

Virtual self-help groups for patients with borderline personality disorder (BPD): theoretical review

Grupos virtuales de autoayuda para pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP):
revisión teórica

Verónica Islas-León^a

Abstract:

BPD is a pathology that affects more to female population, which, prevents the full development of the sufferer and their close relatives. It is a disorder that has as a peculiarity the emotional instability, with overflowing behavior patterns. This type of patients requires special and continuous attention for long periods of time. It has been stipulated an approximate of 6 months and up to 4 years as the case may be. Since 2020 many of these patients are confined to their homes, without the possibility of continuing their treatment. In the understanding that these patients lack functional structures, after a certain time of stress and uncertainty, these patients usually fall into crisis being vital the continuous emotional support. Given the COVID-19 crisis and the needs of these types of patients, it is intended to explore the feasibility of virtual support groups in particular for this disorder.

Keywords:

TLP, self-help groups, online interventions

Resumen:

El TLP es una patología que afecta mas a población femenina, que impide un desarrollo pleno de quien la padece y de sus familiares cercanos. Es un trastorno que tiene como peculiaridad la inestabilidad emocional, con patrones de conducta desbordantes. Este tipo de pacientes requieren de atención especial y continua durante largas temporadas. Se ha estipulado un aproximado de 6 meses y hasta 4 años según sea el caso. Desde el año 2020 muchos de estos pacientes están confinados a sus casas, sin la posibilidad de continuar un tratamiento. En el entendido que estos pacientes carecen de estructuras funcionales, después de cierto tiempo de estrés e incertidumbre, estos pacientes suelen caer en crisis siendo vital el respaldo emocional continuo. Dada la crisis por COVID 19 y las necesidades de este tipo de pacientes, la intención fue explorar la viabilidad de grupos de apoyo virtual en particular para este trastorno.

Palabras Clave:

TLP, grupos de auto ayuda, intervenciones en línea

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de personalidad TLP descrito como un trastorno de inestabilidad emocional, en la actualidad, las múltiples dificultades sociales a enfrentar y la escasa capacidad de estos pacientes para enfrentar las problemáticas (Rodríguez, 2016) obliga a los profesionales de salud a buscar tratamientos y estrategias que se adapten a las nuevas situaciones propias del TLP.

Desde la primera vez que fue descrito el TLP en el DSM-III y hasta la fecha, se destacan ciertas características en la

descripción del mismo, destacando frases como “difícil diagnóstico, difícil tratamiento, difícil seguimiento, tendencia al abandono, etc.” (García, 2007; García et al. 2010, Salgado, 2014; Caballo & Camacho, 2020) entre otros autores en diferentes años. Al tiempo que los planteamientos de tratamiento hacen particular énfasis en la transferencia y contratransferencia, entre los pacientes y los terapeutas. Proponiendo que los terapeutas deben tener una especialización para atender a estos pacientes.

De acuerdo con Agüero et al. (2014) los pacientes TLP carecen de habilidades de afrontamiento y dificultades con el manejo de

^a Corresponding author, *Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual (IPPCC)*, <https://orcid.org/0000-0001-7515-7780>,

Email: psicologaislas1112@gmail.com

estrés. Proponiendo que las terapias para este tipo de pacientes deben enfocarse en la adquisición de estas habilidades. Algunas propuestas terapéuticas mencionan a los grupos de apoyo a la par de su tratamiento terapéutico (con diferentes énfasis).

Desde 2020 ante la crisis por pandemia COVID 19, los pacientes vieron limitada la continuidad con sus tratamientos terapéuticos presenciales, así como las reuniones grupales, los terapeutas preocupados por el bienestar de los pacientes TLP ven el uso de redes electrónicas, como una opción a tratamientos de continuidad (Vergés, 2021).

Tomando en cuenta que las nuevas condiciones tecnológicas nos ofrecen plataformas virtuales de fácil acceso en cualquier momento del día, el objetivo del presente artículo es explorar la viabilidad de crear grupos virtuales de apoyo terapéutico entre personas que viven situaciones similares propias de condiciones psicológicas específicas como en el TLP.

