

NEUROCIENCIA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: DESAFÍOS PARA LA BIOÉTICA. (PARTE I)

*NEUROSCIENCE AND BORDERLINE
PERSONALITY DISORDER: CHALLENGES
FOR BIOETHICS. (PART I)*

Fecha de recepción: 10/02/2023

Fecha de aceptación: 15/04/2023

Dr. Carlos Alberto Castro Campolongo

Contacto: ccastro1215.cc@gmail.com

- Licenciado en Psicología, Master en Neuropsicología Clínica en el Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU) en la Universidad Europea Miguel de Cervantes, Doctor en teología, especialización sistemática (Antropología): Facultad de teología de Catalunya, Barcelona; autor de varios artículos científicos publicados por la Editorial de Facultat de Teologia de Catalunya, y por la Editorial de la Facultad de Psicología de la Universidad Argentina Kennedy. Es Miembro del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica Argentina y responsable del Área de Neuroética y Salud Mental del Instituto de Bioética de la UCA

RESUMEN

El presente trabajo responde a algunos interrogantes acerca de cómo realizar un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), plantea la pregunta acerca de si es suficiente utilizar el modelo categorial, o si es el modelo dimensional aporta novedad significativa que ha de ser considerada. Si debe imponerse el tratamiento en bien del paciente, aunque él no lo acepte. Si todos los tratamientos tienen el mismo grado de validez y por tanto de recomendabilidad. El modelo dimensional puede aportar luz como para avanzar en esta dirección ya que rompiendo con una lógica binaria se abre a comprender que normalidad y patología no son cortes sincrónicos, sino que son como puntos en un continuo. El diagnóstico de un trastorno mental es trascendental para la persona, tanto para lograr su mejoría y recuperación, como en los posibles efectos adversos, principalmente el estigma, el prejuicio y la discriminación (menores oportunidades de trabajo, cobertura médica limitada) a los que puede dar lugar.

¿Cómo realizar un diagnóstico de TLP? ¿Es suficiente utilizar el modelo categorial, o el modelo dimensional aporta novedad significativa?

Palabras Clave: TLP- Diagnóstico- Trastorno Mental- Psiquiatría- Neurociencias

ABSTRACT

This work answers some questions about how to make a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD), raises the question about whether it is enough to use the categorical model, or if the dimensional model provides a significant novelty that has been considered. If the treatment should be imposed for the good of the patient, even if he does not accept it. If all treatments have the same degree of validity and therefore recommendability. The dimensional model can provide light to advance in this direction, since breaking with a binary logic opens up to understand that normality and pathology are not synchronous cuts, but rather are like points on a continuum. The diagnosis of a mental disorder is transcendental for the person, both to achieve their improvement and recovery, as well as the possible adverse effects, mainly stigma, prejudice and discrimination (fewer job opportunities, limited medical coverage) to which they can lead.

How to make a diagnosis of BPD? Is it enough to use the categorical model, or does the dimensional model provide a significant novelty?

Keywords: BPD- Diagnosis- Mental Disorder- Psychiatry- Neurosciences

INTRODUCCIÓN

El acercamiento científico al estudio de la personalidad que más éxito ha tenido se ha centrado en la búsqueda, descripción, análisis y medida de los elementos básicos que configuran la personalidad individual. Estos elementos básicos reciben el nombre de rasgos y son conceptuados en términos dimensionales, es decir, según un continuo de intensidad que oscila desde la nula (o inapreciable) hasta la máxima expresión de las diferentes características que la definen. El DSM-5 (APA, 2013) define los rasgos de personalidad como patrones persistentes que influyen en el modo de percibir, pensar y relacionarse, tanto sea, con el entorno, como con uno mismo.

Cuando este un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto decimos estar ante un trastorno de la personalidad (TP). Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: cognición; afectividad; actividad interpersonal; control de los impulsos (criterio A) (APA, 1995, p. 649.). Los individuos con este tipo de características muchas veces se sienten cómodos con los síntomas que presentan, por ello decimos que son *egosintónicos* (O'Connor y Dyce, 2001a). Quien lo padece no es consciente de que su modo de ser es la causa fundamental de su malestar.

