



**Ciencia Latina**  
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,  
Volumen 8, Número 5.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i5](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5)

## **PREVALENCIA DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES QUE PRESENTAN INFECCIÓN POR VIH**

**PREVALENCE OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN  
PATIENTS WITH HIV INFECTION**

**Cesiah Areli Montaña-Salvador**

Hospital General Regional de Orizaba No.1 OOAD, México

**Enrique Gerardo Rendón-Saldívar**

Hospital General Regional de Orizaba No.1 OOAD, México

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i5.14733](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14733)

## Prevalencia de Trastorno Límite de la Personalidad en pacientes que presentan infección por VIH

Cesiah Areli Montaña-Salvador<sup>1</sup>

[scja1234@gmail.com](mailto:scja1234@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-0397-2238>

Hospital General Regional de Orizaba No.1

OOAD Veracruz Sur

Enrique Gerardo Rendón-Saldívar

[enriquerendon9@gmail.com](mailto:enriquerendon9@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-8437-2076>

Hospital General Regional de Orizaba No.1

OOAD Veracruz Sur

### RESUMEN

**Antecedentes:** El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una entidad que afecta del 1.6-5.9% de la población general. Llega a presentarse hasta en un 6.4% en las consultas médicas de primer nivel, 9.3% en pacientes de la consulta externa de unidades de salud mental y en hasta el 20% de los pacientes internados en unidades psiquiátricas. Cursa con patrones prolongados de emociones intensas e inestables que a menudo llevan a tener acciones impulsivas, conductas sexuales de riesgo y relaciones interpersonales inestables con posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual como VIH. De esto se desprende la importancia de especificar la prevalencia del TLP en el HGRO no. 1 en poblaciones vulnerables como son los pacientes con VIH. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del TLP en pacientes que presentan infección por VIH. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, prospectivo en 228 pacientes del servicio de Infectología, obtenidos del censo de pacientes con diagnóstico de VIH del HGRO no. 1. Se aplicó el cuestionario de trastornos del eje II, SCID II durante el período de enero a junio 2024 mediante entrevista estructurada. Se realizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes, y se obtuvo la prevalencia de TLP mediante fórmula para prevalencia comparándola con la prevalencia descrita en la literatura por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). **Resultados:** Participaron en el estudio 228 pacientes diagnosticados con VIH y previo consentimiento informado se les aplicó el instrumento SCID II encontrando a 82 pacientes con TLP lo cual representa una prevalencia del 35.9%, siendo esta mayor a lo reportado en la literatura por la APA para la prevalencia observada en la población general. **Conclusiones:** la población con VIH presenta una prevalencia de TLP mayor al de la población general la cual puede incluso superar a la de unidades de internamiento psiquiátrico por lo cual es importante brindar atención a esta población para detección y tratamiento de este trastorno grave de la personalidad.

**Palabras Clave:** trastorno límite de la personalidad, infecciones por VIH, prevalencia

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [scja1234@gmail.com](mailto:scja1234@gmail.com)

# Prevalence of Borderline Personality Disorder in Patients with HIV Infection

## ABSTRACT

**Background:** Borderline Personality Disorder (BPD) is an entity that affects 1.6-5.9% of the general population. It occurs in up to 6.4% in first-level medical consultations, 9.3% in patients in the outpatient clinic of mental health units and in up to 20% of patients admitted to psychiatric units. It presents with prolonged patterns of intense and unstable emotions that often lead to impulsive actions, risky sexual behaviors and unstable interpersonal relationships with the possibility of contracting sexually transmitted infections such as HIV. From this follows the importance of specifying the prevalence of BPD in HGRO no. 1 in vulnerable populations such as patients with HIV. **Objective:** Determine the prevalence of BPD in patients with HIV infection. **Material and methods:** Descriptive, cross-sectional, prospective study in 228 patients from the Infectious Diseases service, obtained from the census of patients with HIV diagnosis of HGRO no. 1. The axis II disorders questionnaire, SCID II, was applied during the period from January to June 2024 through a structured interview. Descriptive statistics were performed with frequencies and percentages, and the prevalence of BPD was obtained using a formula for prevalence, comparing it with the prevalence described in the literature by the American Psychiatric Association (APA). **Results:** 228 patients diagnosed with HIV participated in the study and, with prior informed consent, the SCID II instrument was applied, finding 82 patients with BPD, which represents a prevalence of 35.9%, which is higher than that reported in the literature by the APA for the prevalence observed in the general population. **Conclusions:** the population with HIV has a prevalence of BPD higher than that of the general population, which may even exceed that of psychiatric inpatient units, which is why it is important to provide care to this population for the detection and treatment of this serious personality disorder.

**Keywords:** borderline personality disorder, HIV infections, prevalence

*Artículo recibido 20 septiembre 2024*

*Aceptado para publicación: 24 octubre 2024*



## INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno grave de la personalidad que se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en la regulación del afecto, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen. (Kaess & Chanen, 2020). Fue definido inicialmente en el año de 1978 e incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM-III) en 1980, y posteriormente, diez años después en la Clasificación Internacional de Enfermedades como el trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. (Gunderson et al., 2018)

Los individuos que viven con el trastorno límite de la personalidad presentan cambios rápidos e intensos en el humor, además de presentar comportamientos autolesivos y destructivos tales como realizarse cortes o quemaduras sin intencionalidad suicida, así como actitudes y comportamientos suicidas recurrentes. (Ahluwalia Cameron et al., 2019)

Aunado a estas conductas los pacientes con TLP presentan impulsividad en otras áreas potencialmente perjudiciales que pueden derivar en impulsividad sexual y promiscuidad. (Sansone et al., 2011)

Además, dos tercios de los pacientes con TLP presentan síntomas disociativos, tales como despersonalización y desrealización, y otro porcentaje de pacientes presentan síntomas psicóticos los cuales pueden persistir en el tiempo. (Niemantsverdriet et al., 2022; Rodríguez-Delgado et al., 2019)

Se considera que el trastorno límite de la personalidad afecta alrededor de 1 de cada 5 pacientes de la consulta externa de psiquiatría.

Presenta una prevalencia del 1.6-5.9% entre la población general. Llega a presentarse hasta en un 6.4% en las consultas médicas de primer nivel de atención, 9.3% en pacientes de la consulta externa de unidades de salud mental y hasta en el 20% de los pacientes internados en unidades psiquiátricas. Se presenta más comúnmente en mujeres que en hombres con una relación 3:1. (Kulacaoglu & Kose, 2018)

El diagnóstico del Trastorno límite de la personalidad se basa en los criterios diagnósticos del DSM-V, para el cual se requieren al menos 5 de 9 criterios, los cuales son: 1) Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. 2) Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas. 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, entre otras). 5) Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio. 6)



Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo. 7) Sensación crónica de vacío. 8) Enfado inapropiado o intenso o dificultad para controlar la ira. 9) Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. En el caso del CIE-10 el Trastorno Límite de la Personalidad es llamado Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable y es caracterizado por un inestable sentido del yo, relaciones intensas e inestables con otras personas, y un patrón característico de inestabilidad emocional (Bozzatello et al., 2021).

