



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN CIENCIA FORENSE**

**REVISIÓN SISTEMÁTICA:**

**FACTORES DE RIESGO PARA ACTOS SUICIDAS EN PERSONAS  
PRIVADAS DE LA LIBERTAD CON TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD**

Facultad de Medicina



**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN CIENCIA FORENSE**

**P R E S E N T A:**

**EDUARDO VELÁZQUEZ GONZÁLEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. J. NICOLÁS IVAN MARTÍNEZ LÓPEZ**

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx.      septiembre 2020**



**CIENCIA  
FORENSE  
U N A M**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Medicina**

**Licenciatura en Ciencia Forense**

**Revisión sistemática:**

**Factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad  
con trastorno límite de la personalidad**

**TESIS**

**Que para obtener el título de:**

**Licenciado en Ciencia Forense**

**PRESENTA**

**Eduardo Velázquez González**

**Director de tesis**

**Dr. J. Nicolás Ivan Martínez López**

**Ciudad Universitaria, septiembre del 2020**

## **Agradecimientos a colaboradores**

Al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, por proporcionar las herramientas tecnológicas para la realización de este trabajo.

A los sinodales, la Dra. Zoraida García Castillo, Dra. Anahy Rodríguez González, Mtro. Iván Arango de Montis y Lic. Nadja Monroy Vite, gracias por sus invaluable aportes a esta investigación, sin ustedes, el éxito y calidad de ésta no habría sido posible.

## **Agradecimientos a título personal**

La realización y éxito de este trabajo no habría sido posible sin el apoyo y guía de muchas personas que siempre creyeron en mí.

A mis padres, quienes sé que al inicio de iniciar mis estudios en esta extraordinaria licenciatura tuvieron sus dudas respecto a si era la mejor opción, y pese a ello nunca dejaron de apoyarme en cada decisión que tomé, esto es para y por ustedes, gracias por todo. A mi hermana, quien siempre ha sido una guía, es y será un ejemplo a seguir, simplemente gracias.

Al doctor Nicolás Martínez, por toda su guía, confianza, enseñanzas, apoyo y aliento para alcanzar nuevos objetivos, muchas gracias.

A la gloriosa Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Medicina y a la prodigiosa Licenciatura en Ciencia Forense, estudiar en sus instalaciones fue un sueño realizado para mí, infinitas gracias.

Al equipo de Salud Mental Forense, en quienes además de apoyo, he encontrado amistades invaluable, son increíbles, mil gracias.

Finalmente, a todo aquel que se interese por este noble trabajo, espero que a través del mismo, encuentre una visión distinta de ver al suicidio, a las personas privadas de la libertad y a aquellos con trastornos mentales, gracias.

## Resumen

**Introducción:** El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por presentar conductas de riesgo, una marcada impulsividad e intentos de suicidio. Además, presenta alta mortalidad por suicidio, de igual manera, las personas privadas de la libertad en centros penitenciarios presentan mayores tasas de suicidio que en la población general. Existen factores de riesgo para actos suicidas que son similares entre estos dos grupos. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad con trastorno límite de la personalidad mediante una revisión sistemática, para así poder proponer formas de abordar el problema con una perspectiva desde la Ciencia Forense y la Salud Mental Forense. **Método:** Se realizó una revisión sistemática en bibliotecas digitales especializadas en salud mental, trastornos de la personalidad y suicidio, del periodo comprendido del 1 de enero de 2009 al 31 de agosto de 2019, los principales términos de búsqueda fueron: borderline personality disorder, suicide, prison. **Resultados:** Se obtuvieron inicialmente 48765 artículos, de los cuales, únicamente 9 fueron útiles para el estudio, derivado del análisis de dichos estudios no se identificaron los factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad con trastorno límite de la personalidad, por lo que, podemos decir que este es el mayor hallazgo del estudio ya que revela la falta de investigaciones que compartan los objetivos del estudio planteado. **Conclusiones:** Se necesita realizar investigaciones que compartan la perspectiva del presente estudio, asimismo, se requieren investigaciones con una perspectiva científica forense, para poder proponer formas de abordar el problema con dicha visión.

