



## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Luis Fernando Monge Morales\*

REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA

### Resumen

Los trastornos de personalidad son un reto a nivel farmacoterapéutico para la psiquiatría moderna, lo cual, lleva siempre a plantear estrategias de tratamiento alternativas en búsqueda de un alivio de los síntomas. Se realizó una revisión de estudios originales y metanálisis con el objetivo de integrar las últimas publicaciones disponibles con el conocimiento ya previamente adquirido en el tratamiento farmacológico de los principales trastornos de personalidad. Conocimiento que si bien, aún tiene limitaciones, sigue siendo de utilidad para el manejo integral de los trastornos de personalidad.

### Abstract

The personality disorders are quiet a challenge for modern psychiatry in terms of pharmacological treatment. It often represents the necessity of coming up with new strategies in the aim for a symptom relief for the patients.

A review of original studies and metanalyses was done with the primary objective of integrate the last publications available regarding pharmacological treatment of PD and the knowledge already gained within years of research of the most common personality disorders. That knowledge remains with considerable limitations but it is also useful for the integrative management of the PD.

### Introducción

Los trastornos de personalidad son una categoría diagnóstica retardora tanto a nivel de abordaje clínico como de tratamiento para la psiquiatría contemporánea, pues plantea no solamente dudas a nivel terapéutico sino también, sinérgicamente, sobre la dimensión diagnóstica sobre la cual se aborda a estos pacientes. A propósito de tal disyuntiva, se han hecho revisiones extensas y frecuentemente las nuevas ediciones de los manuales diagnósticos y estadísticos están

\*Médico General. Residente de Especialidad Médica Psiquiatría.  
Email: luisfernando.monge@gmail.com



constantemente redefiniendo la naturaleza de estos trastornos, y acorde a dicha dinámica, también se replantean nuevas estrategias de abordaje a nivel farmacológico.

El tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad sigue y probablemente en el futuro seguirá siendo un reto, sin embargo, se han hecho avances promisorios que ante los nuevos planteamientos de modelos psicopatológicos, fisiopatológicos y diagnósticos de la psiquiatría moderna, por lo cual, el objetivo de esta revisión es integrar lo más reciente en cuanto a conocimiento con las bases ya conocidas hasta ahora en este campo.

### **Metodología**

Se realizó una revisión de artículos originales en PubMed de las palabras clave: “borderline personality disorder”, “antisocial personality disorder”, “personality disorders” + “pharmacotherapy” en inglés, además se incluyeron las últimas guías internacionales disponibles para manejo de trastornos de personalidad de la WFSBP y la National Institute for Health and Clinical Excellence. Se seleccionaron estudios clínicos aleatorizados controlados, revisiones sistemáticas o metanálisis de pacientes adultos con trastornos de personalidad y la efectividad de las diferentes intervenciones farmacoterapéuticas disponibles para el manejo de estos. Se obtuvieron 55 artículos

en un escrutinio inicial, de los cuales, se excluyeron 5 por duplicidad, 19 por antigüedad y 17 por asociación con otras comorbilidades como trastorno obsesivo compulsivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo mayor y psicosis. Esto lleva a la utilización de 19 estudios de los cuales son 15 estudios aleatorizados controlados a doble ciego y 4 son revisiones sistemáticas o metanálisis.

### **Antecedente**

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. (1) Tan solo cuando los rasgos son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de personalidad.

La característica esencial de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas culturales del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal o control de impulsos. (1) La evaluación de los rasgos debe realizarse a largo plazo, y las características particulares de la personalidad deben ser evidentes en la edad adulta.

Por muchos años, los diferentes niveles de evidencia respecto al tratamiento



farmacológico de los trastornos de personalidad se ha circunscrito de manera muy específica, primordialmente, en trastorno de personalidad límite, con resultados de efectividad en la farmacoterapia muy discretos. (2) Estas limitaciones también se han visto no solo en la extracción de los hallazgos de investigación, sino también con la producción de estos estudios, siendo muchos de poblaciones pequeñas y con criterios de exclusión que no extraen comorbilidades importantes.