En cuanto al trastorno límite de la personalidad TLP, decimos que consiste en un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, así como de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa (APA, 2013). El suicidio consumado llega al 8-10 % y son habituales los actos de autolesión, así como las amenazas y los intentos de suicidio (Aghakhani, et al., 2020; Martínez, et al., 2005; Paris, 2002). Durante las experiencias disociativas puede aparecer, incluso, la automutilación, vivida como un alivio al reafirmar la capacidad de sentir, o de expiar el sentimiento de culpa por considerarse mala persona (Kleindienst et al., 2008). Los estudios epidemiológicos de los trastornos de la personalidad (TTPP) en poblaciones clínicas muestran que el TLP es el más frecuente (Vanegas Pérez, Barbosa González y Pedraza Manuel, 2017). Según el DSM-5, su prevalencia es de aproximadamente un 1,6% en la población general, pero podría elevarse al 5.9%. En pacientes de atención primaria llegan al 6% y, quienes acuden a los centros de salud mental, alcanzan al 10%, mientras que la población de hospitalizados en unidades psiquiátricas llega al 20%. Hay que notar que la prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad. En cuanto a su etiología, ésta es compleja y los estudios suelen centrarse en factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales (Ahluwalia-Cameron, Calderwood, y McMurphy, 2019; Kulacaoglu y Kose, 2018).

A continuación, veremos cuáles son las posibles preguntas que el TLP plantea a la bioética.

PARTE I

I.1. Cuestiones para pensar desde la bioética

La Asamblea General de la *World Psychiatric Association* (WPA) aprobó en octubre de 2020, el Primer Código de Ética para la Psiquiatría de la Asociación, desarrollado por el Comité Permanente de Ética y Revisión. El Código fue redactado y revisado, con aportes de sociedades psiquiátricas de todo el mundo, durante casi una década antes de ser finalizado y adoptado. El Código ahora se erige como la declaración oficial de la WPA sobre la ética de la psiquiatría, habiendo reemplazado la Declaración de Madrid (1966).

Anteriormente, el DSM-5 (APA, 2013) avisaba acerca de la aplicabilidad de los cuatro principios (respeto de la persona, beneficencia, no-maleficencia y justicia) tanto a los aspectos diagnósticos, como a los del tratamiento.

El diagnóstico de un trastorno mental debe ser clínicamente útil a fin de permitir al especialista determinar el pronóstico, el plan de tratamiento y la posible evolución de la persona enferma (APA, 2013, p. 5). Pues bien, en cuanto a los criterios diagnósticos de los trastornos mentales éstos se establecen utilizando la siguiente evidencia:

- 1) Marcadores genéticos, características familiares, temperamento y eventos ambientales (validados precedentes)
- 2) Los sustratos cerebrales, "biomarcadores", procesamiento emocional y cognitivo y los síntomas clínicos (validadores concurrentes).

La psiquiatría actual basa sus diagnósticos no tanto a partir de factores etiológicos o alteraciones etiopatogénicas observables, sino a partir de descripciones y observaciones de los comportamientos de los pacientes y así, genera entidades formadas por síntomas y signos agrupados (síndromes). Sigue en pie la necesidad de hallar psicomarcadores (características medibles, sea una molécula, una reacción bioquímica, o una estructura física, que pueda evaluarse por una plataforma analítica validada, e indique inequívocamente una enfermedad particular, o un estado fisiológico de un organismo, o incluso, la respuesta positiva, o negativa, que dicho organismo puede tener ante un tratamiento dado) como mecanismos homologadores que permitan discernir cuáles son los sujetos

afectados por una enfermedad, cómo evolucionan y cuál es el pronóstico que ha de esperarse (Martins-de-Souza, 2013). Es necesario poseer marcadores de tipo terapéutico que puedan ayudar a predecir la respuesta al tratamiento o a monitorizar la eficacia y seguridad del mismo.

3) El curso clínico y la respuesta a tratamiento (validadores predictivos). No se contemplan normas sociales sino que uno de los criterios para establecer el diagnóstico consiste en señalar que las manifestaciones del trastorno causan "malestar o limitación clínicamente significativos".

El diagnóstico de un trastorno mental es trascendental para la persona, tanto para lograr su mejoría y recuperación, como en los posibles efectos adversos, principalmente el estigma, el prejuicio y la discriminación (menores oportunidades de trabajo, cobertura médica limitada) a los que puede dar lugar.

¿Cómo realizar un diagnóstico de TLP. Es suficiente utilizar el modelo categorial, o el modelo dimensional aporta novedad significativa?