<b>Índice</b>	
<b>Introducción</b>	5
<b>Marco teórico</b>	6
<b>Trastorno Límite de la Personalidad</b>	6
<b>Epidemiología del TLP</b>	7
<b>Características clínicas</b>	10
<b>TLP y actos suicidas</b>	12
<b>Factores de riesgo para suicidio</b>	15
<b>Método</b>	21
<b>Planteamiento del problema</b>	21
<b>Pregunta de investigación</b>	22
<b>Justificación</b>	22
<b>Objetivos</b>	23
<b>Tipo de estudio</b>	24
<b>Procedimiento</b>	25
<b>Población de estudio</b>	26
<b>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</b>	26
<b>Resultados</b>	27
<b>Discusión</b>	38
<b>Conclusiones</b>	45
<b>Referencias</b>	47
<b>Anexo 1. Declaración PRISMA</b>	51

## Introducción

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno que se caracteriza por presentar una marcada impulsividad, conductas autolesivas, intentos de suicidio y una alta mortalidad por suicidio (APA, 2013).

Los trastornos de la personalidad, sobre todo aquellos que pertenecen al clúster o grupo B del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), son comúnmente diagnosticados en personas privadas de libertad en centros penitenciarios, de estos trastornos, el TLP se diagnostica hasta en el 54.5% de esta población (Black, et al, 2007).

Esta investigación consistente en una revisión sistemática tuvo como propósito identificar cuáles son los factores de riesgo para que se cometan actos suicidas en personas privadas de la libertad en centros penitenciarios con trastorno límite de la personalidad.

Esto con el objetivo de visibilizar el problema en el ámbito forense, a su vez, contribuir al campo de la Ciencia Forense con una visión que integre la investigación en Salud Mental Forense (Martínez & Monroy, 2018), y en este ejercicio interdisciplinario, proponer posibles formas de abordar el problema desde un enfoque multidimensional.

La revisión se realizó en diversas bibliotecas digitales relacionadas con la investigación en ciencias médicas, suicidio, salud mental, y otros temas, así como en revistas indexadas del ámbito de la salud mental, identificando en un inicio un total de 48765 artículos, de los cuales, 9 artículos fueron útiles para la investigación. En estos, se logró identificar la prevalencia del TLP en personas privadas de la libertad en distintos centros penitenciarios a nivel internacional. Asimismo, en 2 artículos se refieren factores de riesgo para conductas autolesivas estando privado de la libertad, dentro de los que el diagnóstico de TLP se contempla como un factor más de riesgo.

## Marco teórico

### Trastorno Límite de la Personalidad

El Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Teniendo en cuenta que la definición de trastorno límite de la personalidad y sus criterios diagnósticos no ha tenido cambios significativos desde la cuarta edición del DSM (American Psychiatric Association [APA], 1994), para esta investigación se tomó la definición del DSM-5 (APA, 2013), versión más reciente del manual.

Antes de comenzar con nuestro tema, es importante referir que un trastorno de la personalidad se define como *“un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y conlleva angustia o deterioro a quien lo padece”* (APA, 2013, p. 645).

Los trastornos de la personalidad se clasifican en tres grupos o clúster (APA, 2013), siendo: clúster A, que incluye a los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad; clúster B, que incluye a los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad; y clúster C, que incluye a los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se describe como un *“patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen, de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos”* (APA, 2013, p. 663).

El TLP se manifiesta por cinco o más de las siguientes características (APA, 2013, p.663):

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de la 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, drogas, sexo, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej. Episodios ansiosos 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, 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.

