

Insomnio severo y sensopercepción alterada en trastorno límite de la personalidad: Desafíos diagnósticos en contexto de polifarmacia

Severe insomnia and perceptual disturbances in borderline personality disorder: Diagnostic challenges in the context of polypharmacy

Ivana Pacheco Brunet^{ID}, Ailin Villagrán Saez^{ID}, Catalina Correa García^{ID},
Nicolás Carrasco Figari^{ID}, Maria Javiera Domazos Medina^{ID}.



REVISTA ANDES

Citar como: Pacheco Brunet, I., Villagrán Saez, A., Correa García, C., Carrasco Figari, N., Domazos Medina, M. J. Insomnio severo y sensopercepción alterada en trastorno límite de la personalidad: Desafíos diagnósticos en contexto de polifarmacia. *Revista Andes* [Internet]. Disponible en: <https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/article/view/123>

Recibido : 07/07/2026

Aceptado : 29/09/2026

Publicado : 06/10/2026



© Los autores, 2026.

Este es un artículo publicado de acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

No se declaran fuentes de financiamiento.

*Correspondencia:
Ivana Pacheco B.
i.pachecobrunet@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por inestabilidad afectiva, impulsividad, alteraciones en la autoimagen y en las relaciones interpersonales, con alta carga de comorbilidad psiquiátrica. La comorbilidad con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es frecuente y se relaciona con mayor disregulación emocional e ideación suicida. En formas graves, el TAG puede presentar manifestaciones atípicas como insomnio severo, síntomas disociativos, entre otros, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con trastornos afectivos o psicóticos. **Caso Clínico:** Paciente de 39 años, con TLP grave, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por consumo de alcohol en remisión y antecedente de trauma complejo, en tratamiento con polifarmacia. Consulta en la Unidad de Emergencia por insomnio progresivo de tres meses, que evoluciona a ausencia casi total de sueño por dos semanas, asociado a angustia intensa, labilidad emocional, verborrea e hiporexia. En contexto de polifarmacia, presenta alucinaciones visuales con insight conservado y fenómenos disociativos, además de intento suicida reciente. Al ingreso se encontraba lúcida, sin exaltación del ánimo ni ideación delirante. Se planteó episodio hipomaniaco versus efecto adverso farmacológico. Durante la hospitalización se realizaron ajustes terapéuticos, con suspensión de fármacos y optimización del tratamiento antipsicótico. Evoluciona con persistencia inicial de insomnio sin otros elementos afectivos, descartándose hipomanía. Finalmente se resuelve el insomnio. Los síntomas perceptivos se interpretaron como descompensación caracterológica en contexto ansioso. El caso evidencia la complejidad diagnóstica en TLP grave, destacando el rol del insomnio severo y la polifarmacia en la aparición de síntomas perceptivos y disregulación emocional.

Palabras clave: Trastorno de Personalidad Límitrofe, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionadas con Medicamentos, Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño

ABSTRACT

Introduction: Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by affective instability, impulsivity, disturbed self-image, and unstable interpersonal relationships, with high psychiatric comorbidity. Generalized Anxiety Disorder (GAD) commonly coexists with BPD and is associated with greater emotional dysregulation and suicidal ideation. In severe cases, GAD may present with atypical features such as profound insomnia and dissociative symptoms, complicating the differential diagnosis with mood and psychotic disorders. **Case Report:** Case of a 39-year-old woman with severe BPD, GAD, Alcohol Use Disorder in remission, and a history of complex trauma receiving multiple psychotropic medications. She presented to the Emergency Department with progressive insomnia for three months, progressing to near-total sleep deprivation for two weeks, accompanied by severe anxiety, emotional lability, pressured speech, hyporexia, visual hallucinations with preserved insight, dissociative symptoms, and a recent suicide attempt. On admission, she was alert and oriented, without elevated mood or delusions. The initial differential diagnosis included hypomania and medication-induced symptoms. During hospitalization, psychotropic treatment was optimized, including discontinuation of several medications and adjustment of antipsychotic therapy. Severe insomnia initially persisted in the absence of other affective symptoms, leading to exclusion of hypomania. Sleep subsequently normalized, and the perceptual disturbances were interpreted as manifestations of severe anxiety and BPD-related decompensation rather than a primary mood or psychotic disorder. This case highlights the diagnostic challenges of severe BPD and underscores the contribution of profound insomnia and polypharmacy to perceptual disturbances and emotional dysregulation.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions, Sleep Initiation and Maintenance Disorders