Con los avances en la psicofarmacología y la creación de nuevas moléculas, también avanza la terapéutica y los alcances de esta.

Las últimas guías internacionales con las que se cuenta en cuanto a manejo de trastornos de personalidad en general datan del 2010, ya entonces, se desaconsejaba el uso de farmacoterapia como primera línea de tratamiento y se enfatiza en la necesidad de individualizar y utilizarla solo en casos específicos ante la manifestación de sintomatología específica y especialmente en presencia de comorbilidades, especialmente con trastornos afectivos y trastornos por abuso de sustancias. (4)

### **Esquizotipia**

Se refiere a una constelación de rasgos de personalidad que remembran una expresión fenotípica de los síntomas de esquizofrenia a un nivel subclínico. Se expresa en tres dimensiones principales, cognitivo-

perceptual (positiva), desorganización e interpersonal (negativa). (3) Se caracteriza por conducta evasiva y dificultad para la socialización con sutiles síntomas “micropsicóticos”. La apariencia tiende a ser peculiar, ideación con tendencia a la suspicacia, afecto constreñido o inapropiado, ansiedad social excesiva, experiencias perceptivas inusuales. (3)

En las guías de tratamiento de la federación mundial de sociedades de psiquiatría biológica, en cuanto al tratamiento farmacológico dentro de este cluster de personalidad se habla someramente de la posibilidad de que el uso de antipsicóticos reduzca la intensidad de los síntomas, entre ellos se mencionan estudios con olanzapina, risperidona, haloperidol y tiotixeno, sin embargo, se contaban con estudios con muestras pequeñas y con hallazgos clasificados en una categoría C de evidencia. (4)

En una revisión que se hizo en el diario de psicofarmacología de reino unido que incluyó 168 estudios publicados entre 1972 y 2012 para manejo de TPEs, solamente 4 estudios se consideraban categoría A. (3)

Uno de ellos de Koychev et al. (2012), observó una respuesta parcial a una única dosis de amisulpiride, sin embargo, no se estudiaron los efectos a largo plazo a la exposición de dicho medicamento sobre todo en relación con el nivel de funcionamiento



basal del paciente. Un segundo estudio realizado por Koenigsberg et al. (2003) encontró un efecto positivo a la risperidona a dosis de 2mg al día evidenciado con la escala PANSS, aunque, igualmente, sin seguimiento a largo plazo. (3)

Más allá de la efectividad del tratamiento, una de las mayores limitaciones es la ausencia de estudios a largo plazo sobre el riesgo-beneficio sobre el uso de antipsicóticos en esta población.

El aislamiento y retracción de las emociones y el desinterés en relaciones sociales son muy frecuentemente observados en pacientes con personalidades del cluster A, personalidad obsesiva y antisocial. No existe evidencia de terapia farmacológica en temperamento hipoactivo en personalidad esquizoide. (12)

En cuanto a los síntomas psicóticos leves, la risperidona es el medicamento utilizado con mayor frecuencia, asociado con una reducción del estrés a través de intervenciones psicoterapéuticas. (12)

### **Trastorno de personalidad evitativo**

Es un trastorno caracterizado por tendencia a la fobia social, pobre autoestima, sensibilidad al rechazo y una pronunciada conducta evitativa. Los sujetos suelen manifestarse inhibidos en una amplia variedad de situaciones sociales. Son altamente sensibles a la crítica, tendencia a

la autoevaluación negativa y a manifestar sentimientos de inferioridad y de ser insuficiente o inadecuado. (4)

Hasta un tercio de los pacientes que manifiestan trastornos de ansiedad tienen comórbidamente TPEv. Esto se observa especialmente con pacientes que tienen trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. (4)

Existe una asociación tan estrecha que involucra una desambiguación diagnóstica con el trastorno por fobia social, a un punto en el que incluso muchos autores los ubican en el mismo espectro clínico. (4)