1.2. Procedimiento de evaluación según el modelo categorial

Las guías recomiendan, para obtener un diagnóstico de TP, utilizar entrevistas semiestructuradas, basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM, ver tabla 1. Además, recomiendan la utilización de un cuestionario autoadministrado, a fin de identificar los aspectos que deben ser explorados con mayor profundidad en la entrevista. En el siguiente cuadro podemos apreciar cuáles son las entrevistas más utilizadas y percibir, cuáles poseen un cuestionario.

Tabla 1

| Entrevistas semiestructuradas Específicas para TLP | |
|--|---|
| TLP | - <i>Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada</i> , -DIB-R-, (Zanarini et al., 1989). Tiene traducción en español (Barrachina et al., 2004). Evalúa 5 ámbitos: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, cognición y relaciones interpersonales. |
| | - <i>Escala de Zanarini para la evaluación del Trastorno Límite</i> , -ZAN-BDP-, (Zanarini et al. 2003) |

La crítica a las entrevistas recién señaladas suele ser que ninguna de ellas está aún adaptada a los nuevos criterios del DSM-5.

Además de las entrevistas, los cuestionarios son instrumentos que frecuentemente se utilizan en la evaluación, ver tabla 2. El siguiente cuadro nos mostrará cuáles son los más utilizados en la clínica médica.

Tabla 2

| Cuestionarios Específicos | |
|---------------------------|---|
| TLP | - <i>Escala del Trastorno Límite de Personalidad</i> de Perry (1992) |
| | - Índice del Síndrome Límite de Conte (1980) |
| | - <i>Borderline Symptom List</i> , -BSL-95- (Bohus et al., 2007) |
| | - <i>McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder</i> , -MSI-BPD- (Zannarini, 2003). |
| | En Español |
| | - <i>Listado de Síntomas Límite-23</i> , -BSL-23-. Se trata de la versión reducida de la BSL-95. Es una prueba autoadministrada, validada en la población española. |
| | - <i>Borderline Evaluation of Severity Over Time</i> , -BEST-. Es un autoinforme que evalúa la presencia de indicadores de mal funcionamiento como suicidio, pérdidas de control, etc., útiles para registrar la gravedad y el cambio secundario al tratamiento. |

Los cuestionarios autoinformados comparten con las entrevistas la posibilidad de que existan sesgos debido al estado psicopatológico actual del paciente, pero, tienen la ventaja en relación para con las entrevistas en que son más útiles en la práctica clínica pues ahorran tiempo, permiten una amplia utilización, presentan propiedades psicométricas superiores y suelen presentar datos normativos, es decir, permiten valorar en qué medida un sujeto se aleja de la población general en cuanto a la intensidad de sus rasgos (en la mayoría de los cuestionarios) (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011).

En particular para el TLP, se plantea tener en cuenta la evaluación de la sintomatología depresiva o ansiosa, las fobias, los síntomas psicóticos y la sintomatología disociativa. Pero, ha de explorarse directa y exhaustivamente la ideación y las conductas suicidas y autolesivas (Fórum de Salud mental y AIAQS,

2011). La tabla 3 nos muestra cuáles pueden ser las herramientas de las cuales podemos valernos para la evaluación de estos síntomas.

Tabla 3

| |
|---|
| Depresión |
| - <i>Montgomery Asberg Depression Rating Scale</i> , -MADRS- (1979). |
| - <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> , -HRSD- (1967) |
| - <i>Inventario de depresión de Beck</i> (BDI) - (Beck et al.,1961) |
| - <i>Segunda edición BDI-II</i> (Beck, Steer, y Brown, 1996) |
| - DSM-5 ha incorporado la <i>Medida de la gravedad de la depresión – Adultos</i> adaptado del Patient Health Questionnaire-9 [PHQ-9] |
| Ansiedad |
| - <i>Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg</i> -EADG- |
| - <i>Escala de Hamilton para la Ansiedad</i> -HARS- (Hamilton, 1959). |
| DSM-5 propone varios instrumentos, quizá el de mayor sea la <i>Medida de la gravedad del trastorno de ansiedad generalizado – Adultos</i> |
| Síntomas Disociativos |
| DSM5 propone la escala <i>Gravedad de los síntomas disociativos – Adultos</i> , Brief Dissociative Experiences Scale [DES-B] –Modificada |
| Problemas con el uso de sustancias |
| DSM-5 NIVEL 2–Uso de sustancias–Adultos, adaptado del ASSIST modificado por el NIDA para el DSM5. |
| Ideación y conductas suicidas y autolesivas |
| Entrevistas que valoran pensamientos y conductas suicidas y autolesivas |
| - <i>Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview</i> , -SITBI- (Nock, Holmberg, Photos, y Michel, 2007). |
| - <i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i> , -SASII- (Linehan et al., 2006). |
| Evalúa las autolesiones no suicidas |
| - <i>Functional Assessment of Self-Mutilation</i> , -FASM- (Lloyd, Kelley, y Hope, 1997) |
| Conductas autolesivas |
| - <i>Cuestionario de Autolesiones</i> , -SHI- (Sansone, Wiederman y Sansone, 1998) |

