = metaanálisis; CC = casos y controles; COH = cohorte; ET = estudio transversal; ET EXPL = estudio exploratorio; ET MED = transversal-mediacional; ETC = estudio correlacional; SEM = ecuaciones estructurales; ET CL = clases latentes; ET RETR = estudio retrospectivo; MED = media/mediación; parc. = parcialmente; PROC PRED = Procedimiento predictivo; ITA =

Al analizar de manera comparativa los estudios incluidos en la Tabla 2, un primer aspecto destacable es la consistencia transcultural de los resultados. Los trabajos realizados en

China (Wu et al., 2022; Xie et al., 2021), en Estados Unidos (Goldbach et al., 2023; Yuan et al., 2023), en el Líbano (Kanj et al., 2023), en Italia (Bozzatello et al., 2021), en Grecia (Malafanti et al., 2024) y en España (Laffite et al., 2025) llegan a una conclusión compartida: el abuso emocional y la negligencia emocional son los tipos de maltrato infantil que se asocian de manera más fuerte con los síntomas del TLP. Esta convergencia es especialmente relevante porque las diferencias culturales en la crianza, en las normas de comunicación emocional y en los sistemas de atención a la infancia son considerables entre los países mencionados. El hecho de que los hallazgos coincidan a pesar de esas diferencias sugiere que el impacto del abuso emocional sobre el desarrollo del TLP trasciende el contexto sociocultural particular y obedece a mecanismos psicológicos y biológicos de carácter más universal, lo que otorga a esta conclusión un nivel de solidez difícil de obtener cuando los estudios se circunscriben a una sola región.

Sin embargo, al examinar los diseños metodológicos reportados en la misma tabla, emerge una limitación transversal importante: la mayoría de los estudios incluidos corresponde a diseños transversales (como los de Goldbach et al., 2023; Jiang, 2024; Kanj et al., 2023; Yuan et al., 2023), los cuales permiten identificar asociaciones estadísticas, pero no establecer una relación causal entre el trauma infantil y el TLP. Esta limitación es especialmente relevante porque, a partir de un diseño transversal, no es posible descartar que la presencia de síntomas límite influya en la manera en que las personas recuerdan y reportan sus experiencias de maltrato durante la infancia, fenómeno conocido como sesgo de retrospección. En contraste, el estudio de Tate et al. (2022), que utilizó registros nacionales de más de un millón de participantes en Suecia, aporta evidencia longitudinal y de mayor alcance sobre la relación entre adversidad temprana y TLP. La coexistencia de diseños tan diferentes dentro del conjunto de estudios revisados invita a interpretar los resultados no como prueba de causalidad, sino como

un patrón de asociación robusto que, junto con la evidencia biológica y epigenética, apunta en una dirección consistente.

Otro aspecto analíticamente relevante que emerge de los estudios de la Tabla 2 es la diferenciación entre los síntomas internos y los externos del TLP en relación con el tipo de trauma. Goldbach et al. (2023) encontraron que el abuso emocional se asocia de manera prioritaria con síntomas intrapsíquicos, como la sensación crónica de vacío, la inestabilidad en la identidad y las alteraciones en la percepción de sí mismo. Brotto et al. (2024), en cambio, demostraron que el TLP actúa como mediador entre el maltrato múltiple y las conductas delictivas, lo que apunta a manifestaciones externas con consecuencias sociales y legales. Esta distinción tiene implicaciones diagnósticas concretas: en la práctica clínica, los síntomas internos del TLP suelen pasar desapercibidos durante más tiempo que los externos, porque generan menos conflicto observable en el entorno. Una persona con intensa sensación de vacío, oscilación identitaria y miedo crónico al abandono puede no ser derivada a atención especializada hasta que esos síntomas internos se expresan en conductas de riesgo. Reconocer que el abuso emocional infantil favorece especialmente esta dimensión interna del trastorno permitiría orientar de manera más precisa los instrumentos de cribado clínico.

La revisión de los estudios incluidos también permite reflexionar sobre por qué no todas las personas que vivieron abuso emocional durante la infancia desarrollan TLP. El trabajo de Xie et al. (2021), recogido en la Tabla 2, identificó que la autoestima y la resiliencia actúan como factores protectores capaces de atenuar el impacto del maltrato sobre los rasgos límite. Este hallazgo es conceptualmente importante porque rompe con una visión determinista de la relación entre trauma y psicopatología, según la cual la exposición al maltrato implicaría de manera inevitable el desarrollo del trastorno. Al introducir factores de protección, el modelo explicativo se vuelve más dinámico y clínicamente esperanzador: si la resiliencia puede

amortiguar el efecto del trauma, entonces las intervenciones diseñadas para fortalecer esta capacidad desde la infancia podrían reducir el riesgo de que el maltrato temprano desemboque en una psicopatología grave. Esta idea es coherente con los principios de la prevención primaria en salud mental, que busca reducir los factores de riesgo y fortalecer los recursos internos de las personas antes de que el trastorno se desarrolle plenamente.