## **Epidemiología del TLP**

Se ha visto que las variaciones en cuanto a porcentaje del TLP que se refieren, son en función de la población que se estudie, es decir que el porcentaje de TLP que se observe en una muestra puede variar en cuanto a si se abordan pacientes psiquiátricos hospitalizados, pacientes psiquiátricos ambulatorios, la población general o personas privadas de la libertad. Por ejemplo, en población general, Samuels y colaboradores (2002), reportaron en su estudio que incluyó a 742 hombres o mujeres adultos de una muestra previa de la población general de la ciudad de Baltimore, que el 0.5% de los participantes tuvo diagnóstico de TLP. Por su parte, la investigación de ten Have y colaboradores (2016), indica que, en una muestra de 5303 hombres o mujeres adultos de la población general de Países Bajos, el 1.1% tuvieron diagnóstico de TLP, de los cuales, el 72.6% fueron mujeres, y el 31.1% se encontraba en edades de 21 a 37 años. En el contexto mexicano, existen pocas investigaciones realizadas sobre la prevalencia de los trastornos de

la personalidad, por lo que no se identificaron estudios que reporten la prevalencia del TLP en la población general.

En cuanto a población psiquiátrica hospitalizada, estudios como el de Fossati y colaboradores (2000), reportaron que la prevalencia del TLP en 213 hombres o mujeres de un hospital de Italia fue del 26.8%. De igual manera, Ottosson y colaboradores (1998), reportaron que de una muestra de 138 pacientes hombres o mujeres internos en un hospital de Suecia, el 33.3% cumplió con los criterios diagnósticos de TLP.

Respecto a los pacientes ambulatorios que reciben atención psiquiátrica, la prevalencia se ha reportado del 18.3% de una muestra de 218 pacientes ambulatorios psiquiátricos de un hospital de Italia (Fossati et al., 2000), y en el 9.3% de 859 pacientes ambulatorios psiquiátricos de un hospital de Rhode Island (Zimmerman, 2005). Tomko y colaboradores (2014), encontraron que, en una muestra previa de 34481 pacientes ambulatorios psiquiátricos de Estados Unidos, el 2.7% presentó diagnóstico de TLP, reportándose en el 3% de las mujeres y en el 2.4% de los hombres. Además, el TLP se diagnosticó con más frecuencia en personas menores a 30 años y en individuos separados o divorciados.

Siguiendo esta línea, se ha advertido la existencia de estudios que reportan el porcentaje de TLP en personas privadas de la libertad, entendiendo que las personas privadas de la libertad *“son aquellas personas procesadas o sentenciadas que se encuentran en un centro penitenciario”* (Ley Nacional de Ejecución Penal, 2016).

Black y colaboradores (2007), refirieron que en una muestra de 220 personas privadas de la libertad en un centro penitenciario de Iowa, el 29.5% presentaron TLP, de estos, el trastorno se diagnosticó en el 54.5% de las mujeres y en el 26.8% de los hombres. Aquellos con diagnóstico de TLP tuvieron una edad promedio de 29.5 años, el 58% tuvieron un nivel educativo menor a la secundaria, el 31.1% estaba casado, y el 38.5% se encontraba cumpliendo una sentencia relacionada con el delito de fabricación/venta de drogas. Lamis y colaboradores (2008), refirieron

que en una muestra de 439 hombres de un centro penitenciario de la región del Sudeste de Estados Unidos, el 26.1% presentaron TLP.

El trastorno límite de la personalidad frecuentemente presenta comorbilidad con otros trastornos mentales, de acuerdo con lo reportado por McGlashan y colaboradores (2000), en una muestra de 157 pacientes con diagnóstico de TLP hospitalizados en distintos hospitales de Estados Unidos, se encontró mayor comorbilidad con los siguientes trastornos: El 70.9% presentó comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, el 53.1% con trastornos por uso/abuso de drogas, el 52% con trastorno por uso/abuso de alcohol, y el 46.9% con el trastorno por estrés postraumático, respecto a la comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, los que se diagnosticaron con mayor frecuencia fueron; el trastorno evitativo en el 47.7%, el trastorno obsesivo compulsivo en el 25.7%, el trastorno dependiente en el 16% y el trastorno antisocial en el 15.4%.