MÉTODO

Para el presente trabajo se hizo un análisis exploratorio descriptivo del TLP y su tratamiento, centrandó nuestra atención en publicaciones electrónicas que exponen un punto de vista histórico, tratamientos ambulatorios en la atención del TLP, análisis actual de grupos de autoayuda, nuevas disposiciones del ejercicio de la psicología ante la pandemia COVID 19, dando prioridad a artículos publicados en los últimos 21 años. Se usaron diferentes plataformas como GOOGLE ACADEMIC, Redalyc, Scielo y otros medios electrónicos. También se hizo una revisión a guías de práctica clínica en TLP publicadas y puestas en línea que incluyeran tratamientos complementarios.

RESULTADOS

Si bien el TLP es constantemente estudiado y detallado en múltiples publicaciones, pasadas y recientes, también es una patología que requiere de muchas habilidades para su diagnóstico y tratamiento, siendo indispensable reconocer las comorbilidades con otras patologías. Dentro de los diferentes artículos encontrados, se hace especial énfasis en el riesgo de suicidio, abandono de tratamientos, auto medicación, consumo de sustancias y problemáticas en el tratamiento pues estos pacientes suelen generar con sus terapeutas transferencia y contra transferencia, sesgando la objetividad del tratamiento. También se encontraron publicaciones donde se explora los beneficios que tiene para estos pacientes lograr la identificación con otros iguales, lo gratificante que resulta escuchar y sentirse escuchados. Algunos tratamientos incluyen los procesos terapéuticos grupales como parte de un tratamiento integral.

El Trastorno Límite de la Personalidad

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) en El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM 5) lo

define como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes síntomas (American Psychiatric Association [APA], 2013):

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

El Código Internacional de Enfermedades (CIE 10), elaborado por la Organización Mundial de la Salud, Respecto al TLP lo identifica como Trastorno de inestabilidad emocional borderline.

Revisión Histórica Del TLP

Desde 1684 Bonet, describe un síndrome, uniendo la impulsividad y los estados de ánimo inestable, nombrándolo “folie maniaco-melancolique” (Millón & Davis, 1998). En 1810 Pinel fue el primero en hacer constar por escrito sintomatología compatible con lo que hoy conocemos como TLP (García et al. 2010). Siendo hasta 1921 que Kraepelin, señala los principales criterios diagnósticos: impulsividad, inestabilidad de la afectividad y las relaciones interpersonales, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos (Millón & Davis, 1998; Kretschmer, 1925, como se citan en Millón, 1989), considera que se trata de un temperamento cicloide-esquizoide y especifica la predominancia de agresión infantil, narcicismo primitivo y con graves alteraciones del super yo (Helmich et al., 2017). Posteriormente Adolf Stern (1938), por primera vez describe los criterios diagnósticos, describiéndolo como el grupo de la frontera. Al paso de los años le van comparando y distinguiendo de otras patologías como el trastorno esquizoide, al tiempo que lo van definiendo como un trastorno con características particulares y específicas. Para 1950 Schneider, lo describe como personalidad “labil”. Desde entonces se

fueron realizando cambios en el concepto, empleando el término "límite" describiendo las formas del carácter patológicos (Millón & Davis, 1998).

Es en el DSM-III que se incluye como patología independiente (Helmich et al. 2017), se incluye por primera vez el trastorno límite de personalidad, este término describe a una población muy importante que con anterioridad no se había descrito, sin embargo, algunos psiquiatras cuestionan el término "límite", al tiempo que describe la evolución del término y las múltiples controversias que se vieron en comparativa con otros trastornos. Resaltando algunas de sus características como la dependencia, el histrionismo, cambio del estado de ánimo pasando de un estado de euforia a un estado de desaliento y autodestrucción, destacando las actitudes de auto condena, así como sentimientos de vergüenza y vacío, sin pasar por alto la tendencia de pensamientos negativos (Millón & Davis, 1998).

Prevalencia del TLP

García et al. (2010), menciona que la prevalencia de este trastorno, oscila entre el 1-2% pacientes ambulatorios. Mientras que la población de pacientes hospitalizados varía entre el 11 y el 32% en un el hospital de psiquiatría de España.

Aragón et al. (2013) por su parte exponen una prevalencia entre el 1.4% y el 5.9% en Cataluña muy similar a lo que se expone en un artículo publicado por la universidad de Sevilla (Agüero et al. 2014) que menciona la prevalencia calcula aproximadamente en 2% de la población general que cumple con los criterios diagnósticos.