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad afectiva, impulsividad, alteraciones de la autoimagen y de las relaciones interpersonales, junto con conductas autolesivas y un elevado riesgo suicida¹. Su prevalencia en población adulta se estima entre 0,7% y 2,7%, y se asocia a una importante carga de comorbilidad psiquiátrica, especialmente con trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias y trastornos del sueño, condiciones que se relacionan con mayor gravedad clínica, deterioro funcional y peor pronóstico a largo plazo².

La comorbilidad entre TLP y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es frecuente, con prevalencias cercanas al 20-30% según el contexto asistencial, y se ha asociado a mayor impulsividad, desregulación emocional, desesperanza, mayor riesgo suicida y mayor severidad de los síntomas propios del TLP³. En pacientes con enfermedad de larga evolución, múltiples hospitalizaciones o antecedentes de trauma psicológico, el TAG puede manifestarse de forma atípica, con insomnio severo, síntomas disociativos y fenómenos sensoperceptivos transitorios, generalmente con conservación del juicio de realidad³⁻⁵. Estas presentaciones pueden superponerse con cuadros afectivos o psicóticos primarios, representando un desafío diagnóstico y terapéutico que exige una evaluación clínica cuidadosa.

Los trastornos del sueño constituyen una de las comorbilidades más frecuentes en el TLP, afectando hasta al 90% de los pacientes, y se han relacionado con mayor reactividad emocional, impulsividad, síntomas disociativos, deterioro cognitivo y peor funcionamiento psicosocial⁶⁻⁸. En particular, el insomnio persistente ha sido propuesto como un marcador de mayor severidad clínica y un potencial factor perpetuador de la desregulación emocional. Su presencia puede intensificar la sintomatología ansiosa y favorecer la aparición de experiencias perceptivas anómalas, dificultando aún más la interpretación clínica del cuadro.

Actualmente no existen tratamientos farmacológicos específicos con evidencia demostrada para el TLP, por lo que el manejo continúa basándose principalmente en intervenciones psicoterapéuticas, mientras que la farmacoterapia se utiliza de manera sintomática para abordar manifestaciones individuales o

comorbilidades asociadas^{9,10}. En consecuencia, es frecuente la utilización simultánea de múltiples psicofármacos, fenómeno que favorece la polifarmacia y aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas, efectos adversos y respuestas paradójicas, incluyendo activación, empeoramiento del insomnio o exacerbación de síntomas ansiosos y disociativos¹¹⁻¹³. En estos escenarios, distinguir entre la progresión natural del trastorno, la expresión de las comorbilidades y los efectos de los tratamientos constituye un desafío clínico de gran relevancia.

La literatura describe por separado la comorbilidad entre TLP y TAG³, TLP e insomnio^{4,7-9}, síntomas sensoperceptivos en TLP¹⁰ y riesgos asociados a farmacoterapia y polifarmacia^{12,14-16}, los casos que combinan todos estos elementos han sido escasamente descritos y en contextos muy diferentes al caso actual¹⁷. La limitada evidencia disponible dificulta el reconocimiento oportuno de estas presentaciones, pudiendo favorecer diagnósticos erróneos, intervenciones farmacológicas innecesarias o retrasos en la implementación de estrategias terapéuticas más apropiadas.