Tadic y colaboradores (2009), en su estudio con 159 personas hospitalizadas en el servicio psiquiátrico en un hospital universitario de Alemania, en donde 49 fueron hombres y 110 mujeres con diagnóstico previo confirmado de TLP, reportaron que uno de los trastornos de mayor comorbilidad fue el trastorno antisocial de la personalidad, con una prevalencia del 57.1% en hombres, mientras que para las mujeres fue del 25.5%. Por otro lado, el trastorno evitativo de la personalidad fue el que mayor comorbilidad tuvo en mujeres, con una prevalencia del 39.1%, mientras que en los hombres fue del 34.7%.

Black y colaboradores (2007), reportaron que, en las personas privadas de la libertad de una prisión de Iowa, la comorbilidad del TLP con otros trastornos mentales fue del 84.6% con trastornos por consumo de alcohol y por consumo de drogas (84.6%), 70.8% con el trastorno bipolar, 50.8% con el trastorno depresivo mayor y 30.8% con el trastorno por estrés postraumático. Respecto a los trastornos de la personalidad, únicamente se reportó que el 56.9% tuvo comorbilidad con el trastorno antisocial.

## Características clínicas

En el DSM-5 (APA, 2013) se hace referencia a los estados del ánimo experimentados en personas con TLP, como sigue: *“las características del trastorno límite de la personalidad están dadas por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, distorsión de la autoimagen, inestabilidad en la afectividad y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos”*. *“Las personas con TLP son sensibles a las circunstancias ambientales, llegando a demostrar impulsividad en áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos, como: apostar, gastar dinero irresponsablemente, tener atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente”*. *“Además muestran inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad del estado del ánimo, como episodios de irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y rara vez unos días”* (APA, 2013, p. 663).

Respecto a dichos estados del ánimo, la inestabilidad afectiva es la que identifica al TLP y se define como un repetido y abrupto cambio del ánimo, y es una de las características principales del trastorno límite, así como la base para diversos actos impulsivos como las conductas de riesgo, dentro de las que se encuentran las conductas suicidas (Nica & Links, 2009). En una revisión de la literatura realizada por Nica y Links (2009) sobre la inestabilidad afectiva y el TLP, encontraron, que la inestabilidad afectiva se caracteriza por tres elementos; 1: intensidad significativa en estados de ánimo positivos y negativos, 2: variabilidad del estado de ánimo, y 3: activación de los estados de ánimo por estímulos externos (ánimo reactivo). Derivado de su estudio, se reportó que pacientes con TLP frecuentemente reportan estados de ánimo negativos en comparación con sujetos con otros trastornos mentales (como el trastorno depresivo mayor) y con sujetos sin trastornos mentales (Crowdy et al, 1995; Wolff, et al, 2007, como se citó en Nica & Links, 2009). En este sentido, se ha reportado que pacientes con TLP, presentan más cambios de ánimo derivados de eventos externos en comparación con aquellos con trastorno depresivo mayor y sujetos controles (Links et al, 2007; Crowdy et al, 1991, como se citó en Nica & Links, 2009).

Por ejemplo, Links y colaboradores (2007), describen un estudio, en el cual midieron los componentes de la inestabilidad afectiva del TLP en 82 pacientes ambulatorios con antecedentes de conductas suicidas, y mostraron que los cambios de ánimo derivados de eventos externos y el ánimo negativo tuvieron mayor asociación con las conductas suicidas. Derivado de estos hallazgos consideraron que los cambios de ánimo repentinos contribuyen a la inestabilidad afectiva y que el ánimo negativo contribuye en mayor medida a la ideación y conductas suicidas. Por su parte, Yen y colaboradores (2004), observaron en una muestra de 621 participantes con diagnóstico de TLP, que la inestabilidad afectiva fue el criterio diagnóstico del TLP que más se relacionó con las conductas suicidas y los intentos de suicidio en dicha población, seguido de la impulsividad.