Finalmente, una lectura crítica de la Tabla 2 revela un vacío geográfico en la evidencia disponible: ninguno de los estudios incluidos fue realizado en América Latina, a pesar de que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud estiman que la región presenta tasas de violencia contra la infancia comparables o superiores a las de contextos donde sí se han realizado investigaciones (UNICEF/OPS, 2024). Esta ausencia dificulta saber si los hallazgos obtenidos en contextos europeos, norteamericanos o asiáticos son directamente transferibles a la realidad latinoamericana, donde factores como la estructura familiar, los roles de género, el nivel de acceso a servicios de salud mental y la normalización cultural de ciertas prácticas de crianza pueden modificar la forma en que el trauma infantil se experimenta y se expresa clínicamente. Este vacío representa una limitación significativa del presente estudio y, al mismo tiempo, una oportunidad de investigación futura prioritaria para la región.

Describir la relación entre el trauma infantil y el trastorno límite de la personalidad

Una vez identificados los tipos de trauma infantil más asociados al TLP, resulta necesario explicar de qué manera estas experiencias llegan a convertirse en los síntomas propios del trastorno, es decir, comprender los procesos o mecanismos a través de los cuales el trauma influye en el desarrollo de la sintomatología límite. En primer lugar, distintos estudios confirman que esta relación se mantiene incluso en poblaciones con otros diagnósticos psiquiátricos. Aydın y Koca Laçın (2024), en pacientes con trastorno bipolar tipo I en fase estable, encontraron que quienes tenían antecedentes de trauma infantil presentaban más rasgos

límite, mayores niveles de neuroticismo y un funcionamiento general más deteriorado. Tate et al. (2022) analizaron información de registros nacionales suecos con más de un millón de participantes y encontraron que las personas con TLP presentaban más trastornos psiquiátricos, más antecedentes de autolesión, mayor riesgo de victimización y más experiencias traumáticas, en comparación con la población general.

Entre los distintos mecanismos que explican esta relación, la desregulación emocional es uno de los que cuenta con mayor respaldo científico. Bertele et al. (2022) encontraron que este proceso explica en buena parte por qué el maltrato infantil se relaciona con los síntomas límite: las personas maltratadas presentan mayor dificultad para manejar sus emociones, y esta dificultad es la que se traduce en síntomas del TLP. De manera similar, Thornton et al. (2025) confirmaron en una revisión sistemática que la desregulación emocional actúa como puente constante entre las experiencias adversas de la infancia y distintos rasgos patológicos de personalidad. Ciringione et al. (2025) ampliaron esta explicación al mostrar que la desregulación emocional no actúa sola, sino junto con síntomas disociativos, lo que sugiere que el trauma infantil puede afectar al mismo tiempo distintos sistemas psicológicos.

Precisamente, la disociación representa otro de los mecanismos más estudiados. Fung et al. (2023) encontraron que la impulsividad, la alteración en la identidad y las conductas autolesivas se relacionan de manera especialmente fuerte con la disociación, lo cual indica que este mecanismo podría estar particularmente vinculado a los síntomas más graves del TLP. Yuan et al. (2025) confirmaron este mismo patrón en adolescentes chinos, demostrando que esta asociación puede identificarse ya desde la adolescencia. Zein et al. (2025) encontraron que las experiencias psicóticas también se relacionan con los antecedentes de trauma infantil en personas con rasgos límite, lo que amplía el rango de manifestaciones clínicas que pueden

derivarse de estas experiencias adversas.

Otro grupo de mecanismos explicativos se relaciona con la forma en que las personas piensan sobre sí mismas y afrontan sus emociones dolorosas. Jiang (2024) identificó que la evitación experiencial actúa como mecanismo intermedio importante entre el trauma infantil y el TLP, ya que evitar estas emociones puede aliviar el malestar en el momento, pero a largo plazo dificulta aprender a afrontarlas de manera adaptativa. González Marín et al. (2023) explicaron que las experiencias adversas tempranas favorecen la formación de sesgos cognitivos relacionados con la forma en que la persona se percibe a sí misma, percibe a los demás y percibe sus relaciones interpersonales. Ociskova et al. (2024) encontraron que el autoestigma media parcialmente la relación entre el trauma infantil y la discapacidad funcional en pacientes con TLP.

Un mecanismo biológico que ha recibido creciente atención en años recientes es el papel de la oxitocina, hormona estrechamente relacionada con los vínculos sociales y la confianza interpersonal, en la conexión entre el trauma infantil y el TLP. Mielke et al. (2023) realizaron un estudio con 131 pacientes femeninas con TLP y 124 controles (12–50 años) y demostraron que las personas con TLP presentaban niveles significativamente reducidos de oxitocina en plasma, y que las experiencias adversas infantiles mediaban esta relación. Este hallazgo es importante porque la oxitocina desempeña un papel fundamental en la capacidad de confiar en los demás, de percibir las interacciones sociales como seguras y de establecer vínculos afectivos estables. Cuando sus niveles están disminuidos, la persona puede experimentar mayor sensibilidad al rechazo y menor capacidad para calmarse a través del contacto social, todo lo cual amplifica la inestabilidad interpersonal característica del trastorno (Mielke et al., 2023).