En este contexto, la publicación de reportes de casos constituye una valiosa fuente de conocimiento clínico, especialmente en escenarios complejos o poco frecuentes donde la evidencia proveniente de estudios de mayor nivel es limitada. La descripción detallada de estos pacientes permite ampliar la comprensión de la interacción entre las distintas comorbilidades psiquiátricas, generar hipótesis para futuras investigaciones y aportar herramientas útiles para el razonamiento clínico de los profesionales dedicados a la salud mental. Asimismo, este caso resalta la importancia de realizar una evaluación integral, una anamnesis exhaustiva y un adecuado análisis longitudinal de la evolución clínica y de la farmacoterapia, con el fin de establecer un diagnóstico diferencial preciso y orientar un manejo individualizado. Consideramos que la comunicación de este caso representa un aporte a la literatura disponible y puede contribuir a optimizar el reconocimiento y tratamiento de pacientes con presentaciones clínicas similares.

A continuación se presenta el caso de una paciente con TLP grave, TAG, insomnio severo y polifarmacia, en quien la aparición de síntomas sensoperceptivos y desregulación emocional generó un desafío diagnóstico relevante. Para la recopilación de datos, se obtuvo el consentimiento informado por parte de la paciente para

acceder a su ficha clínica al momento de su alta hospitalaria.

Presentación del Caso Clínico

Paciente femenina de 39 años, con antecedentes de TLP diagnosticado a los 17 años y TAG desde los 24 años, en tratamiento psiquiátrico y psicoterapia prolongada. Presentaba además trastorno por consumo de alcohol en remisión, trastorno de la conducta alimentaria en observación y antecedentes de trauma complejo, incluyendo abuso sexual infantil prolongado y agresión sexual en la adultez.

Registraba tres intentos suicidas previos, el más reciente dos semanas antes del ingreso, caracterizado por la apertura de llaves de gas en su domicilio, seguido de un intento impulsivo de atropello, del cual se arrepiente posteriormente. Entre sus antecedentes médicos destacaban colon irritable, hipoglicemia reactiva y tabaquismo activo. A nivel familiar, existían antecedentes de TLP y conductas suicidas en la madre, y trastorno por consumo de sustancias en el padre.

Consultó al servicio de urgencia del Hospital Carlos Van Buren en Valparaíso (Chile) por un cuadro de tres meses de evolución de insomnio progresivo de patrón mixto, inicialmente de reducción a 3-4 horas de sueño por noche, asociado a angustia intensa. Fue evaluada por psiquiatra del extrasistema, quien realizó ajustó el tratamiento farmacológico con aumento de lamotrigina 300 mg al día a 350 mg diarios e inicio de eszopiclona, sin mejoría clínica. El cuadro progresó hasta ausencia total de sueño durante aproximadamente dos semanas, junto con irritabilidad, labilidad emocional, llanto frecuente, verborrea percibida por terceros e hiporexia, contexto en el cual ocurrió el intento suicida planificado.

En la semana previa al ingreso agregó alucinaciones visuales con insight conservado, descritas como irreales, junto a fenómenos disociativos. Su principal preocupación subjetiva era la incapacidad para dormir y el temor a perder el control.

Al ingreso se encontraba con tratamiento farmacológico múltiple (Quetiapina 200 mg, brexpiprazol 3 mg, lamotrigina 350 mg, paroxetina 80 mg, clonazepam 6 mg, disulfiram 125 mg diarios). En el examen mental destacaba afectividad con modulación

disminuida, concordante con su preocupación por el isominio y las alucinaciones. No se observaba expansiva ni facilitada; refería no sentirse cansada, mantenía pensamiento de velocidad normal, sin ideas delirantes, con alucinaciones visuales y juicio conservado, sin ideación suicida activa.

El estudio inicial mostró creatinfosfoquinasa en 770 (4.5 veces el valor normal (VN: <200) máximo) y hemoconcentración leve con hemoglobina 16.4 (VN: 11.5 - 16) y hematocrito 48.8 (VN: 35-47), sin otras alteraciones relevantes. Se planteó inicialmente como hipótesis diagnóstica un episodio hipomaniaco versus efecto adverso farmacológico, por lo que se indicó hospitalización en unidad de salud mental.