Existen numerosos instrumentos disponibles para realizar la detección de trastornos de la personalidad, uno de los más relevantes y hasta la fecha considerado como el Gold standard, es la entrevista clínica estructurada para trastornos del eje II (SCID-II). Una de las causas a las que debe su relevancia es que está puramente basado en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para enfermedades mentales antes mencionados. En el caso particular de la escala del trastorno límite de la personalidad se trata de una entrevista clínica estructurada de 9 elementos en la que se realiza una pregunta o serie de preguntas en relación a cada uno de estos elementos, los cuales se puntúan en una escala de 1 a 3, siendo 1 para Ausente o Falso, 2 para Subumbral y 3 para Umbral o verdadero. Teniendo como resultado un alfa de Cronbach de .85 para muestras de pacientes con estas características. (Huprich et al., 2015; Lobbestael et al., 2011)

El trastorno límite de la personalidad tienen un amplio rango síntomas y características clínicas que pueden superponerse con otras categorías diagnósticas. El diagnóstico preciso es importante debido a que los distintos trastornos responden de manera distinta a los tratamientos empleados. El diagnóstico diferencial es particularmente importante en su distinción con los trastornos del espectro bipolar, requiriendo una evaluación cuidado de la inestabilidad emocional y la hipomanía. El TLP puede confundirse también con la depresión mayor, esquizofrenia, TDAH, y el trastorno por estrés postraumático.(Paris, 2018)

Por otra parte, múltiples estudios han demostrado la importancia que tiene el prestar atención a las conductas sexuales que presentan individuos quienes padecen un trastorno mental severo. Un trastorno mental severo se ha definido como un trastorno psicótico o de la personalidad que persiste durante un período prolongado de tiempo y causa una importante discapacidad psicosocial. Individuos con un trastorno mental severo, como el trastorno límite de la personalidad, parecieran estar expuestos a



comportamientos sexuales de riesgo como son sexo con múltiples parejas, sexo desprotegido vaginal o anal, contacto sexual a cambio drogas o dinero, los cuales los coloca en una posición de alto riesgo de contraer VIH, u otras infecciones de transmisión sexual. (Harned et al., 2011)

Es conocido que las enfermedades de transmisión sexual, entre las que se encuentra el VIH, afectan de manera desproporcionada a personas que padecen enfermedades mentales incapacitantes tales como (esquizofrenia, trastorno bipolar, entre otras). En una revisión realizada por Meade y Sikkema (2005) sugieren que las enfermedades de transmisión sexual se presentan de manera elevada en personas con enfermedades mentales severas en un rango entre el 16 al 54%. Sin embargo, la posibilidad de presentar conductas sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión en personas con trastornos graves de la personalidad ha sido poco estudiada, aun así, se estima que un 30 a 60 % de los pacientes un trastorno mental severo y enfermedades de transmisión sexual, presenta además un trastorno de la personalidad.(Chen et al., 2007)

En un estudio realizado por Harned et al. (2011) se buscó medir la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo en pacientes con TLP, se incluyeron 224 pacientes de la consulta externa hombres y mujeres con TLP que incluían 99 mujeres con intento suicida previo y 125 dependientes de opiáceos. Los dos estudios incluían participantes de entre 18 y 60 años que cumplían criterios para TLP. Criterios de exclusión incluían el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, otros trastornos psicóticos, discapacidad intelectual, epilepsia, los pacientes adictos a sustancias fueron descartados si cursaban un embarazo. Para la medición de enfermedades de transmisión sexual se utilizó una encuesta auto aplicada que incluía las enfermedades de transmisión sexual más comunes, VIH, gonorrea, sífilis, entre otras, se encontraron altos niveles de conductas sexuales de riesgo particularmente en pacientes quien presentaban comorbilidad con la dependencia a opioides. El número promedio de compañeros sexuales era dos veces mayor en pacientes con dependencia a opioides en relación a las pacientes suicidas (37 vs 18). La amplia mayoría de pacientes con TLP reportaron actividad sexual (oral, anal o vaginal) en el último año reportándose una mayor cantidad de cualquier tipo de relación sexual en los pacientes TLP con abuso de sustancias (86%) en comparación con las pacientes suicidas (74%). Además, aproximadamente 1 tercio de cada grupo de muestras reportó múltiples parejas sexuales en los últimos 6 meses .9% de los pacientes con abuso de



sustancias y 1% de los pacientes suicidas reportaron realizar transacciones comerciales sexuales en el último año. En ambas muestras la mitad de los pacientes sexualmente activos reportaron nunca utilizar condón durante sus relaciones sexuales en el último año. En ambos grupos se encontraron altos niveles de infecciones de transmisión sexual. La cantidad reportada de infecciones de transmisión sexual en cualquier momento de la vida fue alta en ambas muestras con un 39% en pacientes TLP con abuso de sustancias y del 27% en los pacientes suicidas.(Harned et al., 2011)

Estudios señalan que las intervenciones en los pacientes con TLP suelen realizarse de manera tardía, así como resaltan los beneficios que una intervención temprana puede tener en la sintomatología y conductas de pacientes con TLP, por lo cual cobran suma importancia estos datos para poder intervenir de manera oportuna.(Chanen & Thompson, 2018)

A pesar de ser una enfermedad crónica, el hecho de que una parte importante de los pacientes puedan presentar remisión de los síntomas y una recuperación notable hace que cobre relevancia el cuidar factores comórbidos como lo es el vivir con VIH, así como asegurar calidad de vida para estos pacientes, y reducir las cargas a los sistemas de salud pública.(Temes & Zanarini, 2018)

Con esas bases teóricas considerando que los pacientes que presentan Trastorno Límite de la Personalidad pueden presentar diversos comportamientos sexuales considerados de riesgo, y que el diagnóstico y tratamiento para esta entidad suele darse de manera tardía es importante realizar de manera inicial una medición de la prevalencia del TLP en esta población la cual es particularmente vulnerable, para decidir encaminar políticas públicas dirigidas a este grupo particular de manera bidireccional, en el cual pueda buscarse la prevención de presentar infección por VIH para quien resultan con diagnóstico de TLP, así como brindar atención psicoterapéutica para los pacientes quienes ya viven con VIH.

