

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

José Francisco Navarro y María Cavas
Universidad de Málaga

Resumen

Recientes investigaciones psicobiológicas indican que la farmacoterapia podría ser de utilidad para el tratamiento de los trastornos de personalidad. En este artículo, presentamos una revisión de los resultados de los estudios psicofarmacológicos publicados de acuerdo a la categorización del eje II del DSM-IV, que clasifica a los trastornos de personalidad en tres grupos: A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y C (dependiente, evitación y obsesivo-compulsivo). Aunque se han realizado pocos estudios controlados en el grupo A, la evidencia disponible sugiere que la administración de dosis bajas de antipsicóticos podría ser de utilidad en estos pacientes. La mayor parte de los trabajos se ha llevado a cabo en sujetos del grupo B, y especialmente en el trastorno límite de la personalidad, donde se han comunicado resultados parcialmente positivos utilizando neurolépticos, antidepresivos, benzodiazepinas (alprazolam) y fármacos antimaniacos. Finalmente, en el grupo C, algunos estudios aislados sugieren un efecto clínico favorable tras la administración de antidepresivos (especialmente ISRS y venlafaxina) y benzodiazepinas.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos de personalidad, farmacoterapia.*

Abstract

Recent psychobiological studies indicate that pharmacotherapy could be useful for the treatment of personality disorders. In this paper, the results of clinical pharmacological studies are reviewed according to DSM-IV axis-II categorization, which classified the personality disorders into three clusters: A (paranoid, schizoid and schizotypal), B (antisocial, borderline, histrionic and narcissistic) and C (dependent, avoidant and obsessive-compulsive). Although few controlled studies have been conducted in cluster A personality disorder, low doses of antipsychotic drugs might be useful in these patients. Most studies have been carried out in cluster B, and especially in borderline personality disorder. Partial positive results have been obtained using neuroleptics, antidepressants, benzodiazepines (alprazolam) and antimanic drugs.

* Correspondencia: José Francisco Navarro. Área de Psicobiología. Facultad de Psicología. Campus de Teatinos, Universidad de Málaga, 29071 Málaga. E-mail: navahuma@uma.es

Finally, in cluster C, some isolated studies suggest a favourable clinical effect of antidepressants (especially SSRIs and venlafaxine) and benzodiazepines.

KEY WORDS: *Personality disorders, pharmacotherapy.*

Durante muchos años, se ha mantenido la opinión generalizada de que los sujetos con un trastorno de personalidad (TP) sólo podían beneficiarse, en el mejor de los casos, de prolongados tratamientos psicoterapéuticos. Sin embargo, las recientes investigaciones psicobiológicas sobre los TP (Soloff, 1997; Silk, 2000) han comenzado a poner en tela de juicio este punto de vista, abriendo también la posibilidad a una intervención psicofarmacológica (Hori, 1998; Pelissolo y Lepine, 2000). En general, existen tres líneas de tratamiento farmacológico básicas (Gitlin, 1993; Kapfhauser y Hippius, 1998):

1. Los psicofármacos presentan un efecto inmediato sobre los TP. Desde esta perspectiva, la personalidad es concebida en términos de una constitución con raíces principalmente biológicas. La idea de que los trastornos del Eje I y II forman un espectro con una base biológica común es consistente con este acercamiento. Así, por ejemplo, existen relaciones moderadamente fuertes entre los TP del grupo A y la esquizofrenia, los TP del grupo B y los trastornos por abuso de sustancias, de alimentación y por somatización, y entre los trastornos del grupo C y diversos trastornos por ansiedad, por somatización y del estado de ánimo.
2. Los psicofármacos afectan a las características nucleares o a las agrupaciones (clusters) de síntomas. Estos «clusters» de síntomas representan dimensiones psicopatológicas específicas, tales como impulsividad/agresividad, ansiedad/inhibición, inestabilidad afectiva, etc, que correlacionan con disposiciones biológicas que, a su vez, se asocian estrechamente con diferentes sistemas de neurotransmisión.
3. Los psicofármacos ejercen sus efectos principalmente actuando sobre los trastornos comórbidos del Eje I. Por ejemplo, un trastorno depresivo que se origina en el curso de un TP puede ser tratado con fármacos antidepresivos.

En este artículo presentamos una revisión del tratamiento farmacológico de los TP, en función de los tres grandes grupos o «clusters» establecidos (A, B y C).