En Argentina (Salgado, 2014) se estima que este trastorno afecta entre un 2% a un 6% de la población en un hospital psiquiátrico de este país. Igualmente, Helmich (2017), también en Argentina estima la prevalencia de este trastorno entre un 2% y un 3% de la población en general. Al igual que Etchevers et al. (2018), retomando a Torgersen (2009), mencionan que la prevalencia en población general es de 2% al 3%.

En 2018 la secretaria de salud mexicana a través de un comunicado expone que el TLP tiene una prevalencia del 1.5% de la población según datos del hospital psiquiátrico Fray Bernardino.

Sin embargo, debemos reconocer que, en la práctica clínica privada en México, no se cuenta con estadísticas de atención, siendo así un estimado potencialmente más elevado no solo en México, considerando las características de personalidad (tendencia a abandono de tratamientos y cambio de terapeutas) y la necesidad de atención. Se puede estimar que la prevalencia es más elevada considerando este vacío de información.

Diagnóstico

Se han elaborado múltiples cuestionarios para el diagnóstico del TLP de manera específica, entre los que podemos encontrar COPE (Coping Orientations to Problems Experienced) que es un instrumento estandarizado para población española.

Por otra parte, García et al. (2010) exponen que el diagnóstico es categorial, esto es que debe cumplir con el número

determinado de ítems especificados por el DSM 5 o el CIE 10, tal cual lo mencionan varios autores aplicando la clínica. Al tiempo que menciona que otra forma de diagnosticar es el uso dimensional (modelo de cinco grandes factores, modelo de Livesly, modelo de Cloninger y modelo biopsicosocial) que, a diferencia del anterior, este permite categorizar el grado de sintomatología.

Como ya se expuso el diagnóstico del TLP, suele hacerse a través de cuestionarios específicos y entrevistas estructuradas y semi estructuradas siguiendo los criterios mencionados en DSM 5 y CIE-10. Sin embargo, las entrevistas semi estructuradas permiten al evaluador ampliar las posibilidades de respuesta al tiempo que el paciente tiende a exponer con mayor amplitud su situación desde su perspectiva, permitiendo al analizador un manejo más amplio de sus estados emocionales en virtud del discurso abierto, sin olvidar o pasar de largo la necesidad de cuestionarios específicos validados según la región en donde nos encontremos (Grupo de trabajo de la GPC, 2011).

Es necesario establecer un buen diagnóstico diferencial poniendo especial atención a la comorbilidad que puede tener el TLP con otros trastornos psicológicos y el momento o tipo de síntomas que presente nuestro paciente al momento de ser evaluado (Caballo & Camacho, 2000).

Teorías del origen del TLP

1.- Teoría neurobiológica: Guendelman et al. (2014), hacen un análisis minucioso de los diferentes estudios que intentaron buscar un factor biológico determinante que diera una explicación al TLP, encontrando que los estudios genéticos arrojaron que el 35% de los gemelos monocigóticos heredaron el trastorno. Mosquera et al. (2011) expone que los genes explican entre el 40 % y el 60% la variabilidad de los rasgos de personalidad.

A pesar de esto Guendelman et al. (2014), determina que los resultados no son concluyentes, sin embargo, expone que los pacientes TLP pudieron haber nacido con tendencias genéticas para crear sistemas cerebrales deficientes en regular impulsos y afectos. Y relaciona los resultados de algunos estudios que exponen la herencia genética como principal factor determinante en la producción de ciertas enzimas y la sensibilidad a las mismas, como son la noradrenalina, serotonina, dopamina, entre otras.

Tajima et al. (2009) exponen los resultados en estudios de imagenología funcional usando diferentes técnicas como RM, RMF, encontrando que exclusivamente los pacientes con diagnóstico de TLP presentan cambios morfológicos que explicarían la impulsividad y defectos cognitivos. También exponen la relación de variaciones morfológicas cerebrales con el abuso en la infancia; áreas directamente involucradas en la respuesta y regulación de los estados afectivos que a la par corresponden a estrés post traumático.

En cuanto a la activación de la corteza orbito frontal también se ve alterada en pacientes con diagnóstico de TLP, en comparación con pacientes de otras patologías.