Además de los mecanismos biológicos, la investigación reciente ha prestado especial

atención al concepto de *mentalización*, definido como la capacidad de comprender los estados mentales propios y ajenos como la base del comportamiento humano. La mentalización se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego tempranas: cuando un cuidador responde de manera sensible y consistente a las señales emocionales del niño, este aprende a identificar y comprender sus propios estados internos y los de los demás. Por el contrario, cuando el niño crece en un entorno de maltrato o de respuestas invalidantes, la capacidad de mentalización se desarrolla de manera deficiente. Un estudio reciente de Flückiger et al. (2025) encontró que la mentalización y el apego ansioso explicaban conjuntamente el 75 % de la mediación entre la adversidad infantil y los síntomas del TLP en una muestra mixta de pacientes y participantes comunitarios, lo que subraya la centralidad de estos mecanismos relacionales en el desarrollo del trastorno.

En relación con los mecanismos cognitivos, los estudios revisados sugieren que el maltrato infantil no solo genera sesgos en la manera en que la persona se percibe a sí misma, sino también en la forma en que procesa la información social procedente de los demás. Las personas que vivieron abuso emocional durante la infancia tienden a mostrar una mayor sensibilidad hacia señales de rechazo, enojo o desprecio, incluso cuando estas señales son ambiguas o neutrales, y a interpretar situaciones relacionales ordinarias como potencialmente amenazantes (Herzog et al., 2022). Este patrón de hipervigilancia social, que en su origen pudo constituir una estrategia adaptativa en un entorno de maltrato, se convierte en inadaptativo en la adultez porque lleva a la persona a responder con ansiedad u hostilidad ante situaciones que no representan una amenaza real, lo cual explica los frecuentes conflictos interpersonales que caracterizan al TLP.

Finalmente, un último grupo de investigaciones traslada esta relación hacia el plano

biológico y conductual. Gescher et al. (2024) encontraron alteraciones epigenéticas en el gen OPRK1 en personas con TLP que habían vivido trauma infantil, lo que sugiere que estas experiencias pueden dejar huellas biológicas duraderas capaces de influir en la regulación del estrés. Xiao et al. (2023), utilizando técnicas de neuroimagen, encontraron alteraciones en regiones cerebrales relacionadas con el procesamiento de las emociones en adolescentes con TLP y antecedentes de trauma. Ghimire et al. (2025) confirmaron mayor impulsividad y mayor frecuencia de experiencias traumáticas en pacientes con TLP, mientras que Barra et al. (2025) encontraron que las experiencias adversas en la infancia se relacionaban con mayor agresión física y conductas violentas. Pedone et al. (2025) confirmaron que el trauma infantil incrementa de manera progresiva los rasgos límite incluso en población general sin diagnóstico clínico.

Al integrar los mecanismos emocionales, cognitivos, disociativos y biológicos descritos a lo largo de esta sección, es posible proponer un modelo explicativo de múltiples niveles en el que el trauma infantil actúa como un organizador temprano del funcionamiento psicológico. En el nivel biológico, altera la expresión génica a través de mecanismos epigenéticos, modifica el funcionamiento de estructuras cerebrales implicadas en la regulación emocional y reduce los niveles de oxitocina (Gescher et al., 2024; Mielke et al., 2023). En el nivel psicológico, compromete el desarrollo de la mentalización, favorece la formación de sesgos cognitivos negativos y dificulta la adquisición de estrategias adaptativas de regulación emocional (González Marín et al., 2023; Herzog et al., 2022). En el nivel conductual, estas alteraciones se expresan en impulsividad, autolesiones, relaciones interpersonales inestables y conductas de evitación que perpetúan el malestar a largo plazo (Jiang, 2024). Ninguno de estos niveles opera de manera independiente: los cambios biológicos facilitan las distorsiones cognitivas, las cuales intensifican la desregulación emocional, que a su vez retroalimenta los patrones conductuales disfuncionales. Comprender esta interacción dinámica no solo enriquece la comprensión teórica

del TLP, sino que orienta el diseño de intervenciones que atiendan simultáneamente los diferentes niveles en los que el trauma ha dejado sus efectos.

En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que la relación entre el trauma infantil y el TLP no depende de un único proceso, sino que se sostiene mediante distintos mecanismos que actúan de manera interrelacionada: procesos emocionales como la desregulación emocional, procesos cognitivos como los sesgos de pensamiento y el autoestigma, procesos disociativos y también procesos biológicos y conductuales. Esta variedad de mecanismos explica, en parte, por qué las personas con TLP presentan manifestaciones clínicas tan diversas entre sí.

Tabla 3

Síntesis de estudios sobre los mecanismos que explican la relación TI-TLP

Autor y año	País	Variable	Diseño	Resultado principal
Aydin y Koca Laçin (2024)	TUR	TI y TLP	ETC	TI + TLP = DF y NEUROT.
Tate et al. (2022)	SWE	TI y TLP	REG.NAC.	TLP ↑ COMORB, AUTOL, VICT.
Bertele et al. (2022)	DEU	DE (MED)	ET MED	DE media relación maltrato- TLP
Thornton et al. (2025)	GBR	DE (MED)	RS + MED	DE media relación ACE- rasgos patol. pers.
Ciringione et al. (2025)	ITA	DE – DISOC	ET	DE y DISOC ↔ TI, sig.
Fung et al. (2023)	HKG	DISOC	ET	IMPULS + AUTOL + ident. ↔ DISOC
Yuan et al. (2025)	CHN	DISOC (ADO)	ET	TI + DISOC ↔ rasgos límite, sig. (ADO)