Grupo A

Los principales síntomas de este grupo incluyen una restricción emocional que les impide o dificulta para establecer lazos emocionales con los demás, así como una distancia interpersonal. Suelen ser caracterizados como personas frías, poco expresivas y distantes.

Trastorno de personalidad paranoide

No se han publicado todavía estudios controlados que examinen el efecto de fármacos antipsicóticos (AP) sobre el trastorno de personalidad paranoide. En la práctica clínica se utilizan AP, siendo preferible emplear dosis bajas de AP atípicos. Para garantizar la continuidad del tratamiento y minimizar la aparición de efectos colaterales, es importante comenzar con una dosis muy baja. Las dosis empleadas suelen ser aproximadamente 1/10 - 1/4 de la que se utilizan normalmente para el tratamiento de cuadro paranoide florido (Joseph, 1998). Para otros síntomas asociados (v.g., rasgos obsesivos, ansiedad social, etc.) se recomienda utilizar antidepresivos (ver Tabla 1).

Tabla 1

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno de personalidad paranoide (adaptado de Joseph, 1998)

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Paranoia	Dosis bajas de antipsicóticos, preferentemente olanzapina o risperidona
Rasgos obsesivos, disforia, ansiedad social, irritabilidad	Antidepresivos, especialmente serotoninérgicos o clomipramina

Trastorno de personalidad esquizoide

Aunque tampoco existen estudios controlados, clozapina, olanzapina, risperidona y sertindol son probablemente los cuatro neurolépticos que han demostrado una mayor efectividad para mejorar los síntomas deficitarios y, por lo tanto, podrían ser también útiles en pacientes con un trastorno de personalidad esquizoide. La ansiedad social puede ser tratada con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), aunque algunos IMAOS y dosis bajas de benzodiazepinas (v.g., alprazolam) podrían ser también eficaces (Joseph, 1998).

Tabla 2

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno de personalidad esquizoide (adaptado de Joseph, 1998)

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Retraimiento social, inadecuación social, aislamiento	Dosis bajas de risperidona (0.5 a 1 mg/día) Olanzapina (2.5 a 5 mg/día)
Anhedonia, reducción de la libido	Nefazodona (200 a 500 mg/día) Bupropion (100 a 400 mg/día)
Ansiedad social	ISRS, IMAOs, dosis bajas de BDZ, beta-bloqueantes

Trastorno de personalidad esquizotípico

Los trabajos publicados sobre el tratamiento psicofarmacológico de los TP del grupo A se han centrado fundamentalmente en el TP esquizotípico, si bien muchos de estos pacientes cumplían también criterios para un TP límite. Los datos disponibles (Goldberg et al., 1986; Serban y Siegel, 1984; Soloff et al., 1986, 1989) sugieren que la administración de neurolépticos a dosis bajas produce una mejoría de algunos de los síntomas (disfunción cognitivo-perceptiva y descompensación psicótica).

La eficacia clínica de los antidepresivos ha sido escasamente analizada en investigaciones controladas. La amitriptilina ha demostrado no sólo ser de poca utilidad para modificar los rasgos centrales de este trastorno, sino que incluso puede incrementar la hostilidad y los celos paranoides en algunos pacientes (Soloff et al., 1986, 1989). En contraste, la utilización de dosis altas de fluoxetina (80 mg/día) parece ir asociada a una mejoría de numerosos síntomas de los sujetos (Markovitz et al., 1991).

Tabla 3

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno de personalidad esquizotípico (adaptado de Joseph, 1998)

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Ideas de referencia, alteraciones del pensamiento, paranoia	Antipsicóticos
Rasgos obsesivos/compulsivos, ansiedad social	Antidepresivos serotoninérgicos, clomipramina, IMAOs
Síntomas deficitarios (retraimiento social, etc)	Antipsicóticos atípicos, ISRS

Grupo B

Los principales síntomas de este grupo incluyen una alteración en la regulación de los impulsos, agresividad, labilidad afectiva e intensa reactividad emocional. La mayor parte de los estudios con pacientes con TP del grupo B se han centrado en el trastorno límite de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad

Tratamiento con neurolépticos

Los resultados obtenidos en los escasos estudios controlados (ver Tabla 4) permiten extraer las siguientes conclusiones (Kapfhammer y Hippus, 1998): (a) la administración de dosis bajas de neurolépticos produce efectos consistentemente superiores a los obtenidos con placebo. Únicamente en el trabajo de Soloff et al. (1993) el haloperidol no resultó superior al placebo; (b) los neurolépticos examinados (clorpromazina, flupentixol, tioxanteno, haloperidol, trifluoperazina) presentan una

eficacia comparable; (c) los efectos del tratamiento son moderados, pero su rango de acción es más amplio de lo inicialmente esperado, mejorando no sólo los síntomas perceptivo-cognitivos sino también algunas síntomas afectivos como ansiedad y depresión; (d) los neurolépticos no suelen ser bien tolerados por los pacientes debido a sus efectos secundarios, existiendo por tanto una alta tasa de abandonos.