Guendelman et al. (2014), concluyen que si bien todos los estudios anteriormente expuestos no son concluyentes o predisponentes al diagnóstico de TLP. Actualmente y a partir de todos estos estudios se reconoce que el trauma psicológico y social, produce cambios morfológicos y de funcionamiento cerebral, gracias a mecanismos epigenéticos y fenómenos de neuro plasticidad que dan como expresión conductas propias del TLP. Es decir que no lograron la etiopatogenia del TLP, al no comprobar que un factor hereditario sea propulsor determinante de padecerla, pero si, que ciertas áreas cerebrales se ven afectadas ante eventos traumáticos logrando modificaciones neuro mórficas y esto a su vez proveer el riesgo o vulnerabilidad relacionada con conductas propias del TLP.

2.- Teoría del apego como origen de TLP.

Son muchos los estudios que intentan explicar el origen del TLP a partir del apego, como lo expone Mosquera et al. (2009, 2011) donde argumentan que el desarrollo ambiental del individuo, es parte aguas para el desarrollo del TLP y otras patologías.

En el entendido de que los trastornos de personalidad se caracterizan por afecciones mentales que muestran un patrón prolongado de pensamientos, sentimientos y conductas. Y que estos comportamientos interfieren con el desarrollo de la vida de este individuo, pues impide que se desarrolle y desempeñe de manera favorable en sus relaciones interpersonales, laborales y familiares (Abarca, 2021).

El apego según Ainsworth y Bell (1970, como se cita por Etchevers et al. 2018), establece que existen tres tipos de apego, caracterizados por:

Apego Seguro, implica que el cuidador se muestre atento, sensible y disponible. De esta manera el menor adquiera esta seguridad en su presencia como en su ausencia, ya que supone que el menor ha adquirido las habilidades necesarias para contener las tensiones de la ausencia del cuidador y continuar con sus actividades teniendo la certeza que el cuidador regresara a proporcionar el cuidado y respaldo que con anterioridad ya se tenía establecida entre ambos.

Apego Inseguro-Evitativo, el menor se ve en la necesidad de desarrollar habilidades de supervivencia en presencia y ausencia de su cuidador principal, dado que no considera a su cuidador como alguien dispuesto a brindarle seguridad y estabilidad o respaldo. Se dice que este menor se podrá mantener en un espacio con actitudes de desarrollo independiente, al tiempo que no busca contacto físico con su cuidador principal, al tiempo que las respuestas que emitían tenían una tendencia defensiva, negando la necesidad de su cuidador y así evitar frustraciones.

Apego Inseguro – Ambivalente, en este tipo de apegos los menores se muestran preocupados, no exploran su ambiente, son muy ansiosos. Pero ante la presencia del cuidador principal se muestran irritables y ambivalentes. Esto como respuesta a la

actitud del cuidador que con anterioridad tubo respuestas de sensibilidad, pero en otros momentos y sin explicación en algunos momentos se pudieron mostrar poco interesados. Estas inconsistencias llevan al menor a un estado de inseguridad.

Retomando, el apego seguro el cuidador principal le proporciona para la vida adulta mecanismos de afrontamiento y estabilidad, ante eventos traumáticos, pues tendrán la tendencia a desarrollar patrones de confianza y fortaleza, de los que carecen los pacientes diagnosticados con TLP. Se propone la teoría del apego como una explicación ambiental que contribuye a los aprendizajes de respuesta propios de este trastorno. (Mosquera et al. 2011), (Salgado, 2014)

Helminch et al. (2017) mencionan la teoría del apego como una intención de explicar el TLP, retomando lo mencionado por John Bowlby (1989), exponiendo al apego como un regulador de la experiencia emocional, por lo tanto, el TLP puede ser resultado de una falla al establecer el apego.

La mayoría de las personas diagnosticadas con TLP tienen la sensación de no encajar en el ambiente social además de otras características como un alto nivel de auto engaño, incapacidad para escuchar, dependiendo el tipo de apego que tengan estos pacientes también puede ser un parteaguas para el pronóstico del mismo, puesto que enmarca también la percepción que tendrán de su terapeuta y el pronóstico de su desempeño en terapia (Caballo & Camacho, 2000).

3.- El trauma como origen del TLP.