Se han hecho múltiples estudios comparativos en plazos de 6 meses hasta 2 años en relación con el tratamiento de este trastorno, en relación con la efectividad de antidepresivos que han incluido paroxetina, escitalopram, fluvoxamina, sertralina, fluoxetine y venlafaxina. (4) Si bien se ha visto una superioridad clara de los ISRS sobre los inhibidores duales, tricíclicos e IMAO, en ninguno de los estudios se vio superioridad entre los ISRS y tampoco se tomó en cuenta comorbilidades como trastornos de ansiedad altamente prevalente en pacientes con TPEv. (4)

Es importante señalar, que al igual que con los trastornos de personalidad del cluster A, para la conducta evitativa se, deno coexistir con algún dato clínico de comorbilidad como antes se menciona, no hay evidencia de un tratamiento farmacológico dirigido (12).



## Trastorno de personalidad disocial

Se caracteriza por Un patrón de despreocupación por la violación de los intereses de otros. con al menos 3 de los siguientes: falla por conformarse con las normas sociales, irresponsabilidad, engaño, indiferencia al sufrimiento ajeno, dificultad para planear a futuro, irritabilidad, agresividad y conducta temeraria. (1)

En cuanto a los aspectos relacionados al tratamiento farmacológico, las guías NISE muestran evidencia que no apoya la generación de recomendaciones para el uso rutinario de intervenciones farmacológicas en el tratamiento de personas con trastorno de personalidad disocial. (5)

Inclusive agregan que estas intervenciones no se deben usar rutinariamente en conductas propias como agresividad, irritabilidad e impulsividad, sobre todo, cuando se habla de un esquema ambulatorio o fuera de un contexto intrahospitalario, debido, en buena parte, a la poca efectividad que existe en el uso de medicamentos, la pobre adherencia a estos y el riesgo de conductas dispares como abuso de sustancias, autolesividad y riesgo de suicidio. (5)

Por otro lado, en una revisión recientemente publicada en Cochrane, se estudiaron intervenciones de varias familias farmacológicas con conclusiones similares, sin embargo, con una perspectiva más amplia respecto al uso de medicamentos. (6)

A continuación se mencionan los fármacos estudiados:

**Carbamazepina:** (un único estudio) a dosis de 450mg/día dirigido a dominios como agresividad y control de impulsos, sin embargo, sin datos de efectividad relacionados directamente al TPD. (6)

**Fenitoína:** (tres estudios) a dosis de 300mg/día mayoritariamente enfocado en pacientes masculinos con tendencia a la agresividad y sin patología mental mayor. Efectividad fue considerablemente alta en comparación con placebo, sin embargo, en muchos de los participantes se reportó con notable frecuencia náuseas como primera causa de abandono del estudio además de que no hubo un seguimiento adecuado a largo plazo. (6)

**Valproato y divalproex:** (dos estudios) dirigido a pacientes masculinos con agresividad con hallazgos poco sustanciales, si bien se mostró con cierto grado de efectividad, la tasa de abandono de tratamiento fue bastante alta y no era circunscrito a pacientes con TPD. (6)

**Desipramina:** (dos estudios) se realizaron en asociación de rasgos disociales con dependencia a la cocaína y opioides. No se encontró particular beneficio y tampoco hubo diferencias vs placebo. (6)

**Fluoxetina** (un estudio) con trastorno explosivo intermitente asociado a una



población de 12% con comorbilidad de TPD que, finalmente, no fue asociado a mejoría en comparación con placebo. (6)

**Metilfenidato:** un único estudio en privados de libertad con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sin datos concretos en relación con el subgrupo de TPD. (6)

**Naltrexona:** adultos con dependencia al alcohol, que en un 10% cumplían criterios para TPD, sin embargo, la respuesta terapéutica fue muy discreta en sintomatología no asociada a trastorno por uso de sustancias. (6)

### **Limitaciones de la evidencia disponible**

Prácticamente ningún estudio fue dirigido directamente al manejo del TPD muy a favor de múltiples factores tanto psicológicos como sociales propios de personas con este tipo de trastorno. Las muestras de los estudios elegidos eran sumamente heterogéneas y en muchos de ellos se incluyeron elementos clínicos que no forman parte del diagnóstico de TPD como eje central y sin incluir grupos controles sin esos elementos clínicos como el consumo de sustancias. (6)