Tratamiento con antidepresivos (AD)

En general, los efectos de los AD son más inconsistentes que los de los neurolépticos. En contra de lo esperado, la respuesta a los AD de los pacientes con un trastorno límite de la personalidad con síntomas depresivos no fue más elevada que la de los pacientes sin síntomas depresivos (Soloff, Cornelius y George, 1991).

Diversos trabajos indican que el efecto antidepresivo inmediato de los AD tricíclicos (v.g. amitriptilina o imipramina) es escaso, e inferior al de los fármacos neurolépticos o a los IMAOs (Cowdry y Gardner, 1988). En pacientes con TLP con rasgos esquizotípicos se han descrito efectos paradójicos, con un incremento de la hostilidad y las ideas paranoides tras la administración de amitriptilina (Soloff et al., 1986). La administración de IMAOs clásicos (fenelzina y tranilcipromina) se asocia a una mejoría del control de impulsos, siendo sus efectos sobre los síntomas depresivos «atípicos» inconsistentes (hipersomnia, hiperfagia, etc) (Soloff et al., 1993).

Tratamiento con benzodiacepinas

La utilización de ansiolíticos en el trastorno límite de la personalidad parece estar justificada por la elevada prevalencia de síntomas de ansiedad asociados. En algunos estudios abiertos, se ha observado una notable mejoría clínica tras la administración de alprazolam (Faltus, 1984; Soloff, 1994). En una de las escasas investigaciones controladas, Cowdry y Gardner (1988) encontraron que el alprazolam mejoraba sensiblemente los síntomas de ansiedad y los problemas de sueño. Sin embargo, más de la mitad de los pacientes comunicaron severos episodios de impulsos agresivos y cólera incontrolable.

Tratamiento con sales de litio y antiepilépticos

Hasta ahora, se han publicado pocos trabajos sobre el efecto de fármacos anti-maniacos en el tratamiento del TLP. Cowdry y Gardner (1988) informaron que la carbamazepina provocaba una clara mejoría del control de impulsos y una significativa reducción de los episodios de cólera en pacientes con TLP. Curiosamente, una cuarta parte de los sujetos manifestaron síntomas depresivos. Por otra parte, Wilcox (1995) ha comunicado los primeros resultados positivos del valproato sódico sobre los episodios agresivos de pacientes con TLP, que han sido confirmados en un trabajo posterior de Kavoussi y Coccaro (1998). Más recientemente, Pinto y Akiskal (1998), en un estudio abierto con ocho sujetos con TLP, encontraron que la lamotrigina (75-300 mg/día) produjo una notable mejoría clínica en casi la mitad de los pacientes.

Tabla 4
Tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad:
estudios publicados

Autores	Año	Fármaco	Pacientes	Diseño	Resultados
Montgomery y Montgomery	1982	Flupentixol depot Mianserina	30 sujetos con TLP	DC, P	Reducción del número de intentos de suicidio Ausencia de diferencias entre mianserina y placebo
Serban y Siegel	1984	Tiotixeno y Haloperidol	52 sujetos con TLP y TET	DC	El 84% mostraron una mejoría de marcada a moderada a los 3 meses de seguimiento Mejor respuesta a tiotixeno que al haloperidol. Mejoraron sobre todo las ideas de referencia, desrealización, la ansiedad y la depresión
Faltus	1984	Alprazolam	3 pacientes	Abierto con TLP	Mejora substancial con el alprazolam
Goldberg et al.	1986	Tiotixeno	50 sujetos con TLP y/o TET	DC, P	Mejora significativa en las medidas de ideas de referencia, psicoticismo, síntomas obsesivo-compulsivos y ansiedad fóbica, pero no en depresión
Soloff et al.	1986	Haloperidol y Amitriptilina	61 sujetos con TLP	DC, P	El haloperidol fue superior a la amitriptilina y el placebo en una medida de severidad global, mejorando la depresión, la ansiedad, la hostilidad y la ideación paranoide
Cowdry y Gardner	1988	Trifluoperazina	16 sujetos con TLP	DC, P	Mejora de la ansiedad, intentos de suicidio, depresión y tolerancia al rechazo
Norden	1989	Fluoxetina	12 sujetos con TLP	Abierto	El 75% mostraron una marcada mejoría, que se mantenía a los 6 meses de seguimiento
Soloff et al.	1989	Haloperidol y Amitriptilina	90 sujetos con TLP	DC, P	El haloperidol (4-16 mg/d) mejoró la hostilidad, síntomas esquizotípicos y la conducta impulsiva. La amitriptilina (100-175 mg/d) redujo los síntomas depresivos