Como ya se había mencionado, el Trauma en la infancia, se ha considerado el parteaguas para justificar el TLP. Johnson et al. (1999, como se cita en Mosquera et al. 2011.), exponen que las personas con abuso o negligencia, documentadas en la infancia, eran cuatro veces más común que fueran diagnosticadas con TLP. Así mismo Zanarini (2000) al hacer una revisión la literatura empírica encontró que los pacientes diagnosticados con TLP, reportaban entre un 40% a un 70 % abuso sexual infantil en comparación con otros trastornos; Aunado a esto Graybar y Boutilier (2002) encuentran que las personas que reportaban haber sufrido de violencia, abuso sexual, maltrato físico y verbal, así como negligencia en su infancia entre el 60 y el 80 % eran pacientes con diagnóstico TLP, otros autores como Golier et al. (2003) también reporta altas tasas de trauma temprano, esto es que el 52,8% de los pacientes con diagnóstico de TLP, tenían antecedentes de trauma infantil. Por lo anterior se puede concluir que el maltrato, abusos físicos y psicológicos, actitudes negligentes de los cuidadores etc. Es una constante en la historia de pacientes con diagnóstico TLP.

Entiéndase al niño como un ser en aprendizaje y adquisición de habilidades para enfrentar las dificultades, pensemos que los cuidadores principales son los primeros modelos a seguir para este conocimiento, si estos cuidadores no cuentan con las habilidades suficientes para transmitir conocimiento, el niño quedara con estos faltantes que a su vez intentara compensar, sacando sus propias conclusiones de respuesta. Ahora bien, un evento traumático, ya sea por abusos físicos o emocionales, situaciones sociales etc. Requerirá de adaptaciones del niño

para enfrentar dicha situación, si de inicio el menor no cuenta con habilidades, deberá responder con la intención de salvaguardar su integridad, generando respuestas de desconfianza, agresión, expresión magnificada de emociones etc. Modificando de forma física o química la estructura de su cerebro como forma adaptativa propia del aprendizaje (disfuncional- social), para continuar de forma prolongada con estas respuestas, puesto que le funcionaron para enfrentar una situación inicial. Esto explicaría que las tres teorías contribuyen una seguida de la otra para la aparición de TLP (Torres et al., 2017).

Tratamientos

El tema central del presente artículo son las intervenciones grupales en línea, como un estabilizador ante la contingencia y no como una cura, por tal motivo nos enfocaremos en tratamientos ambulatorios, ya que cabe mencionar que en casos extremos el tratamiento debe incluir el internamiento en clínica psiquiátrica.

A la par de los procesos terapéuticos debe estar acompañado de tratamiento farmacológico que ayuden al individuo a mantener un equilibrio emocional. Este tratamiento farmacológico por lo regular puede incluir ISRS, antipsicóticos, litio, naltrexona y ácidos grasos Omega -3, teniendo especial cuidado en las benzodiazepinas, pues algunos de los efectos secundarios puede alterar el estado ansioso del paciente TLP como lo indica Chavez -León et al. (2006) quien coincide con García et al. (2010).

Conscientes de las carencias afectivas que expresan los pacientes con TLP, el terapeuta debe cumplir con ciertas características de emitía, sin caer en fenómenos de contratransferencia, que comprometen el proceso terapéutico y por ende el estado emocional y dependiente del mismo paciente (García et al. 2010; Mosquera et al. 2011). El terapeuta, debe estar en constante preparación para distinguir estos fenómenos y contar con estrategias de apoyo con efectividad, siempre con el respaldo de psiquiatría para medicación de casos que así lo requieren (García, 2007).

Las terapias o tratamientos, que han mostrado mayor efecto en pacientes TLP se exponen a continuación:

Tratamiento basado en la mentalización (MBT); Proponen el entendimiento de uno mismo y de los demás. Concluyendo en que reduce los intentos de suicidio, así como los síntomas depresivos, las autolesiones e ideaciones suicidas, estas mejoras se mantuvieron hasta después de cinco años de seguimiento de los pacientes (Bateman & Fonagy, 2008, 2010, cómo se citan en Helminch et al. 2017).

Terapia Centrada en Esquemas (TCE); Es una terapia integradora que combina elementos de las escuelas cognitivo-conductual, teoría del apego, Gestalt, constructivismo y elementos dinámicos. Surge como una alternativa de tratamiento para aquellos pacientes con trastornos crónicos considerados difíciles de tratar, incluidos los pacientes con TP (Young, 2013 como se cita en Torres et al. 2017).