Zein et al. (2025)	LBN	PSICOT.	ET	PSICOT. ↔ TI, sig.
Jiang (2024)	CHN	EVIT (MED)	ET MED	EVIT media relación TI-TLP
González Marín et al. (2023)	COL	SESG.COG.	RS	ACE → SESG.COG. en TLP
Ociskova et al. (2024)	CZE	ESTIG (MED)	SEM	ESTIG media parc. relación TI-DISCAP.
Gescher et al. (2024)	DEU	EPIG (OPRK1)	CC	EPIG asociado a TI en TLP
Xiao et al. (2023)	CHN	ACT.CEREB.	ET NI	Alter. funcional cerebral ↔ TI (ADO)
Ghimire et al. (2025)	NPL	IMPULS.	ET COMP	TLP: ↑ IMPULS. y TI vs. CTRL.
Barra et al. (2025)	DEU	ACE – VIOL.	OBS (CL)	ACE ↑ AGR. y COND.DELICT.
Pedone et al. (2025)	ITA	Rasgos pers. (POB gral.)	ET	TI ↑ rasgos límite y otras patol. en POB gral.
Mielke et al. (2023)	DEU/CHE	OXI	EXP	ACE media relación TLP–↓ oxitocina plasmática
Flückiger et al. (2025)	CHE/AUT	MA	SEM	Mentalización + apego ansioso = 75 % MED (ACE– TLP)
Herzog et al. (2022)	DEU	PROC PRED	RS	Predicciones neg. + ↑ dopamina → hiper. interspers.

Nota. TI = trauma infantil; TLP = trastorno límite de la personalidad; DF = deterioro funcional; NEUROT. = neuroticismo; COMORB = comorbilidad; AUTOL = autolesión; VICT. = victimización; DE = desregulación emocional; ACE = experiencias adversas en la infancia; DISOC = disociación; IMPULS = impulsividad; ADO = adolescentes; PSICOT. = experiencias psicóticas; EVIT = evitación experiencial; SESG.COG. = sesgos cognitivos; ESTIG = autoestigma; DISCAP. = discapacidad funcional; EPIG = epigenética; ACT.CEREB. = actividad cerebral; VIOL. = violencia; AGR. = agresión; COND.DELICT. = conducta delictiva;

POB gral. = población general; CTRL = grupo control; ETC = estudio transversal correlacional; REG.NAC. = registro nacional; ET MED = transversal-mediacional; RS = revisión sistemática; RS + MED = revisión sistemática y mediación; ET = estudio transversal; SEM = ecuaciones estructurales; CC = caso-control; ET NI = transversal con neuroimagen; ET COMP = estudio comparativo; OBS (CL) = observacional (clases latentes); MED = media/mediación; parc. = parcialmente; OXI = oxitocina; MA = Mental-Apego; PROD PRED = Procedimiento Predictivo.

Al examinar de manera conjunta los estudios de la Tabla 3, resulta evidente que los mecanismos biológicos y los psicológicos no operan de forma independiente, sino que se refuerzan mutuamente en un ciclo de retroalimentación. Los cambios epigenéticos en el gen OPRK1 documentados por Gescher et al. (2024) y la reducción de oxitocina plasmática descrita por Mielke et al. (2023) configuran un sustrato biológico que hace al individuo más vulnerable a la desregulación emocional. A su vez, esa desregulación emocional, cuyo papel mediador ha sido confirmado por Bertele et al. (2022) y Thornton et al. (2025), dificulta que la persona procese de manera adaptativa las situaciones de estrés interpersonal, lo que retroalimenta la activación del sistema de amenaza y perpetúa los cambios neurobiológicos. En otras palabras, el trauma infantil no solo deja una huella biológica estática, sino que genera condiciones que favorecen la exposición repetida a situaciones de estrés en la adultez, lo que puede mantener e incluso intensificar las alteraciones biológicas a lo largo del tiempo. Esta retroalimentación entre lo biológico y lo psicológico es una razón por la cual el TLP es frecuentemente descrito como un trastorno de curso crónico cuando no recibe tratamiento especializado.

Otro patrón que emerge con fuerza de la Tabla 3 es la relación entre el trauma infantil y la comorbilidad psiquiátrica en personas con TLP. Lavvaf et al. (2025) encontraron que el abuso emocional infantil no solo se asocia con los síntomas límite, sino también con la presencia de depresión mayor y trastornos por consumo de sustancias en la misma población.

Bozzatello et al. (2021) señalaron que el TLP con antecedente de trauma tiende a presentarse con múltiples comorbilidades y a mostrar un curso clínico más prolongado y resistente al tratamiento. Estos hallazgos coinciden con el marco teórico del trauma complejo, según el cual la exposición repetida a adversidades en la infancia no genera un único trastorno, sino una constelación de alteraciones que se manifiesta en varios diagnósticos de manera simultánea. Desde una perspectiva clínica, esto implica que tratar únicamente los síntomas del TLP sin abordar el trauma subyacente y las comorbilidades asociadas suele resultar insuficiente. El abordaje integral, que atiende el trauma, la regulación emocional y las comorbilidades de manera simultánea, no es solo una preferencia teórica, sino una necesidad respaldada por la evidencia empírica.