Respecto a ajustes farmacológicos, en el transcurso de la primera semana de hospitalización se suspendió la paroxetina y la quetiapina ante sospecha de hipomanía, se cambió brexpiprazol por aripiprazol y se disminuyó progresivamente la lamotrigina en contexto de sospecha de síndrome neuroléptico maligno. Se logra entrevista con su hermana, quien negó percibir cambios de energía vital ni exaltación del ánimo, lo cual apoyó el descarte de la hipótesis de episodio hipomaniaco. En 12 días se logró alcanzar un esquema con olanzapina 25 mg, diazepam 50 mg, lamotrigina 200 mg, aripiprazol 10 mg diarios y eszopiclona 3 mg.

Paralelamente, se observó una intensificación de la sintomatología disociativa y de las alteraciones perceptivas. La paciente describía alucinaciones visuales complejas de contenido estructurado (por ejemplo, figuras animales dentro de su domicilio), junto a episodios de despersonalización y desrealización, que vivenciaba como extraños y no concordantes con su experiencia habitual. Estos fenómenos se presentaban de forma fluctuante, en estrecha asociación con estados de angustia intensa y aumento de la tensión emocional.

Desde el punto de vista psicopatológico, destacaba la preservación del juicio de realidad, evidenciada por la capacidad de reconocer estas experiencias como potencialmente irreales, realizar conductas de verificación y expresar dudas sobre su naturaleza. No se objetivó desorganización formal del pensamiento, ideación delirante estructurada ni alteración del nivel de conciencia. Por ello, la fenomenología resultó más consistente con fenómenos perceptivos relacionados con desregulación afectiva severa y disociación dependiente del estrés, en el

contexto de su trastorno de personalidad, que con un episodio psicótico primario.

La asociación temporal con insomnio severo, alta carga ansiosa y antecedentes de trauma complejo reforzó la interpretación de una descompensación ansiosa y caracterológica.

Los estudios neurológicos, incluyendo TAC de cerebro sin contraste y EEG, resultaron normales (*Imagen N°1 y N°2*). Se implementó manejo interdisciplinario. Posteriormente, tras la reintroducción de paroxetina y la adición de trazodona 100 mg diarios, se observó mejoría progresiva del sueño y de la sintomatología emocional, con normalización del patrón de sueño. Completando una estadía de 43 días, la paciente fue derivada a hospitalización domiciliaria, estable, sin ideación suicida activa y con reducción significativa de los síntomas. Logró dormir ocho horas sin interrupciones, persistiendo fenómenos perceptivos leves con insight conservado.