No se ha encontrado publicada la validación

- Escalas de ideación suicida de Beck en formato de entrevista la Escala de ideación suicida, SSI (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979).

- Autoinforme Beck Suicidal Ideation Scale, BSIS (Beck, Steer, y Ranieri, 1988), sobre pensamientos y conducta suicida.

DSM-5 propone *Evaluación de la gravedad de las autolesiones no suicidas por el clínico* (APA, 2015).

Valora el nivel de gravedad de las conductas o problemas de autolesión de carácter no suicida. La medida pretende captar las variaciones importantes de la gravedad sintomática, lo que podría ayudar a planificar el tratamiento. El clínico la cumplimenta en el momento de la evaluación clínica basándose en la información de que dispone sobre el paciente

I.3. Procedimiento de evaluación según el modelo Dimensional

Hemos de tener presente que, para el diagnóstico de un trastorno de personalidad, desde este modelo necesitamos realizar dos valoraciones: a) el nivel de funcionamiento de la personalidad; b) los rasgos de personalidad.

I.3.1 Criterio A: Nivel de Funcionamiento de la Personalidad

La evidencia empírica señala que se requiere al menos un nivel moderado de dificultad en el funcionamiento en dos áreas, para el diagnóstico de trastorno. Este umbral maximiza la capacidad de los clínicos para identificar con precisión y eficiencia la patología TP.

Ahora bien, para evaluar el nivel de funcionamiento de la personalidad, es decir, las dificultades en el funcionamiento personal (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad), el DSM5 propone utilizar la *Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad -ENFP- o -LPFS- (Level of Personality Functioning Scale-LPFS)*. Donde "emplea cada uno de esos elementos para diferenciar cinco niveles de deterioro, que oscilan entre poco o ningún deterioro (es decir, un funcionamiento saludable y adaptativo, nivel 0), un deterioro leve (nivel 1), moderado (nivel 2), grave (nivel 3) y extremo (nivel 4)" (DSM-5, p. 762). Sin embargo, para poder utilizar esta escala, necesitaremos de toda la información obtenida a través de otros procedimientos de recogida de información.

También otros autores desarrollaron instrumentos que evalúan la Disfunción de la Personalidad. Los instrumentos que presentamos a continuación se encuentran en fase de validación y, por tanto, su fiabilidad y validez sigue bajo estudio. Ver tabla 4 (solo indicaremos algunas). Además, algunos de ellos son anteriores a la versión DSM-5, por lo que no se adaptan a lo que en la Sección III plantea como Funcionamiento de la Personalidad.

Tabla 4

| Entrevistas estructuradas y Semiestructuradas |
|---|
| <p>- <i>Psychopathological Functioning Levels – Rating Scale (PFL-RS)</i></p> <p>Busca identificar niveles de deterioro en pacientes psicopatológicos (no sólo TTPP). Evalúa cinco áreas disfuncionales: identidad, Comprensión, Emociones negativas, Regulación de la acción y Habilidades sociales, con 7 niveles de severidad para cada área.</p> |
| Autoinforme |
| <p>- <i>Severity Index of Personality Problems, -SIPP-118-</i>, y su versión abreviada, -SIPP-SF-</p> <p>Valora la presencia y la gravedad de un trastorno de la personalidad mediante la medida de algunos componentes nucleares del funcionamiento desadaptativo, como la capacidad de ejercer control sobre impulsos y emociones, de desarrollar un sentido de identidad o de mantener relaciones gratificantes y duraderas. Ha mostrado sensibilidad a los cambios adaptativos de personalidad después del tratamiento.</p> |
| <p>- <i>Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0 (LPFS–BF 2.0)</i></p> <p>Con traducción y validación en español, en particular para el TLP tenemos:</p> |
| <p>- <i>Impresión clínica global para pacientes con TLP, -ICG-TLP-</i>.</p> <p>Es una adaptación de la escala de Impresión Clínica Global (ICG) diseñada con el objetivo de evaluar, tanto la severidad, como el cambio postintervención, en pacientes diagnosticados de TLP. Permite al clínico tener una impresión general de la gravedad del cuadro.</p> |