Las conductas sexuales de riesgo, las relaciones interpersonales intensas e inestables, así como conductas impulsivas hacen considerar la hipótesis en este estudio que la prevalencia de Trastorno Límite de la Personalidad en pacientes con infección por VIH será mayor a la que se encuentra en la población general.

Así mismo el presente estudio sirve como un parteaguas con la intención de generar investigaciones posteriores en las que se puedan buscar asociaciones entre dichas condiciones que pudieran estar

relacionadas a conductas particulares sobre las cuales los médicos de primer nivel de atención pudieran intervenir, así como otro personal del equipo médico multidisciplinario.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño del estudio**

Estudio observacional, transversal y prospectivo.

### **Lugar del estudio**

El presente protocolo de investigación se desarrolló en el servicio de infectología del Hospital General Regional no.1 de Orizaba del Instituto Mexicano del Seguro Social, que atiende pacientes pertenecientes a la delegación Veracruz Sur.

### **Período a desarrollarse**

El presente estudio se desarrolló durante los meses comprendidos de enero a junio del año 2024.

### **Universo de trabajo**

El cuestionario se aplicó a los pacientes del servicio de infectología con el diagnóstico de infección por VIH a partir de los 18 a 60 años obtenidos del censo de pacientes con diagnóstico de VIH del año 2023.

### **Población**

El Hospital General Regional no. 1 Orizaba atiende pacientes propios de la ciudad de Orizaba y pacientes referidos de la OOAD Veracruz Sur al servicio de infectología que cuenten con el diagnóstico de VIH.

### **Criterios de selección**

Criterios de Inclusión:

- Que cuenten con diagnóstico establecido de VIH como diagnóstico principal o como diagnóstico secundario con edad mínima de 18 años.
- Que acepten responder el instrumento de recolección de datos mediante la firma de consentimiento informado.

Criterio de Exclusión:

En caso de responder menos del 80% del instrumento de recolección de datos.

Criterios de Eliminación:

- Que no acepten participar en el estudio.



## **Descripción general del estudio**

### **Procedimiento**

Posterior a la aprobación y registro de los comités de ética e investigación en salud 3101, el presente estudio se llevó a cabo en la consulta externa del servicio de Infectología del Hospital General Regional no. 1 de Orizaba de la OOAD Veracruz-Sur. Previa selección de los pacientes con diagnóstico de VIH como diagnóstico primario del censo del año 2023. Mediante la orientación al paciente y firma de consentimiento informado, se aplicó el cuestionario para trastornos del eje II, SCID II, mediante la técnica de entrevista estructurada para ser utilizada de forma confidencial, la cual se aplicó el día que acudieron a su consulta programada al término de la misma. La escala SCID II para el Trastorno Límite de la Personalidad consta de una entrevista clínica estructurada de 9 criterios en la que se realiza una pregunta o serie de preguntas en relación a cada uno de estos, los cuales se puntúan en una escala de 1 a 3, siendo 1 para Ausente o Falso, 2 para Subumbral y 3 para Umbral o verdadero. Realizándose el diagnóstico de TLP, en quienes cuenten con 5 de 9 criterios.

### **Cálculo del Tamaño de la muestra**

De acuerdo al censo total de pacientes atendidos en el HGRO durante el año 2023 que cursan con VIH conformado por 559 pacientes se realizó el cálculo de la muestra para poblaciones finitas con margen de error al 5% y un nivel de confianza al 95%, resultando en un tamaño de muestra de 228 pacientes.

**Muestreo:** De acuerdo al censo de pacientes del año 2023 del servicio de Infectología y conforme acudían a su cita programada se entrevistaron durante los meses de enero a junio de 2024.

### **Análisis de datos y aspectos estadísticos**

Estadística descriptiva. Tablas de frecuencias para variables. Se utilizó el programa estadístico del paquete ofimático de Microsoft Excel y el programa GraphPad Prism 8 para la creación de gráficas de resultados.

### **Aspectos éticos**

El presente proyecto de investigación está sujeto a las normas éticas internacionales establecidas en las siguientes convenciones: código de Nüremberg, informe de Belmont y declaración de Helsinki que resumen respeto por las personas, beneficencia y justicia.



Asimismo, se ajusta a las reglas éticas y a las políticas de manejo de datos personales del Instituto Mexicano del Seguro Social representadas mediante el consentimiento informado para los pacientes que participaron en el estudio.

El presente protocolo se ajusta a los lineamientos de la Ley General de Salud de México promulgada en 1986 y al código de Helsinki de 1975, y modificado en 1989, respecto a la confidencialidad de los participantes en el estudio, por lo que se realizó con el permiso por escrito del comité de Bioética del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como del comité local de Investigación 3101 del Hospital General Regional de Orizaba No. 1.

Para el presente protocolo de investigación se cumple lo establecido en los artículos 2 y 96 de la Ley General de Salud para contribuir a la investigación que genere beneficios a la sociedad.

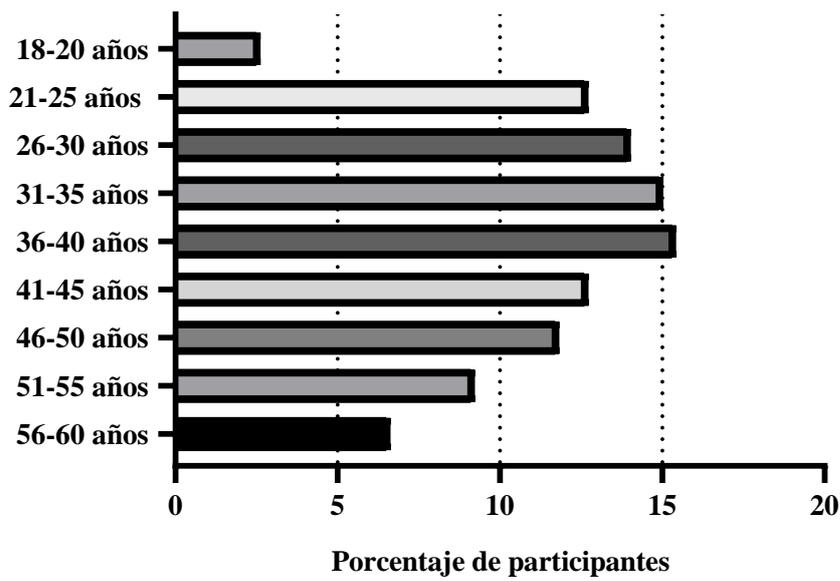
Se solicitó la firma del consentimiento informado a cada participante en el estudio. El presente trabajo de investigación no representó alguna intervención que causara daño o afectara la integridad del paciente. Durante el mismo se cuidó la privacidad de la información y se mantuvo estrictamente anónima.