La presencia de estudios con muestras de adolescentes en la Tabla 3, como los de Yuan et al. (2025) con jóvenes chinos y Xiao et al. (2023) con neuroimagen en población adolescente, permite reflexionar sobre la temporalidad de los mecanismos descritos. El hecho de que la disociación, las alteraciones en la actividad cerebral y los rasgos límite puedan identificarse ya desde la adolescencia tiene implicaciones importantes: sugiere que los mecanismos a través de los cuales el trauma infantil desemboca en TLP no esperan hasta la adultez para activarse, sino que se ponen en marcha durante el propio proceso de desarrollo. Esto es relevante porque la adolescencia es una etapa de alta plasticidad neurológica, lo que significa que las intervenciones realizadas en este período tienen mayor potencial de modificar los patrones establecidos por el trauma que las realizadas en la adultez. Identificar tempranamente los mecanismos de disregulación emocional, disociación y sesgos cognitivos en adolescentes con antecedentes de maltrato podría permitir interrumpir, al menos parcialmente, la trayectoria que conduce al TLP antes de que los síntomas se consoliden.

Al comparar el respaldo empírico disponible para los distintos mecanismos recogidos

en la Tabla 3, se observa que la desregulación emocional es el que cuenta con mayor evidencia acumulada, ya que aparece como mediador en múltiples estudios realizados con muestras y metodologías diferentes (Bertele et al., 2022; Ciringione et al., 2025; Thornton et al., 2025). En contraste, mecanismos como la oxitocina (Mielke et al., 2023), las alteraciones epigenéticas (Gescher et al., 2024) y la confianza epistémica o *mentalización* (Flückiger et al., 2025) representan líneas de investigación más recientes, con un número menor de estudios y tamaños de muestra más limitados. Esta diferencia en el grado de respaldo empírico no significa que estos mecanismos sean menos importantes, sino que aún se encuentran en una etapa de consolidación científica. Las implicaciones de esta heterogeneidad para la práctica clínica son concretas: los tratamientos con mayor evidencia disponible, como la Terapia Dialéctico-Conductual, actúan principalmente sobre la desregulación emocional, mientras que intervenciones orientadas a mejorar la mentalización o a trabajar directamente sobre el apego inseguro podrían complementar estos abordajes, especialmente en pacientes con antecedentes de trauma severo o de inicio temprano.

Por último, dos estudios de la Tabla 3 dirigen la atención hacia consecuencias del trauma infantil que habitualmente reciben menor visibilidad en la literatura clínica sobre el TLP: la conducta delictiva y la victimización en la adultez. Brotto et al. (2024) demostraron que los síntomas límite median la relación entre el maltrato múltiple en la infancia y las conductas delictivas en la adultez, mientras que Barra et al. (2025) encontraron que las experiencias adversas infantiles incrementan la agresión física y las conductas violentas. Tate et al. (2022), con su muestra nacional sueca, reportaron que las personas con TLP tienen también mayor riesgo de convertirse en víctimas de delitos violentos a lo largo de su vida. Estos hallazgos articulan el TLP y su relación con el trauma infantil en un marco más amplio que el estrictamente clínico: las consecuencias del maltrato temprano no se limitan al sufrimiento

interno de la persona afectada, sino que se proyectan sobre el entorno social de manera bidireccional, tanto en la forma de conductas que pueden afectar a terceros, como en una mayor vulnerabilidad frente a nuevas experiencias de violencia. Esta perspectiva refuerza la necesidad de que las respuestas ante el TLP y el trauma infantil no se circunscriban al ámbito de la salud mental, sino que involucren también al sistema de justicia, los servicios sociales y las políticas de protección a la infancia.

Conclusiones

En relación con el primer objetivo específico, se concluye que, aunque todas las formas de maltrato infantil analizadas (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual y negligencia) mantienen algún grado de asociación con el TLP, el abuso emocional y la negligencia emocional destacan como los factores con mayor peso explicativo. Este hallazgo se sostiene de forma transcultural, ya que se replicó en distintas poblaciones y contextos geográficos, lo que descarta que se trate de un patrón aislado. Asimismo, se observó que la acumulación de varias formas de maltrato, así como su intensidad y duración, contribuye a explicar la gravedad de los síntomas límite, lo que evidencia que no existe un único tipo de trauma responsable, sino una combinación de experiencias adversas que, al actuar juntas, incrementan el riesgo de desarrollar el trastorno.

En cuanto al segundo objetivo específico, se concluye que la relación entre el trauma infantil y el TLP no es directa, sino que se sostiene mediante distintos mecanismos que actúan de manera interrelacionada. Entre estos, la desregulación emocional y la disociación se identifican como procesos centrales, dado que explican en gran medida cómo las experiencias adversas tempranas terminan traducándose en síntomas límite. De manera complementaria, los sesgos cognitivos, el autoestigma y la evitación experiencial también participan como mecanismos intermedios, mientras que ciertas alteraciones biológicas, como cambios

epigenéticos y en la actividad cerebral, muestran que el trauma infantil puede dejar huellas duraderas tanto en el plano psicológico como en el biológico.