| |
|--|
| <p>- <i>Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire, -DAPP-BQ-</i></p> <p>Mide el cambio en componentes específicos como el riesgo de suicidio o la inestabilidad. La traducción al español es: Cuestionario básico para la Evaluación Dimensional de la patología de la personalidad.</p> |
| <p>- <i>Listado de Síntomas Límite-23, -BSL-23-</i></p> <p>Evalúa la gravedad en criterios que forman parte de la propia definición del trastorno, más que el funcionamiento de la personalidad.</p> |
| <p>- <i>Autoinforme BEST</i></p> <p>Evalúa la presencia y gravedad de indicadores de mal funcionamiento, como suicidio, pérdidas de control, útiles para registrar tanto los rasgos y su gravedad, como el cambio a lo largo del tiempo o secundario al tratamiento.</p> |

I.3.2. Criterio B: Rasgos de Personalidad

En la evaluación de los rasgos ha habido dos líneas distintas en el planteamiento y cada una de ellas presentó instrumentos que se han convertido en tradicionales, nos estamos refiriendo a Eysenck y Cattell. En la siguiente tabla 5 presentamos los instrumentos más representativos.

Tabla 5

| |
|---|
| <p>1. Modelos factoriales léxicos</p> <p>Cattell - Costa y McCrae</p> |
| <p>- <i>16-PF</i> (Cattell, 1988). Su última edición el 16PF-5 (Rusell y Karol, 1995). Tiene 185 elementos y mide, 16 escalas primarias. Las 5 dimensiones superiores se denominan "dimensiones globales" (vectores secundarios definidos mediante análisis factorial), y están en la línea de los "cinco grandes".</p> |
| <p>- <i>ESPQ para niños</i> (Cattell, 1998)</p> |
| <p>- <i>HSPQ para adolescentes</i> (Cattell, 2001)</p> |

Siguiendo la línea factorial léxica – Modelo de los Cinco Factores

- *Modelo de los Cinco Factores (FFM): Inventario NEO-PI*, (Costa y McCrae, 1992a).

- *NEO-PI-R* (Versión revisada), (Costa & McCrae, 1992b): 240 ítems evalúan 30 facetas (ocho elementos por faceta), agrupadas en cinco factores: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y escrupulosidad.

- NEO-FFI y NEO-FFI-R de Costa y McCrae (1992b): son instrumentos breves o de screening. Hay versiones y validación en español.

- *Listas de adjetivos y escalas IPIP* (Goldberg, 1992; 1999)

- *Big Five Questionnaire*, -BFQ-, (Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1995)

- *Cuestionario "Big Five" de personalidad para niños y adolescentes*, -BFQ-NA-, (Caprara, Barbaranelli y Rabasca, 2006).

- *Maudsley Medical Questionnaire*, -MMQ-, (Eysenck, 1952)

- *Maudsley Personality Inventory*, -MPI-, (Eysenck, 1959)

- *Eysenck Personality Inventory*, -EPI-, (1965, 1987)

- *Eysenck Personality Questionnaire*, -EPQ- (1975)

Mide Neuroticismo (N), Extraversión (E), Psicoticismo (P) y una escala de sinceridad (L).

- *Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck*, -EPQ-R-, (1997). También está el *EPQ-J* para niños de 8 a 15 años, y el *EPQ-A* para adolescentes a partir de los 16 años (1986).

Siguiendo la línea de los modelos biológico-factoriales

Modelo de los "cinco alternativos" (Creado por Zuckerman)

- *Kuhlman Personality Questionnaire*, -ZKPQ-, (Zuckerman et al., 1993).

Modelo de 7 dimensiones: 4 de temperamento y 3 de carácter
(Cloninger)

Evalúa personalidad normal y patológica

- *Tridimensional Personality Questionnaire*, -TPQ-, (Cloninger, 1986)

Mide la variación hereditaria en tres patrones de respuesta a los estímulos ambientales: búsqueda de novedades, evitación de daños y dependencia de la recompensa.