El presente estudio cumple con el principio de beneficencia para el paciente al hacer de su conocimiento el diagnóstico de TLP, en caso de un resultado positivo al finalizar la entrevista, y al asegurar el bienestar del paciente mediante la confidencialidad de sus datos que serán resguardados por el investigador principal y resguardados durante 3 años para posteriormente ser eliminados.

## **RESULTADOS**

La muestra de este estudio se conformó por 228 participantes de 18 a 60 años que se entrevistaron en la consulta de Infectología, en donde se observó la siguiente cantidad de participantes por rango de edad: de 18 a 20 años 6 participantes (2.6%), de 21 a 25 años 29 participantes (12.7%), de 26 a 30 años 32 participantes (14%), de 31 a 35 años 34 participantes (15%), de 36 a 40 años 35 participantes (15.4%), de 41 a 45 años 29 participantes (12.7%), de 46 a 50 años 27 participantes (11.8%), de 51 a 55 años 21 participantes (9.2%) y en el rango de los 56 a 60 años 15 participantes (6.6%).

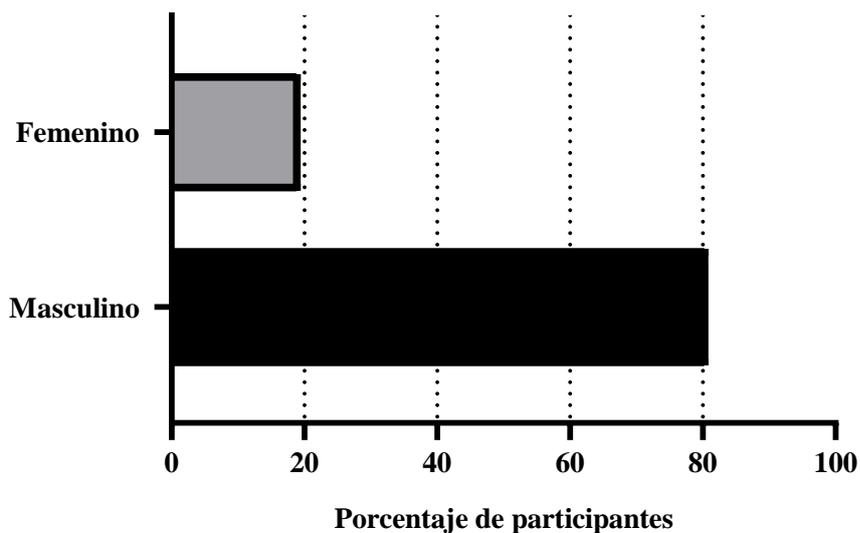
**Gráfico 1.** Edad de los participantes



El grupo de edad que se presentó con mayor frecuencia corresponde al de 36 a 40 años con 35 participantes (15.4%). n=228

La muestra se conformó por un total de 184 participantes del sexo masculino lo cual representa el 80.7 % de la muestra, por su parte 44 participantes fueron del sexo femenino lo cual representaba el 19.3% de la muestra.

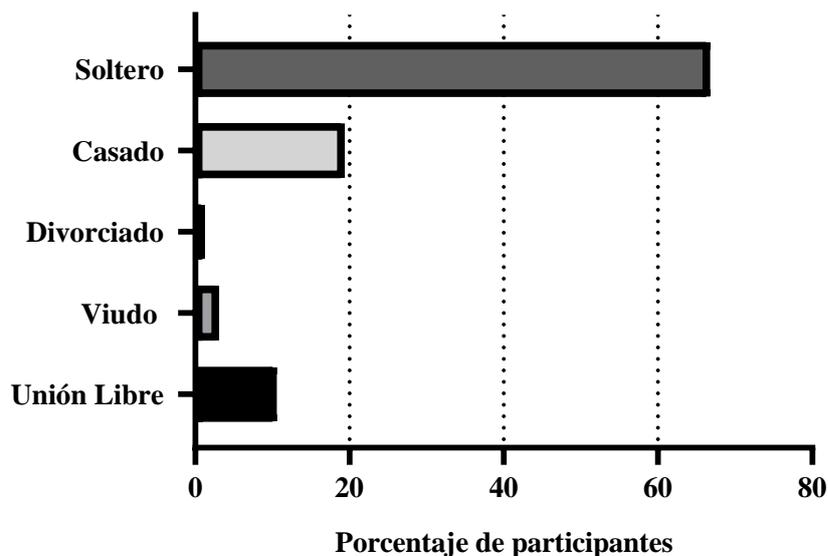
**Gráfico 2.** Sexo de los participantes.



El grupo de participantes fue conformado en su mayoría por hombres (184 participantes) que representan el 80.7 % de la muestra. n=228

El estado civil de los 228 participantes se distribuyó de la siguiente manera: solteros 152 participantes (66.7%), casados 44 participantes (19.3%), Unión Libre 24 participantes (10.5%), Viudos 7 participantes (3%), Divorciados 1 participante (.5%).

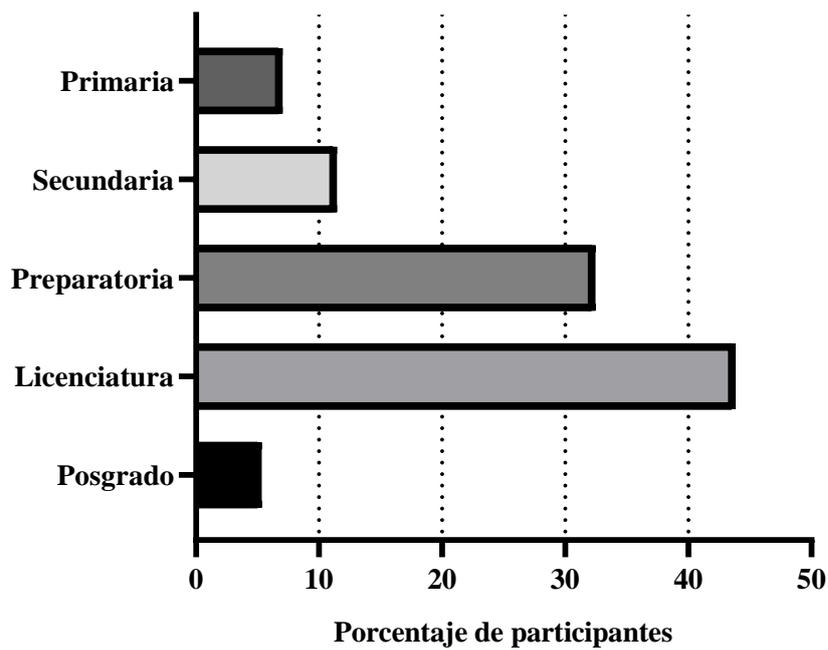
**Gráfico 3.** Estado civil de los participantes



El estado civil con el que contaba la mayoría de los participantes fue el Soltero, con 152 participantes (66.7%). n=228

La escolaridad de los participantes se distribuyó de la siguiente manera: licenciatura, grado cursado por 100 participantes representó el 43.8%, posteriormente en orden de frecuencia le siguen, la preparatoria con 74 participantes representó el 32.5%, secundaria con 26 participantes representó el 11.4%, primaria con 16 participantes representó el 7% y por último el posgrado con únicamente 12 participantes representando el 5.3%.

