

**Victòria Garcías Verd, Juana María Andrés Tauler**

Hospital Universitario Son Espases. Palma (Mallorca)

*Trastorno límite de la  
personalidad y parasomnias*

**Correspondencia:**

Victoria Garcías Verd  
Plaça Son Morei, nº 1. 07140 Sencelles (Mallorca).  
Correo electrónico: victoria.garcias@ssib.es

*Borderline personality  
disorder and parasomnias.*

---

**RESUMEN**

El trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos más frecuentes. Tiene una comorbilidad variada y amplia. Según diversos artículos, se ha relacionado este trastorno con la presencia de alguno de los tipos de parasomnias, siendo más frecuentes pesadillas y terrores nocturnos. No se conoce un tratamiento específico que sea totalmente efectivo. El tratamiento va más encaminado hacia una mejoría sintomática.

El caso que vamos a presentar se trata de una adolescente de 14 años con rasgos de cluster B que ingresa en el hospital por presencia de pesadillas que no se habían mejorado con el abordaje ambulatorio. A través de este caso, hemos realizado una búsqueda bibliográfica para conocer más detalladamente la relación entre parasomnias y el trastorno límite de la personalidad.

**Palabras clave:** trastorno límite de la personalidad, parasomnias, rasgos cluster B, pesadillas.

**ABSTRACT**

The borderline personality disorder is one of the most common disorders. It has a varied and extensive comor-

bidity. According to various articles, this disorder has been linked to the presence of different types of parasomnias, mostly nightmares and night terrors. Treatment is aimed towards symptomatic improvement, since fully effective treatment is unknown. We present a case of a 14 year-old with cluster B traits that were admitted in the hospital through because of nightmares that had not improved with outpatient approach. Through this event, we performed a literature review to learn more about the relationship between parasomnias and borderline personality disorder.

**Keys words:** borderline personality disorder, parasomnias, cluster B traits, nightmares.

**INTRODUCCIÓN**

La prevalencia del trastorno límite de la personalidad (TLP) es del 1-2% en la población general. Este porcentaje aumenta mucho más si sólo tenemos en cuenta la población con patología mental. Es más frecuente en mujeres y presenta una elevada tasa de suicidio y mortalidad. Suele ir asociado con otros trastornos mentales. El 60% de los pacientes con TLP en tratamiento, sufren también trastorno por estrés postraumático (1).

Los síntomas principales que caracterizan el TLP son inestabilidad emocional, relaciones inestables, dificultad para controlar los impulsos, sentimientos crónicos de vacío, problemas de identidad personal y síntomas disociativos. Hay una conexión establecida entre TLP y trastornos disociativos con pesadillas (2). El tratamiento del TLP consta de psicoterapia y tratamiento farmacológico conjuntamente.

EL TLP también se asocia a mala calidad del sueño con dificultad en la conciliación y mantenimiento, sueño superficial no reparador, parasomnias,... Se cree que alrededor del 50% de TLP presentan algún problema del sueño (1). El mecanismo por el que hay alteraciones del sueño no es bien conocido. Se sabe que hay una reducción de la latencia REM, densidad REM aumentada durante el primer período REM, aumento de despertares y reducción de la eficiencia del sueño (1).

Las parasomnias son activaciones de sistemas fisiológicos como son el sistema nervioso vegetativo, el sistema motor o el de los procesos cognitivos, en momentos inapropiados del ciclo sueño-vigilia. Hay varios tipos de parasomnias: pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, movimientos periódicos de las piernas, bruxismo, enuresis nocturna, despertares confusionales, somniloquia y el ronquido primario (3,4).

El trastorno de pesadillas ([307.47]) (5) y el trastorno del despertar del sueño no REM tipo con terrores nocturnos ([307.46]) (5) se asocian a pacientes con TLP (6). En varios estudios donde se comparan pacientes TLP con controles sanos, se ha observado mayor tasa de pesadillas, terrores nocturnos y alteraciones del sueño en pacientes con TLP. No se ha podido diferenciar entre la frecuencia de pesadillas por trauma infantil o pesadillas primarias (1,2).

Las pesadillas son ensueños desagradables, angustiosos, espantosos que despiertan al individuo al final de la noche, durante la fase del sueño REM (5). A la mañana siguiente, el paciente recuerda el contenido del sueño (3). El tratamiento se basa en buscar los factores etiológicos y comórbidos y en un tratamiento específico en casos graves, con tricíclicos y ansiolíticos. En niños no se relacionan de forma clara con factores comórbidos pero sí en adultos: TLP, esquizotípicos, depresión y ansiedad (4).