Terapia dialéctica conductual (TDC), se concentran en el supuesto que los pacientes TLP tienen escasas habilidades de afrontamiento. esta terapia tiene por objeto, el aprendizaje de habilidades, repartida en cuatro módulos (habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar) (Linehan, 1993 como se cita Agüero et al. 2014).

Terapia cognitivo conductual, explica a la personalidad como un conjunto de esquemas de pensamiento. La TCC trabaja con las respuestas físicas, emocionales, cognitivas conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Esta terapia centra su atención en el individuo y en tiempo presente con la intención de que combata los pensamientos disruptivos, procurando que sea el quien diseñe discursos más adaptados (Beck ,1995), (Barria, 2019). García (2007), expone que el modelo terapéutico TCC, está indicado para tratamientos iniciales del TLP, sobre todos para el control de las conductas impulsivas. Tiene por objetivo ayudar al paciente a mantener el estado de ánimo, que el paciente sea consciente de su respuesta conductual para mitigar los efectos de abandono, insuficiencia, desconfianza e incompetencia. Este modelo terapéutico se limita a un numero de sesiones específicas y es un modelo considerado de poca duración.

Terapia de grupo; Esta técnica terapéutica tiene mayor efectividad siempre que este acompañada con terapia individual. Ya que ofrece a los pacientes, alternativas de respuesta propio aprendizaje de la interacción social. Los grupos deben estar formados por pacientes que tengan similitud en la expresión de su sintomatología y funcionalidad. Dado que en las intervenciones grupales el paciente expondrá menor resistencia y mejorará la aceptación de estas nuevas propuestas de respuesta expuestas en el grupo, al tiempo que obtendrá el reconocimiento social del grupo. (García, 2007).

Atención en línea por medio de grupos de Autoayuda

La importancia de conocer más acerca de este tipo de pacientes y proponer otros tratamientos para mantenerles estables el mayor tiempo posible, nos lleva buscar alternativas modernas y al alcance de más personas. Aunado a esto las limitantes que enfrente el mundo desde 2020 con la pandemia por COVID 19, nos mostró que podemos hacer uso de herramientas tecnológicas que podemos explotar para este fin por ejemplo las plataformas virtuales más comerciales a nivel mundial.

Verges (2021) describe como la intervención psicológica por medio de FONO AYUDA, ha funcionado en contexto de pandemia, previo a un diseño específico para su atención a distancia. FONO AYUDA atendió a un total de 1,093 personas, con un total de 6,558 intervenciones telefónicas atendiendo diferentes problemáticas como depresión, ansiedad, trastornos relacionados con estrés e ideas suicidas entre otros. Dejando como reflexión, la necesidad que surge en esta crisis sanitaria de atención y contención psicológica. Por tal motivo, se ve una posibilidad de brindar este tipo de atenciones a una patología en particular como es el TLP.

Realizando una revisión rápida acerca del número de usuarios en diferentes medios electrónicos encontramos que el uso de tecnologías al alcance de muchas personas es el objetivo; En enero de 2021, dos mil millones de usuarios accedían al chat de WhatsApp mensualmente. La mensajería instantánea es un intercambio de textos en línea que en tiempo real con el uso de Internet. Desde la aparición de los teléfonos inteligentes y la posterior explosión de las aplicaciones móviles, las aplicaciones de mensajería social y chat gratuitas o de bajo costo han demostrado ser una alternativa económica a la mensajería de texto basada en operadores a través de SMS. Muchas aplicaciones de mensajería ofrecen funciones como chats grupales, intercambio de gráficos, video e incluso mensajes de audio (Fernández, 2021).

En este entendido, Rubio (2008) explica los inicios de los grupos de apoyo, como movimientos carentes de estructura, que al paso del tiempo va definiendo dinámicas y orden, contribuyendo a la especialización de estos grupos, sin embargo, menciona que la excesiva especialización limita la capacidad de abordar el tema o problemática en todas sus aristas.

Suriá & Beléndez (2009), resalta la popularidad que empieza a destacar en internet, búsquedas de apoyo relacionadas a la salud, como una forma de conocer sobre su padecimiento desde la perspectiva o vivencia de otros en su misma condición.