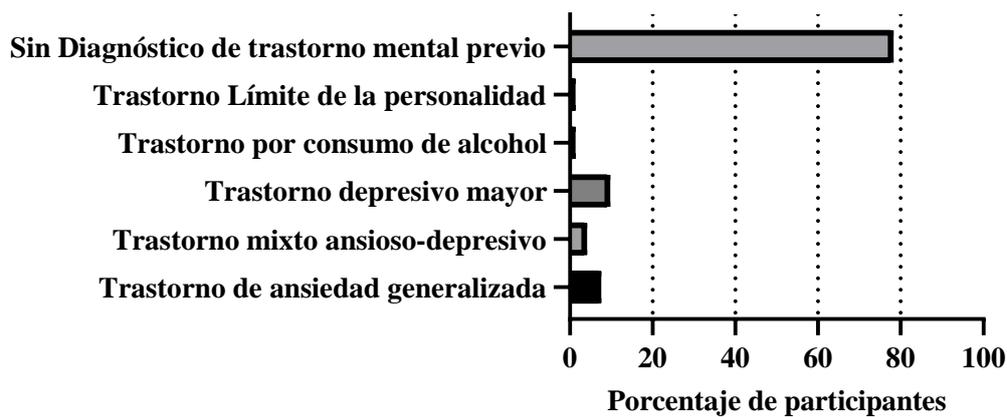
**Gráfico 4.** Escolaridad de los participantes.



El grado académico que se presentó más frecuentemente fue la Licenciatura en 100 participantes (43.8%). n=228

En cuanto a la presencia del diagnóstico de un trastorno mental previo se encontró que 178 de los participantes no contaban con el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico previo representando el 78.1%. 49 participantes ya contaban con el diagnóstico de otro trastorno psiquiátrico diferente al Trastorno Límite de la Personalidad (21.5%), entre los que se encontraban 17 participantes con trastorno de ansiedad generalizada (7.5%), 9 participantes con trastorno mixto ansioso-depresivo (4%), 22 participantes con Trastorno depresivo Mayor (9.6%) y 1 participante con Trastorno por consumo de alcohol (.4%). Solo 1 de los 228 participantes contaba con el diagnóstico previo de TLP (.4%).

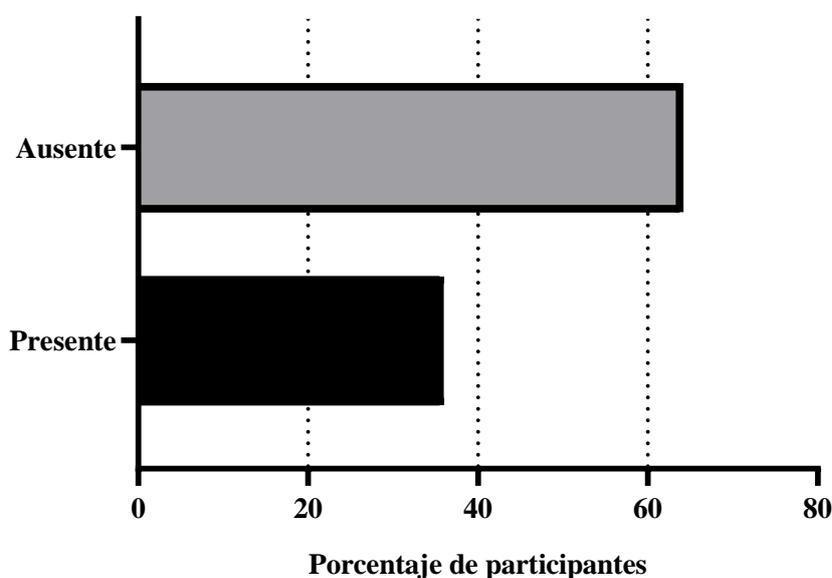
**Gráfico 5.** Diagnóstico de Trastorno mental previo



El diagnóstico previo que se presentó más frecuentemente fue el Trastorno depresivo mayor en 22 de los participantes (9.6%). 178 de los participantes (78.1%) no contaban con un diagnóstico de trastorno mental previo. n=228

Los resultados obtenidos de la aplicación de la entrevista estructurada SCID II para trastornos del eje 2, fueron los siguientes: de 228 participantes a los que se entrevistó 82 contaban con al menos 5 de 9 criterios presentes lo cual indicaba positivo para la presencia de Trastorno Límite de la personalidad representando esto el 35.9% de los participantes, en el resto de los participantes (146 participantes 64.1%) se encontraba ausente para TLP.

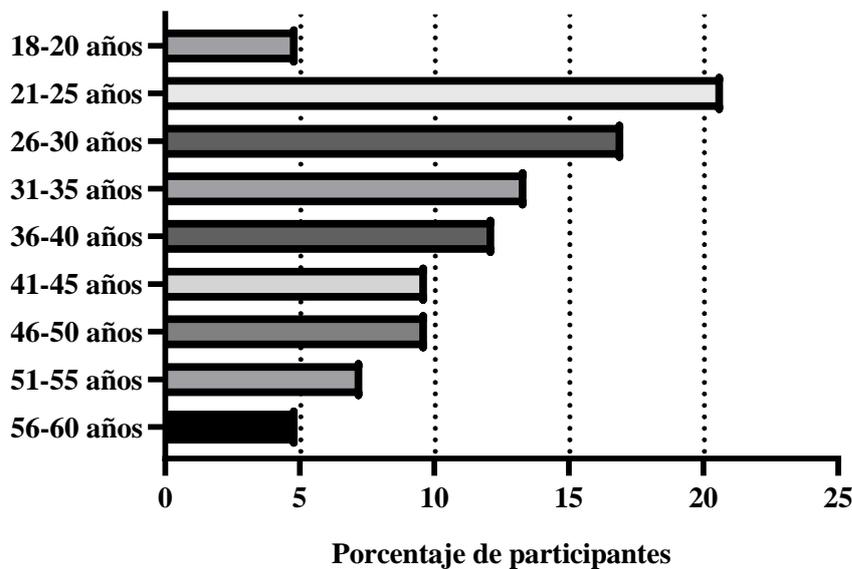
**Gráfico 6.** Presencia de Trastorno Límite de la personalidad