Es así como la identificación de impulsividad, descrita como *“la predisposición que los sujetos tienen hacia estímulos internos y externos sin considerar las consecuencias negativas de estas acciones”* (Moeller et al., 2001, p. 1784) ha sido empleada como criterio diagnóstico del TLP (APA, 2013), y se relaciona con conductas de riesgo tales como el abuso de sustancias, los actos autolesivos y las conductas suicidas (APA, 2013; Gunderson & Links, 2008).

La impulsividad en el TLP permite integrar otros síntomas que de otra forma serían trastornos comórbidos con TLP, como el consumo de sustancias y las conductas autolesivas (Gunderson & Links, 2008). Al igual que la inestabilidad afectiva, como se refirió por Yen y colaboradores (2004), la impulsividad es también un criterio diagnóstico que se asocia con frecuencia a las conductas e intentos de suicidio en las personas con TLP, entendiendo que las conductas suicidas son aquellos actos no fatales o que se realizan sin la finalidad de morir, dentro de los que se incluyen a la ideación suicida, planeación suicida, y el intento suicida (Nock et. al, 2008). Es importante mencionar que los actos suicidas son aquellos intentos de suicidio fallidos o no consumados, hasta el suicidio propiamente (Gutierrez-García et. al, 2006), destacando que en estos el sujeto sí tiene la intención de terminar con la vida.

Para efectos de esta investigación únicamente se abordarán los actos suicidas y su relación con el TLP y las personas privadas de la libertad.

## **TLP y actos suicidas**

Los intentos de suicidio son un criterio que forma parte del diagnóstico del TLP (APA, 2013). Las conductas suicidas y los intentos de suicidio en personas con este diagnóstico son incluso mayores y más frecuentes a lo largo del tiempo en comparación con personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (Solff et al, 2000).

Se ha referido que la mortalidad del TLP va del 8 al 10% (APA, 2013; Paris, 2008). De la misma manera, el estudio de Soloff y colaboradores en 2018 reportó que de una muestra de 118 personas con diagnóstico de TLP que fue seguida durante 10 años, el 13.5% cometió suicidio, asimismo, reportaron que, de los 118 sujetos en el estudio, el 83.1% había cometido intentos de suicidio previos al estudio, lo que representó un promedio de 3.2 intentos por persona, además se observó que la mayoría cometieron el primer intento a la edad promedio de 20.3 años. Respecto a quienes cometieron suicidio durante el estudio, la mayoría lo cometió a la edad promedio de 34.8 años. Por otro lado, se reportó que de las personas con intentos de suicidio; el 83.6% eran mujeres, la edad promedio fue de 46.4 años, el 54.4% se encontraba desempleado, y el 45.5% había tenido hospitalizaciones previas por otros intentos de suicidio, también se encontró que el 53.7% tenía comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, el 18.4% con el trastorno bipolar tipo I, y el 11.1% con el trastorno por estrés postraumático.

En este sentido, Espinosa y colaboradores (2009), reportaron que de una muestra de 15 pacientes con diagnóstico de TLP, de un hospital psiquiátrico del Valle de México, que entre los 15 pacientes habían cometido un total de 128 intentos de suicidio a lo largo de la vida, además, la mayoría de estos intentos se cometieron entre las edades de 18 a 25 años y el principal motivo para cometer el intento fue por problemas familiares, seguido por causas amorosas. Al mismo tiempo, el 53.3% de los sujetos tuvieron comorbilidad con un trastorno depresivo (no especificado), el 13.6% con el trastorno depresivo mayor y el 13.3% con un trastorno distímico. A

su vez, Paris y Zweig-Fraank (2001), reportaron que de una muestra de 165 personas con diagnóstico previo de TLP confirmado que fueron seguidas durante 15 años, el 10.3% cometió suicidio, refiriendo que el promedio de edad de estos fue de 37.3 años y que el 3.6% fueron hombres y el 6.7% mujeres.