Autores	Año	Fármaco	Pacientes	Diseño	Resultados
Cornelius et al.	1990	Fluoxetina	5 sujetos con TLP	Abierto	Reducción de los síntomas depresivos y la impulsividad. Ausencia de efectividad para la ansiedad fóbica y la sensibilidad interpersonal
Cornelius et al.	1993	Haloperidol y Fenzelzina	54 sujetos con TLP	DC, P	El haloperidol fue efectivo para el tratamiento de la irritabilidad. La fenzelzina redujo modestamente los síntomas de depresión
Soloff et al.	1993	Haloperidol	108 sujetos con TLP	DC, P	Ausencia de diferencias entre haloperidol y placebo
Wilcox	1995	Divalproato	6 sujetos con TLP	Abierto	Reducción de la agresividad
Pinto y Akiskal	1998	Lamotrigina	8 sujetos con TLP	Abierto	Marcada reducción en 3 pacientes de las conductas impulsivas sexuales, abuso de drogas y conductas suicidas (75-300 mg/d)
Daly y Fatemi	1999	Lamotrigina	1 sujeto con TLP y TEA	Caso único	Mejora de la conducta impulsiva
Schmahl et al.	1999	Naltrexona	3 sujetos con TLP	Abierto	Mejora de los síntomas disociativos
Schulz et al.	1999	Olanzapina	9 sujetos con TLP	Abierto	Notable reducción de los síntomas de psicoticismo, depresión, sensibilidad interpersonal y cólera. No se observaron efectos extrapiramidales en los pacientes
Pierre y Guze	2000	Venlafaxina	1 sujeto con TLP	Caso único	Mejoría de los «sudores nocturnos» en una mujer de 28 años con TLP
TLP: trastorno límite de la personalidad TEA: trastorno esquizoafectivo			TET: trastorno esquizotípico DC, P: doble ciego placebo		

Tabla 5

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad (adaptado de Joseph, 1998)

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Cambios en el estado de ánimo, labilidad afectiva, síntomas hipomaniacos, impulsividad	Estabilizadores del estado de ánimo como sales de litio, ácido valproico, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina o verapamilo
Depresión, irritabilidad, hostilidad, miedos obsesivos, ansiedad, autoagresiones	Antidepresivos serotoninérgicos, bupropion, IMAOs
Paranoia, pensamientos irracionales, leve desorganización del pensamiento	Antipsicóticos a dosis bajas, preferentemente atípicos
Cuadros de ansiedad	Ansiolíticos a dosis bajas

Trastorno narcisista de la personalidad

Aunque no existen estudios controlados, algunos de los síntomas del trastorno narcisista de la personalidad, como la hipomanía, podrían mejorar con estabilizadores del estado de ánimo (v.g., sales de litio, carbamazepina, ácido valproico, antiepilépticos).

Tabla 6

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno narcisista de la personalidad (adaptado de Joseph, 1998)

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Hipomanía (predominante)	Estabilizadores del estado de ánimo y/o antipsicóticos
Paranoia leve/hostilidad (infrecuente)	Dosis bajas de antipsicóticos, preferentemente atípicos

Trastorno de personalidad antisocial (TPA)

Algunos aspectos del TPA pueden responder al tratamiento farmacológico. Así, por ejemplo, la impulsividad puede ser una manifestación de un trastorno por déficit atencional/hiperactividad (que puede mejorar con algunos psicoestimulantes y otros compuestos) o una hipomanía (que puede mejorar con antimaniacos). Otros síntomas como la irritabilidad o los episodios de cólera pueden responder al tratamiento con antidepresivos serotoninérgicos, benzodiazepinas o antipsicóticos (Joseph, 1998).