Además, estadísticamente el resultado para ninguno de los estudios ofrece evidencia suficiente para considerar efectividad potencial en ninguno de los medicamentos. (6)

### **Trastorno límite de la personalidad**

Es el trastorno de personalidad más estudiado a nivel farmacoterapéutico. A nivel general se puede describir a través de 4 dominios sintomáticos relevantes que se manifiestan de diferentes formas psicopatológicamente: alteraciones afectivas, impulsividad, alternaciones cognitivas y relaciones inestables e intensas. (1)

Se han propuesto múltiples estrategias de tratamiento a nivel farmacológico, sin embargo, a priori, ninguna intervención fue superior a la psicoterapia, concretamente a terapia cognitivo conductual o a la terapia dialéctica conductual, la cual, se considera el estándar de oro de tratamiento en trastorno de personalidad límite. (4)

Pese a esto, los diferentes niveles de evidencia disponibles tanto en guías internacionales como en los estudios aleatorizados, proponen cierto grado de beneficio en el uso de tratamiento farmacológico para el manejo de algunos dominios sintomáticos, siempre tomando en cuenta características particulares del paciente como red de apoyo, impulsividad, manejo de medicamentos, autolesividad y comorbilidades como abuso de sustancias. (4) (12)

### **Antidepresivos**

Se ha visto que el uso de antidepresivos ISRS mejoran los síntomas sobre todo en



relación con la inestabilidad del estado de ánimo y cierto grado de mejoría en impulsividad, sin embargo, sin un claro beneficio en síntomas como sensación de vacío, soledad, disforia crónica, entre otros. (9)

Pese a esto, el tratamiento con antidepresivos sí mostró una notable mejoría especialmente en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión comórbida. La combinación olanzapina-fluoxetina se vio efectiva al reducir la disforia y la agresividad mediada por impulsividad. (8)

**Fluoxetina:** se ha visto mejoría en relación con la desregulación emocional, sin embargo, en estudios comparativos con TDC y combinada, hubo mayor tasa de intentos de suicidio en las personas que solo recibían el medicamento. (9)

**Duloxetina:** podría tener efectividad selectiva en cuanto a impulsividad y desregulación afectiva, sin embargo, no hay suficiente evidencia disponible. (9)

**Fluvoxamina:** a una dosis de 100 a 300mg en un estudio de 4 a 6 semanas, se vio efectividad sobre los triciclicos en desregulación emocional. (9)

**Venlafaxina:** a una dosis de 75mg al día, se vio efectividad en síntomas somáticos y en conducta autolesiva. (9)

## Antipsicóticos

**Clozapina:** aunque se ha visto mayor efectividad en TPD, en pacientes con TPL se ha visto mejoría especialmente en la desregulación emocional más tendiente a la agresividad y a la conducta disruptiva (10). No se ha visto que haya mostrado eficacia en el tratamiento de los síntomas depresivos asociados. (8)

**Olanzapina y Asenapina:** recientemente se publica un estudio comparativo entre olanzapina y arsenapina con diferencias muy limitadas: olanzapina siendo superior en disociación y agresividad, y la asenapina en la inestabilidad emocional. Una de las mayores limitantes era la comorbilidad con TEPT y que no tenía grupo control sin asociación con esa comorbilidad. (9)

**Quetiapina:** se han visto en estudios recientes una mejoría significativa en dosis de 150mg al día y hasta 300mg al día, especialmente en disfunción psicosocial, agresividad y síntomas hipomaniacales e incluso en las micropsicosis. (9)

**Brexipiprazol:** En un estudio aleatorizado de 12 semanas a una dosis de 2mg al día y si bien no tuvo un efecto significativo en comparación con placebo, sí podría tener efectividad en algunos dominios sintomáticos pero se requieren más estudios. (17)

**Risperidona:** en un estudio de 8 semanas en pacientes con TPL y comportamiento



agresivo, se vio efectividad a dosis bajas de 3mg (9)