82 participantes resultaron positivos para presencia de Trastorno Límite de la personalidad lo que representa el 35.9% de la muestra. n=228

Las siguientes son las características sociodemográficas relacionadas a los participantes que resultaron positivos a la presencia de Trastorno Límite de la personalidad. Las edades de los participantes positivos para la presencia de TLP fueron: 4 participantes en el rango de edad de los 18 a 20 años (4.9%), 17 participantes en el rango de los 21 a 25 años (20.7%), 14 participantes de 26 a 30 años (17%), 11 de 31 a 35 años (13.4%), 10 participantes de 36 a 40 años (12.2%), 8 participantes de 41 a 45 años (9.8%), al igual que de 46 a 50 años (9.8%), 6 para las edades de 51 a 55 años (7.3%) y 4 participantes de 56 a 60 años (4.9%).

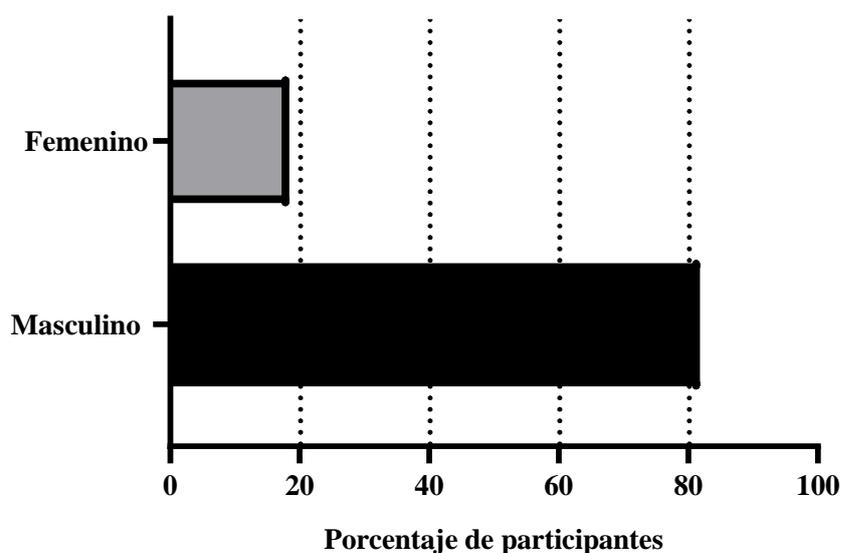
**Gráfico 7.** Edades de los participantes positivos a la presencia de TLP



El grupo de edad con mayor frecuencia de positivos a la presencia de TLP fue de 21 a 25 años con 17 participantes (20.7%). n=82

En relación al sexo de los participantes positivos para la presencia de Trastorno Límite de la personalidad se encontró que 67 participantes eran del sexo masculino representando 81.7%, por otro lado, 15 pertenecían al sexo femenino lo cual representaba el 18.3% de los participantes.

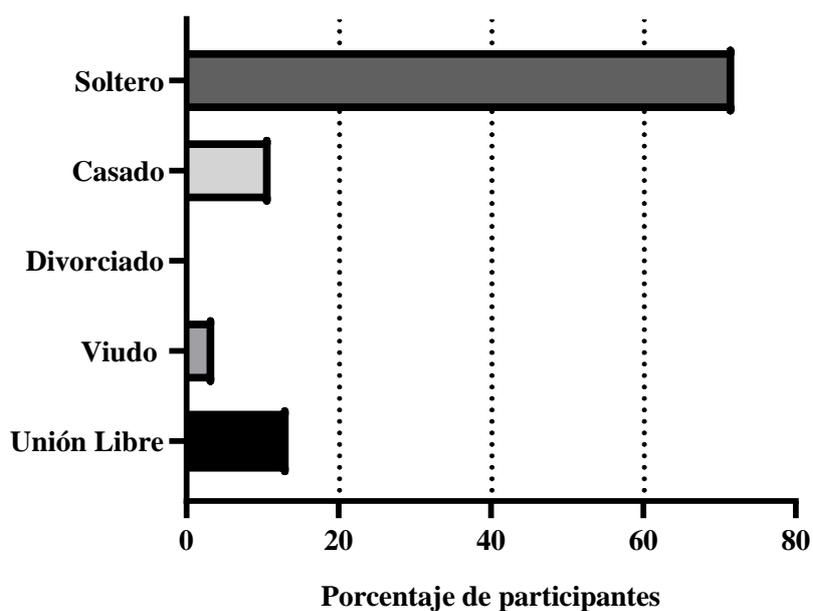
**Gráfico 8.** Sexo de los participantes positivos a la presencia de TLP.



El sexo más frecuente al cual pertenecían los participantes fue el masculino con 67 participantes (81.7%)  
n=82

En relación al estado civil de los participantes positivos a TLP por orden de frecuencia se presentó con 59 participantes solteros lo que representa el 71.9%, 11 participantes que vivían en unión libre lo que representa el 13.4%, 9 participantes casados (11%), y 3 pacientes viudos (3.7%), ninguno de los participantes era divorciado.

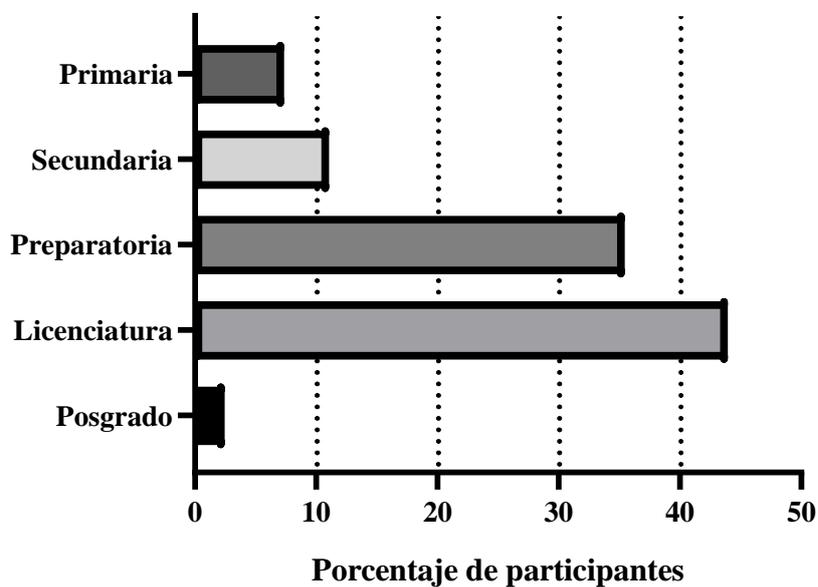
**Gráfico 9.** Estado civil de los participantes positivos a la presencia de TLP



El estado civil más frecuente entre los participantes positivos a la presencia de TLP fue el Soltero con 59 participantes (71.9%). n=82

La distribución de la escolaridad entre los participantes que fueron positivos a TLP se encuentra de la siguiente manera: 6 participantes que cursaron como último grado de estudios la primaria (7.3%), 9 participantes con secundaria terminada (11%), 29 participantes con preparatoria terminada (35.4%), 36 participantes con licenciatura terminada (43.9%) y 2 participantes que cursaron como último grado de estudios posgrado (2.4%).