Finalmente, en respuesta al objetivo general, puede afirmarse que el trauma infantil, especialmente en su forma de abuso y negligencia emocional, constituye un factor de riesgo consistente para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad, cuya influencia se explica mediante una combinación de mecanismos emocionales, cognitivos, disociativos y biológicos. Por ello, se establecen las siguientes recomendaciones dirigidas al manejo e intervención de los profesionales que atienden casos relacionados con trauma infantil y trastorno límite de la personalidad. En primer lugar, se sugiere procurar la detección temprana del abuso y la negligencia emocional en las evaluaciones psicológicas infantiles, ya que estos tipos de maltrato mostraron la asociación más fuerte con el TLP en comparación con el abuso físico y sexual. Precisamente por esta razón, resulta indispensable que dicha detección no se limite a las formas más visibles de maltrato, sino que incorpore de manera explícita los indicadores de invalidación y desatención afectiva, los cuales suelen pasar desapercibidos en las valoraciones clínicas convencionales. De este modo, anticiparse a la aparición de síntomas más severos permitiría intervenir en una etapa en la que las alteraciones emocionales todavía son modificables.

En consecuencia, se recomienda utilizar instrumentos de cribado validados, como el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ), en consultas de salud mental y atención primaria, con el fin de identificar antecedentes de maltrato antes de que aparezcan síntomas graves del trastorno. La aplicación sistemática de este tipo de herramientas facilita, además, la estandarización del proceso diagnóstico entre distintos profesionales y contextos clínicos, lo cual reduce la variabilidad en la interpretación de los antecedentes traumáticos. Por otro lado,

y en estrecha relación con lo anterior, resulta necesario priorizar intervenciones centradas en la regulación emocional, dado que la desregulación emocional constituye el mecanismo con mayor respaldo científico entre el trauma infantil y los síntomas límite. Al enfocar el tratamiento en esta dimensión, se atiende directamente uno de los procesos que explica cómo la adversidad temprana se traduce en inestabilidad afectiva durante la adultez.

Asimismo, será posible complementar el tratamiento con enfoques centrados en la mentalización y el apego, especialmente en aquellos pacientes con trauma severo o de inicio temprano, ya que estos procesos explican una proporción importante de la relación entre el trauma y el trastorno. De manera complementaria, es importante capacitar a docentes, personal de salud y trabajadores sociales para que reconozcan señales de invalidación emocional o maltrato encubierto en el entorno familiar, puesto que el efecto del abuso es considerablemente mayor cuando proviene de una figura de apego primaria. Esta capacitación amplía la red de detección más allá del ámbito estrictamente clínico, permitiendo que actores educativos y comunitarios identifiquen oportunamente situaciones de riesgo. Finalmente, dentro de este bloque de recomendaciones clínicas, será necesario fortalecer factores protectores como la autoestima y la resiliencia desde la infancia, mediante programas escolares y comunitarios, ya que estos recursos pueden disminuir el impacto del maltrato sobre el desarrollo de rasgos límite, ofreciendo así una vía preventiva que complementa la intervención terapéutica directa.

En el aspecto institucional, será necesario promover investigación clínica y epidemiológica en población latinoamericana, dado que ningún estudio incluido en la revisión se realizó en esta región, a pesar de sus altas tasas de violencia contra la infancia. Esta ausencia de evidencia regional limita la posibilidad de diseñar políticas públicas y protocolos de atención verdaderamente adaptados a las particularidades culturales y sociales de la población

latinoamericana, por lo que llenar este vacío debe considerarse una prioridad para las instituciones académicas y de salud de la región. Además, habrá que coordinar la respuesta ante estos casos entre el sistema de salud mental, las instituciones educativas, los servicios sociales y, cuando corresponda, el sistema de justicia, ya que las consecuencias del trauma infantil pueden proyectarse en conductas de riesgo, victimización o conflictos legales en la adultez. Esta coordinación interinstitucional resulta fundamental, pues ningún sector por separado puede abarcar la totalidad de las necesidades que surgen de un problema con implicaciones simultáneamente clínicas, educativas, sociales y legales; solo mediante una articulación efectiva entre estos actores será posible ofrecer una respuesta integral que reduzca tanto la incidencia del trauma infantil como su progresión hacia cuadros clínicos más graves como el trastorno límite de la personalidad.

Referencias

- Aydın, E. F., y Koca Laçın, T. (2024). The association between borderline personality disorder, childhood trauma, neuroticism, and self-rated or clinician-rated functional impairment in euthymic bipolar disorder-1 patients. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1444583. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1444583>
- Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E., y Ramírez, T. (2021). El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 1(1), 5–11.
- Alekhin, A., y Isagulova, E. (2022). El maltrato en la infancia como condición previa para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 12(2), 202–213. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7114636>
- Alberdi-Páramo, Í., Díaz-Marsá, M., Saiz González, M. D., y Carrasco Perera, J. L. (2023). Rasgos antisociales y neuroticismo como predictores de conducta suicida en trastorno límite de la personalidad: Un estudio retrospectivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(1), 11–19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9542005>
- Barra, S., Fittipaldi, D., Retz-Junginger, P., Merscher, J., Turner, D., y Retz, W. (2025). Borderline personality disorder and antisocial traits in justice-involved males: Associations with aggression, violent crime, and adverse childhood experiences. *Psychiatry Research*, 348, 116427. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116427>
- Bertele, N., Talmon, A., Gross, J. J., Schmahl, C., Schmitz, M., y Niedtfeld, I. (2022). Childhood maltreatment and borderline personality disorder: The mediating role of difficulties with emotion regulation. *Journal of Personality Disorders*, 36, 264–276. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.3.264>
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & 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/fpsyt.2021.721361>