**Ziprasidona:** a una dosis de 80mg al día, se vio mejoría en la impulsividad, inestabilidad emocional y suspicacia. (9)

**Loxapina:** disminuye la agitación en pacientes con criterios de TPL en un estudio randomizado. No hubo seguimiento a largo plazo. (13)

### Otros medicamentos

**Naltrexona:** se ha visto beneficios en estudios pequeños con mejoría especialmente en relación con la disregulación emocional y la conducta autolesiva. (9)

**Lamotrigina:** los efectos a largo plazo vs placebo no fueron superiores ni clínica ni costoefectivamente, incluyendo una muestra de 276 pacientes en un estudio de 12 meses. (14)

Por otro lado, en una revisión sistemática, se evidenció mejoría leve a nivel de agresividad, no así en impulsividad, disregulación emocional ni autolesividad, por lo que, si bien, costoefectivamente no es superior a placebo, podría estudiarse más allá (15)

**Valproato:** múltiples estudios le han relacionado con un efecto positivo en el control de impulsos, la desregulación emocional y la disforia prolongada, todos a dosis de más de

500mg al día. (9) Recientemente un estudio aleatorizado en comparación con el valproato en monoterapia vs valproato+omega-3 mostró mejores resultados en la terapia combinada. pese a esto, en estudios comparativos, no se vio una superioridad significativa vs psicoterapia. (11)

Se ha visto que pese a las múltiples recomendaciones sobre la necesidad comúnmente sobreestimada del uso de la farmacoterapia en el trastorno de personalidad límite, en múltiples estudios, el uso de esta sigue siendo mucho más frecuente de lo recomendado. (16)

**Oxitocina:** un estudio reciente demostró que el uso de oxitocina intranasal vs placebo, aumentó la empatía afectiva y la motivación a la aproximación en pacientes con TPL incluso a una única dosis. (18)

### Otros trastornos

En general en pacientes con trastornos de personalidad mixtos, obsesivo compulsivo, dependiente, narcisista e histriónico específicamente, hay poca evidencia de requerimiento de abordaje farmacológico pues sus dominios sintomáticos tienden a ser poco relacionados con consultas médicas, y normalmente, tienden a observarse en asociación a comorbilidades como uso de sustancias, trastornos de ansiedad o trastornos afectivos. (2)



## Discusión

Al analizar los distintos niveles de evidencia desde los que se han planteado intervenciones farmacoterapéuticas en trastornos de personalidad, la efectividad de dichas intervenciones se circunscribe a dominios farmacológicos puntuales como la agresividad, la impulsividad, la desregulación emocional, etc. (9, 14)

La psicoterapia sigue siendo superior en la mayoría de sus casos, sin embargo, apoyarse de estrategias farmacológicas se constata como una estrategia de tratamiento aceptada, entendiendo que la primera línea subyace en el adecuado abordaje psicoterapéutico integrativo (19)

El adecuado abordaje psicoterapéutico no solamente puede incidir en las manifestaciones sintomáticas de los pacientes con trastornos de personalidad, sino también en otras comorbilidades como el abuso de sustancias (20)

Esto no solamente hace pensar en lo limitada que es la efectividad de los medicamentos en las personas con estos trastornos globalmente, sino que además hay escaso seguimiento en los estudios en los que se logra una evidencia apenas promisoriosa.

## Conclusiones

Es necesario ampliar más la evidencia disponible en relación con el tratamiento

de los trastornos de personalidad, lo que existe disponible es escaso y no cubre en su totalidad a todos los trastornos, puesto que existen unos cuyas manifestaciones clínicas solamente se describen en perspectiva junto con otras comorbilidades o debido a que son altamente funcionales y acuden poco a consulta

El abordaje diagnóstico y la comprensión epistemológica sigue siendo un reto desde la propia visión de la dificultad para llegar a una estrategia efectiva y desde el manejo sintomático siendo más bien como a manera de aplacar rasgos desadaptativos, incluso por encima del propio trastorno a tratar.

## Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (R): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5 (R). Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2014.
2. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *Lancet* [Internet]. 2015;385(9969):735–43. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
3. Jakobsen KD, Skyum E, Hashemi N, Schjerning O, Fink-Jensen A,



- Nielsen J. Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2017;31(4):397–405. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0269881117695879>
4. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller H-J, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2007;8(4):212–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/15622970701685224>
  5. National Collaborating Centre for Mental Health (Grande Bretagne), National Institute for Health and Clinical Excellence (Grande-Bretagne). *Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention*. Leicester [England]; London: British Psychological Society;; Royal College of Psychiatrists; 2010
  6. Khalifa NR, Gibbon S, Völlm BA, Cheung NH-Y, McCarthy L. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Libr* [Internet]. 2020;2020(9). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007667.pub3>
  7. Timäus C, Meiser M, Wiltfang J, Bandelow B, Wedekind D. Efficacy of naltrexone in borderline personality disorder, a retrospective analysis in inpatients. *Hum Psychopharmacol* [Internet]. 2021;36(6):e2800. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/hup.2800>
  8. Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: An update of published, unpublished and ongoing studies. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2020;22(8):37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>
  9. Del Casale A, Bonanni L, Bargagna P, Novelli F, Fiaschè F, Paolini M, et al. Current clinical psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Curr Neuropharmacol* [Internet]. 2021;19(10):1760–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2174/1570159X19666210610092958>
  10. Andreea T, Petru I, Miron AA, Paula-Simina P, Lorena D. Clozapine for treatment-refractory aggressive behavior. *Psychiatr Q* [Internet]. 2021;92(2):721–33. Disponible en:



- <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-020-09839>
11. Bozzatello P, Rocca P, Bellino S. Combination of omega-3 fatty acids and valproic acid in treatment of borderline personality disorder: A follow-up study. *Clin Drug Investig* [Internet]. 2018;38(4):367–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40261-017-0617-x>
  12. Svrakic D, Divac-Jovanovic M, Azhar N. An integrative model and dynamic nosology of personality disorder: Part 2: Symptom-based pharmacotherapy. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2019;31(1):2–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24869/psyd.2019.2>
  13. Patrizi B, Navarro-Haro MV, Gasol M. Inhaled loxapine for agitation in patients with personality disorder: an initial approach. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2019;29(1):122–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.10.009>.
  14. Crawford MJ, Sanatinia R, Barrett B, Cunningham G, Dale O, Ganguli P, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of lamotrigine in Borderline Personality Disorder: A randomized placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2018;175(8):756–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091006>.
  15. Pahwa M, Nuñez NA, Joseph B, Seshadri A, Gerberi DJ, Frye MA, et al. Efficacy and tolerability of lamotrigine in Borderline Personality Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacol Bull*. 2020;50(4):118–36
  16. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J. Twenty-year trends in the psychopharmacological treatment of outpatients with borderline personality disorder: A cross-sectional naturalistic study in Spain. *CNS Drugs* [Internet]. 2021;35(9):1023–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40263-021-00852-7>
  17. Grant JE, Valle S, Chesivoir E, Ehsan D, Chamberlain SR. A double-blind placebo-controlled study of brexpiprazole for the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2022;220(2):58–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.2021.1>
  18. Domes G, Ower N, von Dawans B, Spengler FB, Dziobek I, Bohus M, et al. Effects of intranasal oxytocin administration on empathy and approach motivation in women with



borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2019;9(1):328. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-019-0658-4>

19. Storebø, O.J.; Stoffers-Winterling, J.M.; Völlm, B.A.; Kongerslev, M.T.; Mattivi, J.T.; Jørgensen, M.S.; Faltinsen, E.; Todorovac, A.; Sales, C.P.; Callesen, H.E.; Lieb, K.; Simonsen, E. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.*, **2020**, 5(5), CD012955. PMID: 32368793.
20. Ball SA, Maccarelli LM, LaPaglia DM, Ostrowski MJ. Randomized trial of dual-focused vs. Single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2011;199(5):319–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182174e6f>