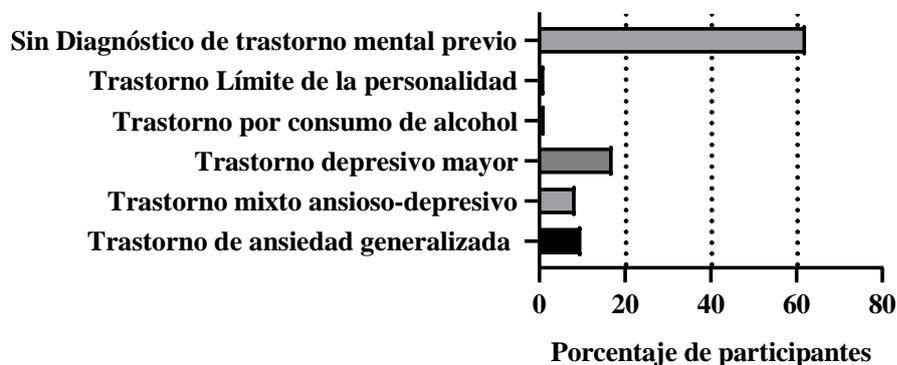
**Gráfico 10.** Escolaridad de los participantes positivos a la presencia de TLP.



El grado de estudios presentado de manera más frecuente fue la licenciatura con 36 participantes (43.9%). n=82

En relación a el diagnóstico de trastornos mentales previos entre los participantes que resultaron positivos a TLP encontramos 51 participantes (62.2%) que no contaban con ningún diagnóstico psiquiátrico previo, 30 de ellos (36.6%) contaban con un diagnóstico previo diferente a TLP, entre los que se encontraban 8 pacientes con diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada (9.8%), 7 pacientes con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo (8.5%), 14 pacientes con Trastorno depresivo mayor (17.1%) y 1 paciente con Trastorno por consumo de alcohol (1.2%). Uno de los participantes positivos a la presencia de TLP contaba con este diagnóstico de manera previa (1.2%).

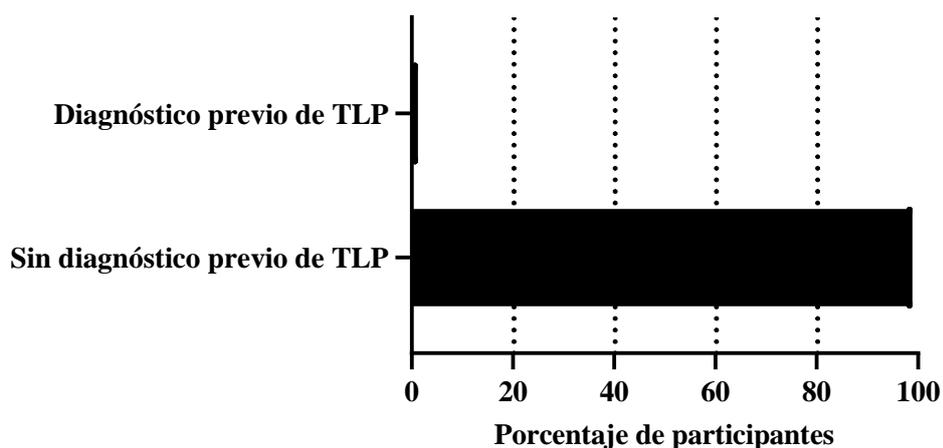
**Gráfico 11.** Diagnóstico de trastorno mental previo en pacientes positivos a la presencia de TLP.



Entre los trastornos psiquiátricos diagnosticados previamente en los pacientes positivos a la presencia de TLP, el presentado más frecuentemente fue el Trastorno depresivo mayor en 14 participantes (17.1%). n=82

En relación a la presencia del diagnóstico previo de Trastorno Límite de la personalidad, únicamente 1 participante de los 82 que resultaron positivos mediante la entrevista estructurada SCID-II para la presencia de TLP contaba con un diagnóstico previo, lo cual representa el 1.2%.

**Gráfico 12.** Diagnóstico de TLP previo.



81 de los participantes (98.8%) que resultaron positivos para la presencia de TLP no habían recibido diagnóstico o tratamiento para el mismo previamente. n=82

## **DISCUSIÓN**

El presente protocolo de investigación titulado “Prevalencia de Trastorno Límite de la Personalidad en pacientes que presentan infección por VIH” tuvo por finalidad determinar la prevalencia de este trastorno grave de la personalidad en un grupo particularmente vulnerable como lo son los pacientes que viven con VIH.

Como se ha mencionado previamente el trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno grave de la personalidad que se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en la regulación del afecto, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen. (Kaess & Chanen, 2020) Aunado a esto los pacientes con TLP presentan impulsividad en otras áreas potencialmente perjudiciales que pueden derivar en impulsividad sexual y promiscuidad. (Sansone et al., 2011) Por lo tanto podemos suponer que los pacientes que presentan TLP parecieran estar expuestos a comportamientos sexuales de riesgo como son sexo con múltiples parejas, sexo desprotegido vaginal o anal, contacto sexual a cambio drogas o dinero, los cuales los coloca en una posición de alto riesgo de contraer VIH, u otras infecciones de transmisión sexual. (Harned et al., 2011)

El TLP presenta una prevalencia del 1.6-5.9% entre la población general. Llega a presentarse hasta en un 6.4% en las consultas médicas de primer nivel de atención, 9.3% en pacientes de la consulta externa

de unidades de salud mental y hasta en el 20% de los pacientes internados en unidades psiquiátricas.(Kulacaoglu & Kose, 2018)