En cambio, los terrores nocturnos son despertares bruscos precedidos por gritos, llantos o sensación de pánico, acompañados de signos vegetativos. A diferencia del trastorno por pesadillas, suelen tener lugar en el primer

tercio de la noche, durante la fase del sueño no REM (5). Al día siguiente, el paciente no suele recordar nada de lo que ha sucedido (3). El tratamiento también se basa en buscar los factores etiológicos y comórbidos y en un tratamiento específico en casos graves, con carbamazepina, benzodiazepinas y tricíclicos. En niños tampoco se han podido relacionar con trastornos comórbidos de una forma significativa, pero sí en adultos: trastorno de personalidad dependiente, esquizoide y TLP (4).

Se cree que las parasomnias también se dan en otras patologías con disregulación emocional y con elevada ansiedad, ambos presentes en pacientes con TLP. También se ha demostrado que se asocian a experiencias infantiles traumáticas, como maltrato, abuso sexual, separación maternal...

Finalmente, comentar que el tratamiento farmacológico de las parasomnias reduce las pesadillas al normalizar el sueño REM, en cambio la psicoterapia intenta reconducir el tipo de sueños. Si las pesadillas son recurrentes, la terapia basada en el ensayo de nuevas imágenes parece ser un método efectivo: se enseña al paciente a crear una alternativa positiva a la pesadilla, que tiene que ir recordando durante el día y justo antes de dormirse (6).

## CASO CLÍNICO

Se trata de un caso de una paciente mujer de 14 años ingresada desde el servicio de urgencias por autolesiones secundarias a elevada ansiedad debida a parasomnias.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** no incidencias en el desarrollo. No alergias medicamentosas conocidas. Anemia ferropénica.

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES:**

Varias visitas a urgencias por crisis de ansiedad.

Un ingreso previo en unidad de hospitalización en octubre del 2013 con diagnóstico al alta de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Derivada al alta al Hospital de día.

Dos intentos autolíticos previos, en abril 2013 por venoclisis y en abril de 2014 por sobreingesta medicamentosa. Varios gestos autolesivos.

**HÁBITOS TÓXICOS:** en Mayo de 2014 inicia consumo de tabaco. Consumo de alcohol de forma social.

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES:** madre con posible episodio depresivo tras nacimiento hijo menor. No consultó por este motivo, muy volcada en los cuidados de su hijo. Padre biológico y tío paterno con consumo de heroína.

**TRATAMIENTO HABITUAL**

- Escitalopram 15mg 1-0-0
- Aripiprazol 15mg 1-0-0
- Quetiapina prolong 50mg 0-0-1
- Quetiapina 25mg 1-1-1

**DATOS BIOGRÁFICOS:** natural de Rusia. Padres separados cuando tenía meses. Vivían en casa de los abuelos maternos en ambiente rural. Cuando tenía 4 años su madre vino a Mallorca por motivos de trabajo, dejándola a cargo de los abuelos. La madre conoció a su actual pareja con la que tiene un hijo en común de 3 años. Con 6 años vino a reunirse con su madre de forma definitiva. Padre biológico vive en Rusia.

**ESCOLARIZACIÓN:** a su llegada fue escolarizada en un curso inferior a su edad. Actualmente, cursa 1º de ESO, con buen rendimiento escolar hasta inicio de sintomatología, desde entonces absentismo escolar. Ha tenido problemas de relación social, con dificultades de adaptación de grupo. Suele ir con algunas niñas mayores pero se siente “marginada”. Ha tenido una mejor amiga, figura de referencia, pero se han ido separando al sentirse traicionada por ella.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

La paciente acude a urgencias acompañada de sus padres tras haberse realizado varios cortes en los antebrazos, según refiere para calmar la ansiedad que siente. Ha estado tomando café durante la noche anterior para evitar dormirse ya que refiere que desde hace unos días tiene “malos sueños y pesadillas muy reales”. Se despierta en ocasiones y ve en la pared caras con ojos que la miran, sombras, brazos cortados, flores, animales muertos.... todo esto le produce intensa ansiedad y miedo a dormir. Se había ajustado la dosis de quetiapina desde Hospital de Día por este motivo.

**EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN URGENCIAS:** consciente y orientada en las 3 esferas. Colaboradora. Poco abordable. Baja autoestima. Sugestion-

able. Labilidad emocional, llora continuamente durante la entrevista. Discurso fluido centrado en frustración personal y sentimientos de vacío e incompreensión. Ansiedad importante. No ideación autolítica estructurada aunque si pensamientos de autolesionarse por malestar y ansiedad. Distorsión cognitiva importante. Alucinaciones visuales en momentos de despertar que le generan gran discomfort. Parasomnias. Resistencia al sueño para evitar pesadillas a las que da significado. Aumento de apetito. Buena adherencia terapéutica excepto la noche anterior al ingreso en que se niega a tomar el tratamiento. Buen soporte familiar.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Se realiza analítica general sin hallazgos de interés. Anemia ferropénica en tratamiento. TSH normal.

**ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:** Rasgos disfuncionales cluster B. Ansiedad secundaria a parasomnias.

**EVOLUCIÓN:** durante el ingreso, se va ajustando el tratamiento farmacológico hasta mejoría parcial del ánimo y del sueño, con remisión parcial de la angustia por las pesadillas. Se le dan pautas sobre técnicas de afrontamiento de las pesadillas y alucinaciones visuales para reducir la ansiedad anticipatoria y reactiva a ellas. No ideas de suicidio en momento actual. Presencia de planes de futuro.

Tratamiento al alta:

- Quetiapina 100mg 1-1-1
- Levomepromazina 25mg 0-0-0-1
- Escitalopram 10mg 1-0-0

Al alta se deriva al Hospital de Día para seguimiento. Persisten parasomnias pero con mayor tolerancia hacia ellas y con menor ansiedad secundaria. Se ajusta tratamiento, iniciando quetiapina prolong 50mg en la cena. Se observa mejoría del estado anímico.

A los 15 días del alta, tras una discusión con una amiga, se realiza autolesión con un corte en la flexura del antebrazo izquierdo. A la exploración refiere haber actuado con intención autolítica tras sentimientos de frustración. Niega presencia de parasomnias, persiste mejoría del ánimo confirmado por la familia aunque ésta se siente desbordada por la imprevisibilidad de los actos. Se procede a ingreso breve de contención que dura dos días. La paciente se adapta inmediatamente al ingreso haciendo

crítica del acto cometido.

Al alta de nuevo se deriva al Hospital de Día. Niega en este tiempo la presencia de parasomnias aunque persiste cierto insomnio de conciliación.

Tratamiento actual:

- Quetiapina 100mg 1-1-1
- Quetiapina prolong 50mg 0-0-1
- Levomepromazina 25mg 0-0-0-1
- Escitalopram 10mg 1-0-0

## CONCLUSIÓN

En el primer ingreso la clínica presentada era depresiva y psicótica. En los siguientes ingresos se detectan rasgos cluster B con sentimientos de vacío, relaciones inestables, inestabilidad emocional, parasomnias y dificultad de control de impulsos. De cualquier forma hay que esperar la evolución del cuadro psicopatológico dada la edad de la paciente y la sintomatología polimorfa presentada, teniendo en cuenta que una de las posibles evoluciones es un trastorno psicótico.

Tras haber realizado la búsqueda bibliográfica a partir de nuestro caso, parece que hay evidencia significativa sobre la asociación entre la presencia de parasomnias y el trastorno límite de la personalidad. Por otra parte cada uno de los trastornos de forma independiente tiene comorbilidad asociada. En este caso, la paciente se produce autolesiones con el objetivo de calmar la ansiedad que le causan las pesadillas, por lo que es importante tratar las parasomnias por la gran repercusión clínica que tienen

en los pacientes y sobre todo, en pacientes con rasgos de TLP, disregulación emocional, dificultad para control de impulsos,...que tienen mayor dificultad para tolerar el malestar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schredl M, Paul F, Reinhard I, Ebner-Priemer UW, Schmahl C, Bohus M. Sleep and dreaming in patients with borderline personality disorder: A polysomnographic study. *Psychiatry Research* 2012; 200: 430-436.
2. Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Night-mare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 62: 48-55.
3. Canet-Sanz T, Oltra C. Estudio de las parasomnias en la edad prepuberal. *Rev Neurol* 2007; 45: 12-7.
4. Montañés F, De Lucas MT. Tratamiento del insomnio y de la hipersomnia. *Medicine* 2003; 8(102): 5488-5496.
5. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
6. Simor P, Horváth K. Altered sleep in Borderline Personality Disorder in relation to the core dimensions of psychopathology. *Scandinavian Journal of Psychology* 2013; 54: 300-312.