Para esto los grupos de autoayuda, tienen un efecto terapéutico, puesto que permite a los integrantes comunicar sus emociones en relación a sus problemáticas, recordando que a partir de la expresión podemos lograr la reinterpretación de los eventos estresantes o traumáticos funcionando, así como herramienta terapéutica (García, 2007; Suriá & Beléndez, 2009).

García (2017) al igual que Morón (2018), reconocen a la terapia de grupos, como una técnica eficaz para tratar diferentes problemáticas, que ha demostrado beneficios de importancia. Sebastián (2015, como se cita en Morón, 2018) menciona que se debe dirigir nuestros esfuerzos para formalizar este tipo de técnicas psicológicas destacando los benéficos que se obtienen como es el reconocimiento y necesidad de pertenencia de los individuos, que en casos de TLP ayudan a la reestructuración de las personas dentro de un ambiente social.

Gallego et al. (2018) al igual que lo hizo García (2017) exponen que los grupos de auto ayuda mutua, tienen como base el aprendizaje entre los participantes que comparten ciertas características de igualdad y necesidades; estos individuos producirán aprendizaje al lograr conectar con las necesidades como colectivo, pero delimitando ciertas características demográficas (edad, sexo o problemática), esto ayudara a que el grupo sea homogéneo en cuanto a su visión de la situación por la cual se encuentran reunidos.

De modo que los grupos de auto ayuda permiten a los participantes la expresión más libre y cómoda de sus ideas, permitiendo al mismo tiempo el anonimato de sus secretos o problemas. Al igual que las personas que participan en estos foros se ven obligadas a reorganizar sus ideas a expresar,

permitiéndoles así la reestructuración cognitiva, propia de un proceso terapéutico (Suriá & Beléndez, 2009).

También Gallego et al. (2008) enfatiza en que la interacción entre iguales debe tener un proceso formativo previo con la intención de homogeneidad y así de alguna forma garantice que la comunicación entre los miembros es equiparable y enriquecedora.

Rubio (2008), resalta que las asociaciones son un recurso polivalente, que proporciona a las personas pertenecientes una experiencia de acogida, de sintonía y compenetración. Y que una participación activa dentro de los mismos puede llegar a crear una nueva forma de vida para sus integrantes apoyando a un proceso de recuperación y una reintegración social más funcional. Destacando que, al crear estos grupos, se da visibilidad a una condición en particular y por ende se inicia una reeducación a los integrantes, pero también a las personas que se enteren de su existencia, partiendo de la idea que una forma de limitar la transigencia social es la información.

Se debe considerar que el grupo de auto ayuda siempre debe contar con un moderador y filtro de las respuestas emitidas por los participantes y se debe garantizar evitar respuestas agresivas u hostiles de los usuarios hacia otros participantes, en el entendido de que estos grupos solo son de apoyo y colaboración ante la imposibilidad de reuniones presenciales.

DISCUSIÓN

Resaltando la importancia de brindar atención psicológica a pacientes TLP y la necesidad de recibir contención y atención a largo plazo. Tomando en cuenta la situación actual del mundo afectado por COVID 19. La atención psicológica debiese adecuarse a las disposiciones de salud en movilidad y concurrencia (no reunirse varias personas en el mismo espacio). Se propone la creación de grupos de apoyo virtual; haciendo uso de la tecnología al alcance de la sociedad. Quienes por lo general cuenta con un equipo móvil y acceso a plataformas como WhatsApp, esto abre las posibilidades de que pacientes TLP que estén necesitados de apoyo psicológico, lo reciban. Sin requerir forzosamente trasladarse a un consultorio o espacios de grupos de apoyo.

Retomando el modelo terapéutico que se trabajó en Cuba (Castelnuovo et al. citado por PSICO GRUPOS WhatsApp, 2020), mismo que reconoce el uso de plataformas digitales psicológicas como una contribución para la sociedad. Concluyen que existen pro y contras de estas prácticas, al tiempo que resaltan los beneficios ante la crisis de salud, los resultados de esta práctica fueron favorables tanto para el paciente como para el psicólogo; los pacientes se mostraron más cómodos y abiertos al trabajo terapéutico.