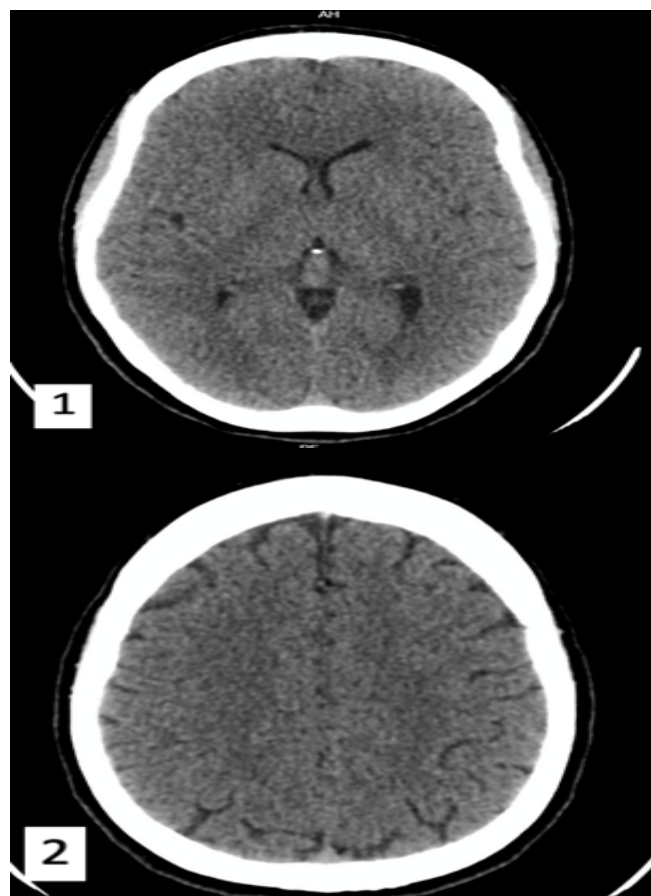


Imagen N°1 y N°2. Tomografía computada de cerebro sin contraste durante hospitalización. Sin hallazgos patológicos. Uso concedido mediante consentimiento informado.

Discusión

El caso reflejó la complejidad diagnóstica de los cuadros psiquiátricos graves en contexto de polifarmacia, trauma complejo y síntomas afectivos superpuestos, lo que requirió un análisis multidimensional de la evolución clínica.

El trauma complejo implica la exposición repetida y prolongada a eventos adversos interpersonales, frecuentemente durante la infancia; en cambio, en el TEPT clásico, el desencadenante suele ser un evento único o limitado en el tiempo¹⁸. Se ha descrito el abuso sexual infantil como un importante factor de riesgo para el desarrollo de TLP. Además, la historia de abuso sexual prolongado predice una presentación clínica más grave y de peor pronóstico, con riesgo suicida, conductas autolesivas, síntomas disociativos, TEPT, cronicidad y resistencia a tratamiento. Así, el antecedente de trauma complejo constituye un elemento central para comprender la gravedad del cuadro¹³.

Se ha descrito que hasta el 80% de los pacientes con TLP experimentan síntomas disociativos transitorios y su gravedad está relacionada con la tensión aversiva y la gravedad del trauma experimentado²⁰. La disociación presente en pacientes con TEPT, se ha descrito como un mecanismo de protección ante las emociones vividas durante el episodio estresor²⁰. La disociación relacionada con el estrés es un síntoma prevalente en el TLP que puede interferir tanto con el funcionamiento psicosocial como con los resultados del tratamiento²⁰. En esta paciente, la aparición de fenómenos disociativos y alucinaciones visuales en el contexto de estrés emocional, sin desorganización del pensamiento ni pérdida del juicio de realidad, es consistente con este patrón.

El TAG probablemente actuó como factor gatillante inicial del insomnio, en un contexto de alta vulnerabilidad emocional y múltiples estresores psicosociales recientes. Durante el año previo, la paciente experimentó conflictos laborales asociados a aparente discriminación tras conocerse sus antecedentes psiquiátricos, abandono de su ciudad de origen y distanciamiento de su familia cercana, además de una ruptura funcional abrupta de una relación afectiva de larga data. Estos eventos ocurrieron temporalmente cerca de su transición hacia una vida independiente, experiencia que no había enfrentado previamente.

Con el objetivo de favorecer el desarrollo de su autonomía tras expresar explícitamente su intención de independizarse, se implementó, junto a su hermana y psicóloga tratante, un plan progresivo de adaptación a la vida en solitario. Este consistió en estadías parciales en una vivienda independiente, con aumento gradual del tiempo de permanencia hasta residir completamente sola, meta lograda luego de aproximadamente seis meses. Según lo descrito por la paciente, durante este proceso comenzaron las dificultades de conciliación y mantención del sueño, que progresaron hasta un insomnio severo y refractario en tres meses.