El TLP ha reportado mayores incidencias de suicidio que el resto de los trastornos de la personalidad, como lo reportaron Isometsä y colaboradores (1996), en una muestra de 67 individuos en Finlandia que cometieron suicidio, se encontró que el 25.3% tuvo diagnóstico confirmado de TLP, el 7.5% tuvo trastorno dependiente, el 6% trastorno narcisista y el mismo porcentaje trastorno obsesivo compulsivo. De los sujetos con TLP; el 59% fueron mujeres y el 41% hombres. Schneider y colaboradores, (2005), reportaron que a través de autopsias psicológicas se identificó que de 59 mujeres que cometieron suicidio; el 25.6% cumplió con los criterios diagnósticos de TLP, el 17.9% para el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, igualmente, 17.9% para el trastorno paranoide de la personalidad. De la misma forma, en 104 hombres que cometieron suicidio; el 28.1% cumplió con los criterios diagnósticos del TLP, 27.7% para el trastorno narcisista, por su parte, el trastorno evitativo 23.1%, y el trastorno obsesivo compulsivo 23.1% (Isometsä et al, 1996).

Giner y colaboradores, (2013), encontraron que, en 446 adultos entre hombres o mujeres ingresados a servicios de emergencias de dos hospitales universitarios de España, los trastornos de la personalidad del clúster B fueron los más diagnosticados en aquellos que cometieron intento de suicidio o suicidio, siendo en las mujeres el trastorno límite de la personalidad el que mayor prevalencia tuvo en ambos casos (33% y 22% respectivamente). Por su parte, en los hombres el trastorno evitativo de la personalidad fue el que mayor prevalencia tuvo en los intentos de suicidio (35.3%), mientras que para el suicidio el trastorno narcisista de la personalidad tuvo la mayor prevalencia (24.7%). Las características sociodemográficas del estudio mencionado mostraron que, en mayor porcentaje las mujeres que cometieron suicidio se encontraban casadas o viviendo en pareja, con un estatus socioeconómico bajo o medio-bajo, la mayoría estaba desempleada,

vivía con su familia y tenía hijos. Mientras tanto, la mayoría de los hombres se encontraba casado o viviendo en pareja, tenían un nivel socioeconómico bajo, se encontraban retirados laboralmente, vivía con su familia y tenía hijos.

Respecto al ámbito penitenciario, Lamis y colaboradores (2008) y Black y colaboradores (2007), reportaron que las personas con diagnóstico de TLP privadas de la libertad en prisiones de la región del sudeste de Estados Unidos y de Iowa, presentaron mayor riesgo de suicidio, con base en mayores puntajes para rasgos límites en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III), y en los puntajes obtenidos en la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-Plus).

Como se ha expuesto, la prevalencia del suicidio en personas con diagnóstico de TLP va del 8 al 13% (APA, 2013; Paris, 2008; Paris & Zweig-Fraank, 2001), siendo además más prevalente en mujeres. Asimismo, las tasas de suicidio en personas privadas de la libertad han sido hasta 8 veces más altas que en la población general, ejemplo de ello es Dinamarca, en donde se registraron 147 suicidios por cada 100000 personas privadas de la libertad, contra 27 suicidios por cada 100000 personas en la población general (Fazel et al, 2011).

De la misma manera, el estudio de Fazel y colaboradores, (2017) indicó que durante los años 2011 a 2014 ocurrieron 3,906 suicidios en prisiones de 24 países desarrollados, encontrando que los países Nórdicos tienen la tasa más alta de suicidio, con una prevalencia de más de 100 casos por cada 100,000 personas privadas de la libertad.