Para analizar la prevalencia de Trastorno Límite de la personalidad en pacientes que presentan la infección por VIH se aplicó la entrevista estructurada SCID II para trastornos del eje II en 228 pacientes del servicio de infectología que cuentan con el diagnóstico de VIH, obteniendo una prevalencia del 35.9%. Estos resultados concuerdan con el análisis de la revisión realizada por Meade y Sikkema (2005) donde sugieren que las enfermedades de transmisión sexual se presentan de manera elevada en personas con enfermedades mentales severas en un rango entre el 16 al 54%. Sin embargo, mencionan que la posibilidad de presentar conductas sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión sexual en personas con trastornos graves de la personalidad ha sido poco estudiada, aun así, se estima que un 30 a 60 % de los pacientes con un trastorno mental severo y enfermedades de transmisión sexual, presentan además un trastorno de la personalidad.(Chen et al., 2007)

Otro hallazgo importante fue que únicamente un paciente de los que se encontraron positivos a la presencia de Trastorno Límite de la Personalidad contaba con un diagnóstico previo de TLP de lo cual deriva la importancia de identificar este trastorno de la personalidad como subdiagnosticado en este grupo de pacientes de nuestra población. Además, al considerar que es un trastorno que tiende a la cronicidad, que genera una importante disfunción para la vida del paciente y tomando en cuenta las conductas sexuales de riesgo a las que son propensos es importante poder buscar acciones preventivas y de manejo para evitar posteriores contagios derivados de las conductas riesgosas que los pacientes identificados pudieran presentar.

Dichos datos relacionados con el diagnóstico tardío guardan relación con la revisión realizada por Chanen en 2018, que señala que las intervenciones en los pacientes con TLP suelen realizarse de manera tardía, así como resalta los beneficios que una intervención temprana puede tener en la reducción de la sintomatología afectiva y conductual de pacientes con TLP, lo cual se refleja en la funcionalidad de estos pacientes, por lo cual cobra suma importancia estos datos para poder intervenir de manera oportuna.(Chanen & Thompson, 2018)



## CONCLUSIÓN

Del presente estudio de investigación se confirma la hipótesis alterna en cuanto a que la Prevalencia de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) para pacientes que presentan infección por VIH es mayor a lo reportado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para la población general al resultar en el presente estudio en 35.9%, basado en la entrevista estructurada SCID II realizada a 228 pacientes del departamento de infectología con un resultado de 82 pacientes positivos para la presencia de TLP.

Al considerar que el TLP presenta una prevalencia del 1.6-5.9% entre la población general, llega a presentarse hasta en un 6.4% en las consultas médicas de primer nivel de atención, 9.3% en pacientes de la consulta externa de unidades de salud mental y hasta en el 20% de los pacientes internados en unidades psiquiátricas, la cifra de prevalencia de este estudio nos hace identificar a la población que vive con VIH como una población donde es particularmente importante intervenir mediante medidas de prevención, identificación, diagnóstico y tratamiento, pues consideramos a esta población con un riesgo inherente de presentar síntomas afectivos, así como conductas riesgosas para la integridad de este grupo de pacientes dada la probabilidad de presentar conductas sexuales de riesgo, conductas temerarias, conductas autolesivas e incluso suicidas.

Es importante resaltar que el subdiagnóstico en este grupo poblacional también se encuentra presente, pues del total de los pacientes entrevistados con VIH y que resultaron positivos en la entrevista solamente uno de ellos contaba con un diagnóstico previo de TLP.

Al destacar las conductas y los riesgos a los que este grupo de pacientes son propensos, es importante señalar la necesidad de realizar políticas públicas para identificar a estos pacientes y poderles brindar derivación a una unidad de salud mental, así como intervenir de manera adecuada para prevenir posteriores infecciones que del contacto con este grupo de pacientes pudiera surgir.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahluwalia Cameron, A., Calderwood, K., & McMurphy, S. (2019). A systematic literature review of the etiology of borderline personality disorder from an ecological systems PERSPECTIVE. In *Social Work in Mental Health* (Vol. 17, pp. 364–380). Routledge.

<https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1555104>



- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2021). Borderline personality disorder: Risk factors and early detection. *Diagnostics*, 11(11), 1–36.  
<https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
- Chanen, A. M., & Thompson, K. N. (2018). Early intervention for personality disorder. In *Current Opinion in Psychology* (Vol. 21, pp. 132–135). Elsevier B.V.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.012>
- Chen, E. Y., Brown, M. Z., Lo, T. T. Y., & Linehan, M. M. (2007). Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 125–129.  
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000254745.35582.f6>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1–20.  
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Harned, M. S., Pantalone, D. W., Ward-Ciesielski, E. F., Lynch, T. R., & Linehan, M. M. (2011). The prevalence and correlates of sexual risk behaviors and sexually transmitted infections in outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(11), 832–838. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318234c02c>
- Huprich, S. K., Pagueot, A. v., & Samuel, D. B. (2015). Comparing the personality disorder interview for DSM-IV (PDI-IV) and SCID-II borderline personality disorder scales: An item-response theory analysis. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 13–21.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2014.946606>
- Kaess, M., & Chanen, A. M. (2020). Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia a. RET, *Revista de Toxicomanías*, 84, 15–26.
- Kulacaoglu, F., & Kose, S. (2018). Borderline personality disorder (BPD): In the midst of vulnerability, chaos, and awe. In *Brain Sciences* (Vol. 8, pp. 1–11). MDPI AG.  
<https://doi.org/10.3390/brainsci8110201>

- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(1), 75–79. <https://doi.org/10.1002/cpp.693>
- Niemantsverdriet, M. B. A., van Veen, R. J. B., Slotema, C. W., Franken, I. H. A., Verbraak, M. J. P. M., Deen, M., & van der Gaag, M. (2022). Characteristics and stability of hallucinations and delusions in patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 113, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152290>
- Paris, J. (2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. In *Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 41, Issue 4, pp. 575–582). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.001>
- Rodríguez-Delgado, A., Fresán, A., Miranda, E., Garza-Villarreal, E., Alcalá-Lozano, R., Duque-Alarcón, X., Balducci, T., & Arango de Montis, I. (2019). Comorbid personality disorders and their impact on severe dissociative experiences in Mexican patients with borderline personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73, 509–514. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1658127>
- Sansone, R. A., Lam, C., & Wiederman, M. W. (2011). The Relationship Between Borderline personality disorder and number of sexual partners. *Journal of Personality Disorders*, 25, 782–788.
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). The Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder. In *Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 41, Issue 4, pp. 685–694). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.002>
- Thompson, K. N., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2019). Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early Intervention in Psychiatry*, 13, 502–508. <https://doi.org/10.1111/eip.12510>