Tabla 7

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno antisocial de la personalidad (adaptado de Joseph, 1998)

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Déficit atencional/hiperactividad	Psicoestimulantes, bupropion
Hipomanía, impulsividad	Sales de litio, carbamazepina, ácido valproico
Irritabilidad, episodios de cólera antipsicóticos	Antidepresivos serotonérgicos, benzodiazepinas,

Trastorno de personalidad histriónico

Dependiendo de los síntomas predominantes, se pueden utilizar antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo en el tratamiento farmacológico del trastorno de personalidad histriónico (ver Tabla 8).

Tabla 8

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno histriónico de la personalidad (adaptado de Joseph, 1998)

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Aumento de la sensibilidad emocional, irritabilidad, rasgos obsesivo-compulsivos	Antidepresivos serotoninérgicos, venlafaxina, nefazodona
Rasgos hipomaniacos, afecto lábil	Estabilizadores del estado de ánimo
Síntomas de un trastorno por déficit atencional	Estimulantes, bupropion

Grupo C

El miedo, la ansiedad, la evitación del daño y la inhibición constituyen las características típicas del grupo C. La mayor parte de los trabajos sobre el tratamiento farmacológico de estos trastornos se ha centrado en el trastorno de personalidad por evitación (TPE).

Trastorno de personalidad por evitación

Los síntomas principales del TPE incluyen fobia y ansiedad social, agorafobia y sensibilidad al rechazo. Estos pacientes presentan un alto riesgo de desarrollar trastornos del Eje 1, tales como un trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con agorafobia y depresión, que pueden beneficiarse de un tratamiento farmacológico (ver Tabla 9).

Tabla 9

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico del trastorno de personalidad por evitación (adaptado de Joseph, 1998)

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Ansiedad social, fobia social, sensibilidad al rechazo, ansiedad de rendimiento, ansiedad anticipatoria, excesiva sensibilidad emocional	ISRS, venlafaxina, nefazodona, IMAOS, benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam), beta-bloqueantes

Tabla 10

Tratamiento farmacológico del trastorno de personalidad por evitación (TPE): estudios publicados

Autores	Año	Fármaco	Pacientes	Diseño	Resultados
Reich et al.	1989	Alprazolam	14	Abierto	6 de los 9 rasgos de evitación examinados mejoraron sensiblemente
Altamura et al.	1999	Venlafaxina	6	Abierto	Disminución significativa de la ansiedad social y la conducta de evitación (112.5-287.5 mg/d)

Trastorno de personalidad por dependencia (TPD)

Los pacientes con un TPD frecuentemente presentan síntomas del Eje 1 como depresión y ansiedad. La excesiva dependencia los hace bastante vulnerables a reaccionar con depresión y/o ansiedad (Joseph, 1998). Hasta la fecha, no se ha examinado la posible eficacia de psicofármacos en pacientes con un diagnóstico de TPD. Sin embargo, se puede obtener información indirecta a partir de diversos estudios. Así, Reich, Noyes y Throughton (1987) encontraron que el 40% de los sujetos con crisis de pánico y agorafobia presentaban un TPD. La coexistencia de ambos trastornos parece reducir la tasa de respuesta a las benzodiazepinas (Reich, 1988) o a los IMAOs (Shawcross y Tyrer, 1985). En la misma línea, se ha observado que en los pacientes con depresión mayor y un TPD concurrente la eficacia de los fármacos empleados es más limitada (Shea et al., 1990; Tyrer et al., 1992).

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOP)

No existen estudios controlados que evalúen la eficacia de un tratamiento psicofarmacológico en el TOP. No obstante, desde un punto de vista clínico los

Tabla 11

Rango de dosis para un tratamiento farmacológico de un TOP y un TOC

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad		Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	
clomipramina	25 -100 mg/día	clomipramina	50 - 250 mg/día
fluoxetina	25 - 40 mg/día	fluoxetina	40 - 80 mg/día
fluvoxamina	50 - 100 mg/día	fluvoxamina	100 - 300 mg/día
sertralina	50 - 100 mg/día	sertralina	100 - 200 mg/día
paroxetina	20 - 40 mg/día	paroxetina	30 - 60 mg/día
venlafaxina	25 - 50 mg (3 veces/día)	venlafaxina	50-125 mg (3 vec/d)

sujetos con TOP pueden mejorar con un tratamiento farmacológico similar al de los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), aunque a dosis inferiores (ver Tabla 11).