Poniendo en claro que para esta propuesta, todos los participantes debe haber estado previamente en terapia individual, deben estar con tratamiento psiquiátrico y que el tratamiento en grupo solo sea como apoyo ambulatorio. El terapeuta del grupo debe mantener un formato muy similar al

que se maneja en estos grupos presenciales. Solamente agregando las variantes propias de la tecnología y el uso de una plataforma tecnológica, realizando las modificaciones que se consideren para seguir brindando apoyo psicológico de contención.

Quizá una de las limitaciones que se puede enfrentar es la forma particular en que los pacientes TLP perciben información, misma que puede estar sesgada y quedaría en manos del terapeuta mediar y regular el flujo de información. Se propone que el terapeuta a cargo tenga también sesiones de manera individual posteriores a las intervenciones grupales para valorar los posibles sesgos que se deriven de estas nuevas estrategias.

REFERENCIAS

- Abarca, M. (2021). *El trastorno límite de la personalidad: relación entre el apego infantil*. (Tesis de Bachiller en Psicología). Universidad Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/9736>
- Aragón, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., Piñol, J. (2013). Prevalencia registrada del trastorno límite de la personalidad en las bases de datos de atención primaria. *Elsevier España*. 27(2), 171-174.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a ed.). Panamericana.
- Barria, N. (2019). El abordaje clínico de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad: una exploración de las escuelas cognitivo-conductual, Gestalt, posracionalismo y psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 17(2), 354-386. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200007&lng=es&tlng=es.
- Caballo, E., & Camacho, S., (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, (5), 31-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300503>
- Chávez-León, E., Ng, B., & Ontiveros-Urbe, M. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud Mental*. 29(5). 16-24.
- Etchevers, M., Helmich, N. & Giusti, S. (2018). *Trastornos de la personalidad y apego: diagnóstico y evolución*. Facultad de Psicología. UBA https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/trastornos_personalidad_apego.pdf
- Morón, M. (2018). Efectividad de la terapia grupal en niños con ansiedad del 3er. Grado de primaria de la institución educativa n° 32223 Mariano Dámaso Beraún, Amarilis – 2017 (Tesis de licenciatura). Universidad de Huanacu-Peru.
- Mosquera, D. & González, A. (2011). Del apego temprano al TLP. *Mente y Cerebro*. (46), 18-27.
- Mosquera, D., Gonzalez, A., & Hart, O. (2011). Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *FUNDAP | ex – IAEPD*, 10-40. <https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/TLP-trauma-infancia-disociacion%20C3%B3n-estructura-personalidad.pdf>
- PSICO GRUPOS WhatsApp (2020). Orientación psicológica en grupos de whatsapp. *Integración Académica en Psicología*, 8 (23), 1-20.
- Rubio, F., (2008). Espacios sociales de participación: las asociaciones y los grupos de autoayuda. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 18 (2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101817>
- Suriá, R., & Beléndez, M. (2009). El efecto terapéutico de los grupos virtuales para pacientes con enfermedades crónicas. *Boletín de psicología*. 96, pp.35-46.
- Tajima, K., Díaz-Marsá, M., Montes, A., Fernández, R., Casado, A., & Carrasco, J. (2009). Estudios de neuroimagen en el trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 37(3) 123-127
- Torres, D., García, E., & Magistrati, E. (2017). XVIII congreso virtual internacional de psiquiatría. *Interpsiquis 2017*. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1368630611.pdf
- Gallego, C., Jiménez, A., & Corujo, C. (2018). Otra forma de desarrollar el apoyo inclusivo: los Grupos de Apoyo Mutuo. *Revista de Investigación en Educación*, 16(2), 106-120.
- García, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite de personalidad (TLP). *Clínica y salud*. (18), 347-361.
- García, M., Martín, M., & Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Asociación española Neuropsiq*. 30(106),263-278.
- Guendelman, S., Garay, L., & Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista Médica Chile*. (142), 204- 210.

Secretaría de Salud. (2018 Julio). 270. Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>

Verges, L. (2021). Abordaje de problemáticas de salud mental en le contexto de la pandemia del COVID 19. *Centro de investigación y ciencias de la familia .1-11*. <https://www.ucsd.edu.do/wp-content/uploads/2021/04/Articulo-cientifico-Tele-Psicologia-Luis-Verges-3.pdf>