Más que los estresores descritos, la paciente identificaba la imposibilidad de dormir como su principal sufrimiento subjetivo, y la persistencia del insomnio exacerbó su ansiedad basal y favoreció la aparición de ideación suicida. Considerando la frecuente comorbilidad entre TLP y TAG³, así como la elevada sensibilidad al estrés interpersonal descrita en estos pacientes^{2,10}, resulta plausible interpretar el insomnio no solo como una manifestación inicial de hiperactivación ansiosa, sino como un elemento de amplificación transversal del deterioro emocional y conductual. Esto concuerda con la evidencia que posiciona el insomnio como marcador de mayor gravedad clínica y deterioro funcional en pacientes con TLP^{4,7-9}.

Es importante considerar el impacto de la polifarmacia sobre la clínica. No solo se relaciona con un mayor riesgo de reacciones adversas, interacciones medicamentosas y eventos clínicos negativos, sino también con pérdida de claridad diagnóstica. El uso de múltiples fármacos puede generar síntomas inespecíficos o superpuestos, como somnolencia, deterioro cognitivo, mareos o fatiga, que pueden ser interpretados erróneamente como manifestaciones propias de una patología subyacente o, por el contrario, enmascarar signos clave necesarios para orientar el diagnóstico adecuado^{14,15}. A su vez, añadir nuevos fármacos para tratar efectos adversos de otros puede distorsionar aún más el cuadro clínico, dificultando la identificación de la causa¹⁶.

En el caso presentado, la paciente consultó en el contexto de una descompensación clínica asociada a un estresor emocional significativo. En la historia clínica destacó un insomnio de tres meses de evolución, intensificado la semana previa a la consulta hasta ausencia total de sueño, situación que generó malestar y ansiedad anticipatoria. Por ello, inicialmente se planteó

un debut de trastorno afectivo bipolar como hipótesis diagnóstica; sin embargo, no se identificaron otros elementos característicos de manía o hipomanía, por lo que finalmente se descartó esta teoría.

Esta situación concuerda con lo descrito en la literatura, en donde se señala que los pacientes con TLP presentan una probabilidad significativamente mayor (40%) de haber recibido previamente un diagnóstico erróneo de trastorno bipolar⁷. Una revisión de la literatura evidenció que aproximadamente el 10-20% de los pacientes presentan comorbilidad entre ambos trastornos¹¹, lo que refleja la superposición clínica existente, y la dificultad diagnóstica consecuente. Ambas entidades comparten manifestaciones como inestabilidad afectiva, dificultades en el control de impulsos e ira, y conductas o intentos suicidas recurrentes. Sin embargo, el trastorno bipolar presenta mayor heredabilidad (hasta 80%), además de un curso más episódico y progresivo, con tendencia al deterioro clínico a lo largo del tiempo. Además, los episodios afectivos en el TAB tienden a presentarse más autónomamente y menos dependiente del contexto interpersonal, mientras que en el TLP las manifestaciones emocionales suelen ser reactivas a conflictos interpersonales. Del mismo modo, los pacientes con TLP presentan relaciones interpersonales marcadamente inestables, a diferencia de los pacientes con TAB, quienes suelen mantener un funcionamiento relacional relativamente estable durante la eutimia⁸.

Conclusión

El presente caso ilustra la complejidad diagnóstica en pacientes con TLP grave, especialmente en presencia de TAG, insomnio severo, trauma complejo y polifarmacia.

El insomnio emerge como un elemento central, tanto como síntoma como factor amplificador de la disregulación emocional y la aparición de fenómenos perceptivos. Asimismo, la polifarmacia contribuye significativamente a la aparición de efectos adversos, iatrogenia y dificultad diagnóstica.

En conclusión, este caso destaca la importancia de un enfoque clínico longitudinal, fundamental para afrontar la dificultad diagnóstica entre TLP y TAB considerando la superposición de síntomas entre estos. Además, destaca la necesidad de detectar marcadores de gravedad, como lo era el insomnio en el caso presentado. Por último, se previene sobre los riesgos asociados a la polifarmacia,

dado que podría enmascarar síntomas clave y gatillar efectos secundarios, llevando a una pérdida de la claridad diagnóstica.

Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
2. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline personality disorder: a review. *JAMA*. 2023;329(8):670-679. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jama.2023.0589>
3. Shah AQ, Prasad D, Caropreso L, Frey BN, de Azevedo Cardoso T. The comorbidity between borderline personality disorder (BPD) and generalized anxiety disorder (GAD): a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2023;164:304-314. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>
4. Vanek J, Prasko J, Ociskova M, Hodny F, Holubova M, Minarikova K, et al. Insomnia in patients with borderline personality disorder. *Nat Sci Sleep*. 2021;13:239-250. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/NSS.S295030>
5. Gkintoni E, Suárez Ortiz P. Neuropsychology of generalized anxiety disorder in clinical setting: a systematic evaluation. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(17):2446. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare11172446>
6. Palagini L, Miniati M, Caruso V, Alfi G, Geoffroy PA, Domschke K, et al. Insomnia, anxiety and related disorders: a systematic review on clinical and therapeutic perspective with potential mechanisms underlying their complex link. *Neurosci Appl*. 2024;3:103936. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.103936>
7. Fitzpatrick S, Crenshaw A, Earle EA, Radosavljevic D, Kuo JR. The influence of sleep on emotion dysregulation in borderline personality disorder, generalized anxiety disorder, and healthy controls. *Psychiatry Res*. 2023;326:115273. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115273>
8. Socci V, Festucci F, Barlattani T, Salfi F, D'Aurizio G, Rossi R, et al. Sleep quality and emotional reactivity in patients with borderline personality disorder. *Front Sleep*. 2024;3:1394979. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/frsle.2024.1394979>
9. Mendoza Alvarez M, Verbraecken J, Claes L, Vandekerckhove M, De Picker L. Clinical predictors of insomnia in borderline personality disorder: a polysomnographic and subjective examination. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2025;12(1):11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40479-024-00277-w>
10. Belohradova Minarikova K, Prasko J, Holubova M, Vanek J, Kantor K, Slepecky M, et al. Hallucinations and other psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:787-799.
11. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024;23(1):4-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
12. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Pereira Ribeiro J, Kongerslev MT, Völlm BA, Mattivi JT, et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;11(11):CD012956.
13. Yuan Y, Lee H, Eack SM, Newhill CE. A systematic review of the association between early childhood trauma and borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2023;37(1):16-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.1.16>
14. Díaz Burgos RC, Robles Calderón JA. Polifarmacia en el adulto mayor. Revisión bibliográfica. *Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip*. 2024;8(4):12820-12836. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13553
15. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy management in older patients. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(1):242-256. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.012>

16. Fajreldines AV, Barberis E, Beldarraín MB, Valerio MA, Rodríguez V, Pellizzari M. Polimedicación, prescripción inapropiada y eventos adversos a fármacos en ancianos hospitalizados: un problema de seguridad del paciente. *Rev Colomb Cienc Quim Farm.* 2021;50(2):522-532. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v50n2.92951>
17. Papanna B, Lazzari C, Kulkarni K, Perumal S, Nusair A. Pregabalin abuse and dependence during insomnia and protocol for short-term withdrawal management with diazepam: examples from case reports. *Sleep Sci.* 2021;14(2):193-197. Disponible en: <http://doi.org/10.5935/1984-0063.20200129>
18. Fernández-Guerrero MJ. Trastorno por estrés postraumático complejo y trastorno límite de la personalidad: el debate continúa. Propuesta de diagnóstico diferencial. *Pap Psicol.* 2023;44(3):172-179.
19. Schulze A, Hughes N, Lis S, Krause-Utz A. Dissociative experiences and borderline personality traits. *J Trauma Dissociation.* 2024;25(4):436-455.
20. Schalkwijk F, Van Someren EJW, Nicolai NJ, Uijtewaal JL, Wassing R. From childhood trauma to hyperarousal in adults: the mediating effect of maladaptive shame coping and insomnia. *Front Hum Neurosci.* 2023;17:990581. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.990581>