- *Temperament and Character Inventory*, -TCI- (Cloninger, et. al., 1994). Su última versión es el *Inventario de Temperamento y Carácter Revisado*, -TCI-R-, (Cloninger, 1999).

Por otra parte, está el modelo en el que se ha basado el DSM-5, el *Personality Psychopathology Five*, -PSY-5-, (Anderson et al., 2013) que recoge 5 dimensiones: Agresividad, Psicoticismo, Neuroticismo/emocionalidad negativa, Antisociabilidad e Introversión. Estas mismas dimensiones quedaron incluidas entre de las 51 escalas bajo el subtítulo *Escalas de personalidad psicopatológica del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form*, -MMPI-2-RF-, (2007).

Para evaluar los *rasgos patológicos* el DSM5 facilita un instrumento específico el *Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5)* (Krueger et al., 2014), del cual existen varias formas disponibles: a) Formato de 220 elementos para adultos (25 facetas-rasgo y 5 dominios); b) Formato breve de 25 ítems centrado en los 5 dominios; c) Inventario de personalidad del DSM-5 - Formulario para informantes (PID-5-IRF), para adultos; y d) formato para niños de 11-17 años.

El PID5 permite realizar una descripción del *perfil de personalidad*, esto significa que analizará tanto los rasgos desadaptativos, como los adaptativos. De este modo, podremos valorar los rasgos de personalidad resiliente. Hacemos notar que los estudios de validación encuentran que el PID-5 español es en gran parte equivalente al original y puede usarse en poblaciones clínicas y comunitarias. De todos modos, debido a que se han planteado algunas dudas sobre sesgos posibles que influirían en los resultados en el PID- 5 (subnotificación, sobrenotificación, la inconsistencia de respuesta, respuestas al azar), de las puntuaciones medias de facetas y Dominios, se están investigando escalas para su corrección. Más allá de esto, y con la necesidad de realizar más investigaciones en relación a la utilidad clínica, el PID-5 posee propiedades psicométricas adecuadas, una estructura de

factor replicable, convergencia con instrumentos de personalidad existentes y asociaciones esperadas con conceptos clínicos ampliamente aceptados.

Finalmente digamos que, tanto los instrumentos dimensionales generales, como los orientados a trastornos específicos son útiles, más allá de una información diagnóstica, para guiar la toma de decisiones sobre el tratamiento. Además, se ha observado algo que resulta muy interesante, esto es que los cambios en los rasgos se correlacionan con cambios en el funcionamiento psicosocial. "En conjunto, nuestros hallazgos aportan evidencia que respalda la migración de la clasificación de los trastornos de la personalidad en la próxima revisión de la nosología diagnóstica a un sistema dimensional basado en rasgos como el presentado en el modelo de los trastornos de la personalidad de la Sección III del DSM-5" (Wright et al., 2015, p. 10). Por este motivo algunos autores llegan a plantear que en realidad estamos evaluando los mismos conceptos cuando evaluamos dimensiones de rasgos patológicos. "Los presentes hallazgos sugieren que los rasgos del TP y las amplias dimensiones de la disfunción se superponen significativamente cuando se miden simultáneamente a través de métodos de autoinforme" (Calabrese y Simms, 2014, p. 11).

Enfoques teóricos más próximos al psicoanálisis utilizan Técnicas Proyectivas: Test de Rorschach, Test de Apercepción Temática de Murray, Pata Negra de Corman (para niños). También se utilizan instrumentos de evaluación neuropsicológica, especialmente los que exploran funciones frontales como vigilancia, formación de conceptos, flexibilidad mental y planificación. Algunos de los más empleados son el Test de Stroop (Stroop, 1935) que evalúa la atención selectiva y particularmente el control inhibitorio, Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin, -WCST-, (Heaton, 1981) que evalúa la habilidad para la resolución conceptual de problemas, el uso del feedback, la capacidad para modificar estrategias incorrectas, la flexibilidad mental y la inhibición de respuestas prepotentes pero incorrectas, o *Continuous Performance Test*, -CPT- (Rosvold et al., 1956), que tiene como misión medir la atención o vigilancia.

I.4. Consentimiento Informado

La mayoría de los pacientes con trastornos mentales, poseen, como cualquier persona, la capacidad de comprender y valorar las opciones de tratamiento, expresar su acuerdo o desacuerdo. Deben estar presentes los dos ingredientes fundamentales para el consentimiento informado: La capacidad de decisión, lo que para las leyes es la competencia, y la expresión libre de su voluntad (voluntariedad).