- Brotto, G., McGillivray, C., Marberly-Steenner, J., Christophersen, L., y Kenner, E. (2024). Childhood maltreatment and subsequent offending behaviors in Australian women: Exploring the role of borderline personality disorder. *Child Abuse y Neglect*, 156, 107022. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107022>
- Cavelti, M., Lerch, S., Ghinea, D., Fischer-Waldschmidt, G. F., Resch, F., Koenig, J., y Kaess, M. (2021). Heterogeneity of borderline personality disorder symptoms in help-seeking adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(9). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00147-9>
- Castaño-Loaiza, L. X., Gallego-Ospina, C. D., García-Aguirre, J. F., y Orrego-Cardozo, M. (2021). Trastorno por estrés postraumático y epigenética: Metilaciones en genes asociados al estrés. *Tesis Psicológica*, 16(2), 84–105. <https://doi.org/10.37511/tesis.v16n2a5>
- Ciringione, L., Perinelli, E., Mancini, F., y Prunetti, E. (2025). Beyond the scars: An analysis of adverse childhood experiences and the interconnections between emotion dysregulation, dissociation, and trauma in patients with borderline personality disorder. *Brain Sciences*, 15(8), 889. <https://doi.org/10.3390/brainsci15080889>
- Corral-Proañó, V. J., y Díaz-Mosquera, E. (2019). Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil. *CienciAmérica*, 8(1), 48–61. <https://doi.org/10.33210/ca.v8i1.204>
- Ferrer, M., Calvo, N., Rué, À., Andión, Ó., Soriano-Díaz, A., González-Domínguez, M., Gallego-Pardo, L., Castillo-Martínez, M., Sancosmed-Ron, M., González-Peris, S., y Ramos-Quiroga, J. A. (2023). Conductas autolesivas en niños y adolescentes atendidos en un servicio de urgencias pediátricas durante la pandemia por COVID-19: Casuística y factores de riesgo conocidos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(3), 15–23. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n3a3>
- Fung, H. W., Wong, M. Y. C., Lam, S. K. K., Wong, E. N. M., Chien, W. T., Hung, S. L., Lee, K.-H., Cui, J., y Ross, C. A. (2023). Borderline personality disorder features and their relation to trauma and dissociation in a sample of community mental health service users. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 22.

<https://doi.org/10.1186/s40479-023-00228-x>

Gescher, D. M., Schanze, D., Vavra, P., Wolff, P., Zimmer-Bensch, G., Zenker, M., Frodl, T., y Schmahl, C. (2024). Differential methylation of OPRK1 in borderline personality disorder is associated with childhood trauma. *Molecular Psychiatry*, 29, 3734–3741.

<https://doi.org/10.1038/s41380-024-02628-z>

Ghimire, P., Joshi, S., y Shakya, R. (2025). Impulsivity and childhood trauma experience in borderline personality disorder and healthy controls: A comparative study. *JNMA Journal of the Nepal Medical Association*, 63(287), 474–479. <https://doi.org/10.31729/jnma.9100>

Goldbach, R. E., et al. (2023). Differentiating between intrapsychic symptoms and behavioral expressions of borderline personality disorder in relation to childhood emotional maltreatment and emotion dysregulation: An exploratory investigation. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2263317. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2263317>

González Marín, E. M., Montoya Otálvaro, J. A., Cadavid Buitrago, M. A., Gaviria Gómez, A. M., Vilella, E., y Gutiérrez Zotes, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: Una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 5(1), 273–293.

<https://doi.org/10.46634/riics.174>

Herzog, P., Kube, T., & Fassbinder, E. (2022). How childhood maltreatment alters perception and cognition—The predictive processing account of borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 52(14), 2899–2916. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002458>

Hinojosa Pérez, B., y Flores Díaz, A. (2022). Lo invisible del maltrato infantil: ¿Puede modificar la estructura cerebral y ser un factor de riesgo para los trastornos psiquiátricos? *REMUS: Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora*, (7), 16–25.

<https://doi.org/10.59420/remus.7.2022.87>

Jiang, B. (2024). Prediction of borderline personality disorder based on childhood trauma with the mediating role of experiential avoidance. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1382012.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1382012>