Referencias bibliográficas

- Altamura, A., Piolo, R., Vitto, M. y Mannu, P. (1999). Venlafaxine in social phobia: A study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 239-245.
- Cornelius, J.F., Solo Xff, P.H., Perel, J.M. y Ulrich, R.F. (1990). Fluoxetine trial in borderline personality disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 149-152.
- Cornelius, J.F., Soloff, P.H., Perel, J.M. y Ulrich, R.F. (1993). Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1843-1848.
- Cowdry, R. y Gardner, D.L. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 111-119.
- Daly, K.A. y Fatemi, S. (1999). Lamotrigine and impulsive behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 395-396.
- Faltus, F.J. (1984). The use of alprazolam in the treatment of three patients with bordeline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 802-803.
- Gitlin, M.J. (1993). Pharmacotherapy of personality disorders. Conceptual framework and clinical strategies. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 343-353.
- Goldberg, S.C., Schulz, S.C., Schulz, P.M., Resnick, R.J., Hamer, R.M. y Friedel, R.O. (1986). Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene versus placebo. *Archives of General Psychiatry*, 43, 680-686.
- Hori, A. (1998). Pharmacotherapy for personality disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 13-19.
- Joseph, S. (1998). *Personality Disorders. New symptom-focused drug therapy*. Nueva York: The Haworth Medical Press.
- Kapfhammer, H.P. y Hippus, H. (1998). Pharmacotherapy in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, 277-288.
- Kavoussi, R. y Coccaro, E.F. (1998). Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 676-680.

- Markovitz, P.J., Calabrese, J.R., Schulz, S.C. y Meltzer, H.Y. (1991). Fluoxetine treatment of borderline and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1064-1067.
- Montgomery, S.A. y Montgomery, D. (1982). Pharmacological prevention of suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 4, 291-298.
- Norden, M.J. (1989). Fluoxetine in borderline personality disorder. *Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 885-893.
- Pelissolo, A. y Lepine, J.P. (2000). Pharmacotherapy in personality disorders: methodological issues and results. *Encephale*, 25, 496-507.
- Pierre, J.M. y Guze, B.H. (2000). Benzotropine for venlafaxine-induced night sweats. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20, 269.
- Pinto, O.C. y Akiskal, H.S. (1998). Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: An open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *Journal of Affective Disorders*, 51, 333-343.
- Reich, J. (1988). DSM-III personality disorder and the outcome of treated panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1149-1152.
- Reich, J., Noyes, R. y Troughton, E.D. (1987). Dependent personality disorder associated with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 323-336.
- Reich, J., Noyes, R. y Yates, W. (1989). Alprazolam treatment of avoidant personality traits in social phobic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 91-95.
- Schmahl, C., Stiglmayr, C., Bohme, R. y Bohus, M. (1999). Treatment of dissociative symptoms in borderline personality disorder patients with naltrexone. *Nervenarzt*, 70, 262-264.
- Schulz, S., Camlin, K.L., Berry, S.A. y Jesberger, J.A. (1999). Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia. *Biological Psychiatry*, 46, 1429-1435.
- Serban, G. y Siegel, S. (1984). Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1455-1458.
- Shawcross, C.R. y Tyrer, P. (1985). The influence of personality on response to monoamine oxidase inhibitors and tricyclic antidepressants. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 557-562.
- Shea, M.T., Pilkonis, P.A. y Beckham, E. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.
- Silk, K.R. (2000). Borderline personality disorder. Overview of biologic factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 61-75.
- Soloff, P.H. (1997). Psychobiologic perspectives on treatment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 336-344.
- Soloff, P.H. (1994). Is there any drug treatment of choice for the borderline patient? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 50-55.
- Soloff, P.H. (2000). Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 169-192.
- Soloff, P.H., George, A., Nathan, R.S., Schulz, P.M., Ulrich, R.F. y Perel, J.M. (1986). Progress in pharmacotherapy of borderline disorders: A double-blind study of amitriptyline, haloperidol and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 43, 691-697.
- Soloff, P.H., George, A., Nathan, R.S., Schulz, P.M., Cornelius, J.R., Herring, J. y Perel, J.M. (1989). Amitriptyline vs haloperidol in borderline: Final outcomes and predictors of response. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9, 238-246.
- Soloff, P.H., Cornelius, J. y George, A. The depressed borderline: One disorder or two? *Psychopharmacology Bulletin*, 27, 23-30.

- Soloff, P.H., Cornelius, J., George, A., Nathan, S., Perel, M. y Ulrich, R.F. (1993). Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 377-385.
- Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, B. y Tyrer, J. (1992). The general neurotic syndrome: A co-axial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 201-206.
- Wilcox, J.A. (1995). Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 33-37.