¿Debe imponerse el tratamiento en bien del paciente, aunque él no lo acepte? Existe el derecho a recibir tratamiento y también el derecho a rehusar el tratamiento y la posibilidad del tratamiento involuntario.

a) *Derecho al tratamiento.* El derecho a recibir tratamiento consiste en la oportunidad de recibir una intervención terapéutica con el fin de mejorar o curar su enfermedad mental.

b) *Derecho a recibir un tratamiento efectivo.* El paciente debe recibir el tratamiento para el que existe evidencia científica en cuanto a su utilidad o bien buscar una segunda opinión en caso de que no exista mejoría de sus síntomas. De ahí la importancia de la práctica de la medicina basada en la evidencia.

¿Todos los tratamientos tienen el mismo grado de validez y por tanto de recomendabilidad?

c) *El derecho a negarse a recibir tratamiento.* Cuando la persona con un trastorno mental tiene la capacidad para tomar decisiones, prima facie debe respetarse esa decisión. Sin embargo si el paciente tiene riesgo de sufrir daño o poner en peligro su vida, o bien, dañar o poner en riesgo la integridad física o la vida de otras personas es necesario el establecer tratamiento en forma involuntaria.

d) *Tratamiento involuntario.* Las personas con trastornos mentales habitualmente conservan la capacidad para evaluar y tomar una decisión apropiada respecto a su tratamiento, buscando recuperar la salud; inclusive cuando puede mostrar disminuida su capacidad de decisión, accede de buen grado a hospitalizarse y llevar su tratamiento. En ocasiones el efecto de la enfermedad mental merma de tal manera su capacidad de decisión y su autonomía que no puede evaluar las consecuencias que tendrá no recibir tratamiento apropiado. Estos aspectos de tratamiento, involucran a los cuatro principios generales autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia- y es el consentimiento informado, el proceso fundamental y necesario para el diagnóstico y tratamiento de la persona con una enfermedad mental.

El respeto a la autonomía de la persona requiere que se le dé la oportunidad de escoger si se lleva o no a cabo el procedimiento diagnóstico o terapéutico, estando consciente de las consecuencias de su negativa y de los alcances, limitaciones y efectos colaterales del tratamiento. El proceso del consentimiento informado consta de cuatro elementos: Información, comprensión, voluntarismo y capacidad de comunicación (Casado, 2004; Roberts y Dyer, 2004).

1.4.1. Información

Proporcionar la información respecto al diagnóstico, las alternativas terapéuticas y el tratamiento más apropiado, constituye uno de los elementos centrales del proceso de consentimiento informado. El profesional debe dar al paciente información apropiada y balanceada acerca de su diagnóstico y de los riesgos y beneficios del tratamiento que pueden anticiparse, así como de la posible evolución. La información respecto al tratamiento no sólo debe consistir aquel que el profesional considere el más apropiado, sino las posibles alternativas o tratamientos adicionales, e inclusive las consecuencias de no llevar ninguno.

¿Se evalúa adecuadamente el uso de Guías de Práctica Clínica para Trastornos específicos?

En el caso del TLP, la información debería consistir en hacer del conocimiento del paciente las variables más importantes relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento. Acerca del diagnóstico de TLP, el profesional debe comunicarle al paciente lo siguiente:

- a) TLP es un trastorno multicausal debido a la interacción entre la predisposición genética y los eventos ambientales, no solamente un estado momentáneo,
- b) la duración de los episodios es de varios años,
- c) los pacientes con frecuencia van a presentar varios episodios a lo largo de la vida,
- d) la importancia del tratamiento para hacer tratar al paciente y mejorar su calidad de vida

En cuanto al tratamiento debe hacerse saber al paciente:

- a) Los procedimientos terapéuticos más apropiados,
- b) la utilidad del tratamiento con medicamentos,
- c) el tiempo en que se presentará una mejoría clínica visible,
- d) los efectos secundarios,
- d) el uso de la psicoterapia
- e) en el caso de complicaciones que pongan en riesgo la vida debe dársele al paciente la información respecto al padecimiento e informarle sobre la necesidad y utilidad de la hospitalización para llevar a cabo su tratamiento.

La información se hace necesaria conforme avanza el tratamiento, y claro, en caso de alguna situación imprevista que lo amerite.