- Kanj, G., Hallit, S., Obeid, S., y Soufia, M. (2023). The relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder: The mediating role of difficulties in emotion regulation among Lebanese adults. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10, 40. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00241-0>
- Laffite, H., Díaz-Garrido, J. A., Ordóñez-Carrasco, J. L., Hernández-Fleta, J. L., y Martínez-Loredo, V. (2025). Latent class analysis of women with borderline personality disorder: The role of adverse childhood experiences in impulsivity, emotional dysregulation, and neurocognitive profiles. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 12, 42. <https://doi.org/10.1186/s40479-025-00316-0>
- Lavvaf, S., Bagheri-Nesami, M., Nasiri, M., y Hosseini, S. H. (2025). Childhood trauma and Axis I disorders in borderline personality disorder: A correlational study. *Middle East Current Psychiatry*, 32, 19. <https://doi.org/10.1186/s43045-025-00511-3>
- Lee, S. S. M., Keng, S.-L., Yeo, G. C., y Hong, R. Y. (2022). Parental invalidation and its associations with borderline personality disorder symptoms: A multivariate meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(6), 572–582. <https://doi.org/10.1037/per0000523>
- Linehan, M. M. (1993). *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad*. Guilford Press.
- Malafanti, A., Yotsidi, V., Sideridis, G., Giannouli, E., Galanaki, E. P., y Malogiannis, I. (2024). The impact of childhood trauma on borderline personality organization in a community sample of Greek emerging adults. *Acta Psychologica*, 244, Article 104181. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104181>
- Mielke, E. L., Koenig, J., Herpertz, S. C., Steinmann, S., Neukel, C., Kilavuz, P., van der Venne, P., Bertsch, K., & Kaess, M. (2023). Adverse childhood experiences mediate the negative association between borderline personality disorder symptoms and plasma oxytocin. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 125, 110749. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2023.110749>
- Ociskova, M., Prasko, J., Kantor, K., Vanek, J., Nesnidal, V., y Belohradova, K. (2024).

- Structural equation modeling of childhood trauma and self-stigma in hospitalized adult patients with borderline personality disorder. *Psychological Research and Behavior Management*, 17, 3761–3777. <https://doi.org/10.2147/prbm.s476768>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, noviembre 29). Violencia contra los niños. Recuperado el 4 de enero de 2026, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, noviembre 5). Maltrato infantil. Recuperado el 4 de enero de 2026, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Pedone, R., Pistone, L., Schettino, E. M., y Florio, G. (2025). Asociaciones entre el trauma infantil y los rasgos de trastorno de la personalidad: un estudio transversal en la población general. *Mental Health and Prevention*, 38, 200429. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2025.200429>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., y Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Quijada, M., de Miguel, A., y García, R. (2024). Influencia del abuso sexual infantil en la somatización, la conducta sociosexual y las relaciones sexuales en la edad adulta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 50(183), 83–97. <https://doi.org/10.33776/amc.v50i183.8285>
- Riemann, G., Crispijn, M., et al. (2024). Borderline personality features in relationship to childhood trauma in unipolar depressive and bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.101>
- Romero-González, M. O., y Luna-Reyes, D. (2026). Infografía sobre el Trastorno Límite de la Personalidad. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 13(25), 136–142. <https://doi.org/10.29057/estr.v13i25.15551>
- Solís Cruz, M. (2025). Trauma infantil y conductas adictivas en jóvenes adultos en situación de riesgo en Quintana Roo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(3), 2877–

2902. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17909

- Tate, A. E., Sahlin, H., Liu, S., Lu, Y., Lundström, S., Larsson, H., Lichtenstein, P., y Kuja-Halkola, R. (2022). Borderline personality disorder: Associations with psychiatric disorders, somatic illnesses, trauma, and adverse behaviours. *Molecular Psychiatry*, 27(5), 2514–2521. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01503-z>
- Thornton, A., Gardner, K. J., y Graham-Kevan, N. (2025). The relationship between adverse childhood experiences, emotion dysregulation and personality disorder traits: A systematic review and mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 389, 119618. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119618>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., y Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Wu, Y., Zheng, Y., Wang, J., y Zhang, T. H. (2022). Specific type of childhood trauma and borderline personality disorder in Chinese patients. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 936739. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.936739>
- Xiao, Q., Yi, X., Fu, Y., Jiang, F., Zhang, Z., Huang, Q., Han, Z., y Chen, B. T. (2023). Altered brain activity and childhood trauma in Chinese adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 323, 435–443. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.003>
- Xie, G. D., Chang, J. J., Yuan, M.-Y., Wang, G. F., He, Y., Chen, S.-S., y Su, P. Y. (2021). Childhood abuse and borderline personality disorder traits in Chinese university students: The role of self-esteem and resilience. *BMC Psychiatry*, 21(1), 326. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03332-w>
- Yuan, G. F., Lam, S. K. K., Lay, C. M., Yau, S. W., Wong, M. Y. C., y Fung, H. W. (2025). Borderline personality disorder (BPD) features and their relationship with trauma and dissociation among Chinese adolescents: Is BPD really a trauma-related disorder? *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2562724.

<https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2562724>

Yuan, Y., Lee, H., Newhill, C. E., Eack, S. M., Fusco, R., y Scott, L. N. (2023). Differential associations between childhood maltreatment types and borderline personality disorder from the perspective of emotion dysregulation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10, 4. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00210-7>

Yepes-Nuñez, J. J., Urrútia, G., Romero-García, M., y Alonso-Fernández, S. (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.recesp.2021.06.016>

Zein, M. A., Kovalenko, J., y Nasr, R. A. (2025). Psychotic experiences in borderline personality disorder: The relationship with childhood trauma. *The Open Psychology Journal*, 18, e18743501406346. <https://doi.org/10.2174/0118743501406346250823065311>

Yvonne Alexandra Ayuy Cajamarca portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1401224827**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Trauma infantil en el trastorno límite de la personalidad.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **2 de septiembre de 2026**

F:

Yvonne Alexandra Ayuy Cajamarca

C.I. 1401224827