¿Cuánta información es apropiado darle al paciente?

La información suficiente para que el paciente pueda sopesar las alternativas de tratamiento, incluyendo el no recibir ninguno, y ello le permita decidir apropiadamente respecto al cuidado de su salud.

1.4.2. Capacidad de decisión

La capacidad de decisión debe examinarse tomando en consideración al menos los siguientes factores:

- a) El tipo de decisión que se va a tomar,
- b) el funcionamiento constante, emergente o fluctuante del individuo,
- c) la naturaleza y severidad de los síntomas del trastorno mental, y
- d) sus experiencias previas, valores personales, defensas psicológicas y estilo de afrontamiento.

Aunque el paciente padezca un trastorno mental severo y los síntomas del trastorno mental sean graves no se puede concluir, sin hacer una evaluación, que el paciente no tiene capacidad de decisión. La capacidad de decisión debe considerarse como un continuum en donde se manifiestan distintas dimensiones: capacidad de comprensión, capacidad de razonar, capacidad de prever las consecuencias de su decisión y la capacidad de expresar su decisión. La capacidad de prever las consecuencias de su decisión.

Las alteraciones cognitivas características del TLP, toman primacía sobre la historia personal, los valores propios y la situación vital: los pacientes con TLP tienen una visión negativa de su propia persona (autoestima baja, sentimientos de inutilidad, culpa y desamparo) y expectativas negativas del mundo circundante (aislamiento) y del futuro (desesperanza, ideación suicida o incluso conductas autolesivas e intentos de suicidio). Por ello, la capacidad de decisión debe evaluarse para cada decisión en particular: decidir sobre un tratamiento, ser hospitalizado, participar en proyectos de investigación o al expresar su voluntad anticipada (Candia y Barba, 2011).

Aproximadamente un 60% de los pacientes internados en un hospital psiquiátrico carecen de capacidad para tomar decisiones respecto a su tratamiento,

aunque la proporción varía de acuerdo a su diagnóstico: Esquizofrenia 81%, trastorno bipolar en fase maníaca y en fase depresiva 97% y 25% respectivamente, depresión mayor 31% y trastorno de la personalidad 4% (Owen et al., 2008).

1.4.3. Voluntarismo

El voluntarismo representa en mucho a la autonomía, que aunque influida por una enfermedad y ante un tratamiento psiquiátrico no curativo, refleja el deseo genuino de la persona (Roberts y Dyer, 2004, pp. 57- 58).

1.4.4. TLP y suicidio

En el caso del paciente con TLP hay riesgo suicida y, por tanto, hay deberes que deben llevarse a cabo y cumplirse:

a) Prevenir el comportamiento suicida

Predecir si un paciente puede intentar suicidarse constituye un reto y por razones obvias no deben hospitalizarse todos los pacientes por un posible, no probable, intento suicida. Por ello el profesional debe considerar factores que pueden ser complejos para evaluar el riesgo de suicidio y establecer medidas de protección para el paciente (Roberts y Dyer, 2004).

b) Llevar a cabo una intervención terapéutica

El deber del profesional es llevar a cabo la labor para la que fue instruido, una intervención terapéutica cuando el paciente así lo amerite. Su guía ética es la beneficencia, pero también la ley: la *parens patriae*, la responsabilidad del estado de evitar que el individuo dañe su propia persona.

CONCLUSIÓN

Hemos intentado a lo largo del presente trabajo dar respuesta a algunos interrogantes acerca de cómo realizar un diagnóstico de TLP, si es suficiente utilizar el modelo categorial, o si es el modelo dimensional aporta novedad significativa que ha de ser considerada. Si debe imponerse el tratamiento en bien del paciente, aunque él no lo acepte. Si todos los tratamientos tienen el mismo grado de validez y por tanto de recomendabilidad. Si es que en la práctica clínica se evalúan adecuadamente el uso de Guías de Práctica Clínica para Trastornos específicos y, finalmente, en relación al paciente, cuánta es la información que

resulta apropiado darle. Tal como mostramos en el presente trabajo, el modelo dimensional puede aportar luz como para avanzar en esta dirección ya que rompiendo con una lógica binaria se abre a comprender que normalidad y patología no son cortes sincrónicos, sino que son como puntos en un continuo. De todos modos, las terapias más aplicadas hoy en día, ofrecen algunos datos significativos, aunque provisorios, pues en general se recomiendan más estudios para corroborar los resultados.