En México, de acuerdo con el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria (DNSP) de 2017, emitido por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), ocurrieron 37 suicidios en diversos centros penitenciarios mexicanos, de los cuales 36 ocurrieron en centros estatales y 1 en un centro federal (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017)

Con base en lo referido se observa que las personas con diagnóstico de TLP, y las personas privadas de la libertad cometen suicidio con mayor frecuencia que el resto de la población general. Existen características en cada población, o en



determinado grupo de personas, que los hacen vulnerables a ciertos eventos como el suicidio, tales características son llamadas factores de riesgo (Last, 2001), y son importantes de identificar si se quiere abordar o prevenir el problema.

A continuación, se refieren algunos factores de riesgo para suicidio en personas con TLP, y en personas privadas de la libertad, que se han reportado en la literatura.

### **Factores de riesgo para suicidio**

Las conductas suicidas son frecuentes en personas con TLP, la mayoría de los datos resultantes de investigaciones previas en población clínica, sugieren que la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, trastornos por abuso de sustancias y la ocurrencia de ambos representan un mayor riesgo de suicidio (Black et al, 2004).

Fyer y colaboradores (1988), describieron que en una muestra de 180 pacientes ambulatorios con diagnóstico de TLP, en edades de 18 a 45 años, el 49% de ellos había cometido intentos de suicidio. De los 180 participantes: el 7.8% únicamente tuvieron diagnóstico de TLP; de los cuales el 21% cometió intentos de suicidio. El 42.8% de la muestra total tuvieron comorbilidad con trastorno por abuso de sustancias y algún trastorno afectivo; de los cuales el 58% tuvo intentos de suicidio. El 22.2% de los 180 tuvieron comorbilidad con algún trastorno afectivo; de los cuales el 50% cometió intento de suicidio. Finalmente, el 27.2% de la muestra total tuvo comorbilidad con trastornos por abuso de sustancias; de los cuales el 43% cometió intento de suicidio. En dicho estudio se concluyó que la comorbilidad del TLP con trastornos por abuso de sustancias no sugiere ser un factor de riesgo para intentos de suicidio, sin embargo, la comorbilidad del TLP más los trastornos afectivos y por abuso de sustancias sí sugieren ser un factor de riesgo para tales actos.

Soloff y colaboradores (1994), estudiaron los factores de riesgo para actos suicidas en 61 pacientes ambulatorios con diagnóstico de TLP, del hospital

universitario de Pittsburg, encontrando que el 68% de los que cometieron intentos de suicidio fueron mujeres, la media de edad fue de 27.9 años, el 82% tenía comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, el 52.4% comorbilidad con trastornos por consumo de alcohol, el 42.7% con trastornos por abuso de drogas, y el 19.7% con el trastorno antisocial de la personalidad. Cabe señalar que los autores, a pesar de encontrar una comorbilidad significativa con el trastorno depresivo mayor, ésta no significó una mayor letalidad en el acto suicida o más intentos de suicidio, por el contrario, sostienen que la comorbilidad del TLP con dicho trastorno no predice un intento de suicidio futuro. Sin embargo, es de importancia destacar que según Soloff y colaboradores (1994), un estado de ánimo depresivo es un síntoma presente en los pacientes con intentos de suicidio.

Wedig y colaboradores (2012), observaron en una muestra de 290 pacientes ambulatorios con TLP de un hospital de Massachussets, que fueron estudiados por 16 años, que los trastornos comórbidos a lo largo del tiempo fueron el trastorno depresivo mayor, trastorno por abuso de sustancias y el trastorno por estrés postraumático, respecto a los criterios del TLP más prevalentes a lo largo del estudio fueron las autolesiones y la impulsividad. Además, los factores de riesgo que los autores sugieren que pueden predecir un acto suicida fueron las conductas autolesivas, el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo mayor e inestabilidad afectiva. A pesar de la identificación de tales factores, Wedig y colaboradores, refieren que estos pueden cambiar durante el tiempo.

Brodsky y colaboradores, (1997), encontraron que en 214 pacientes ambulatorios con diagnóstico de TLP incluidos previamente en dos estudios distintos, en los que algunos tenían además comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, y otros comorbilidad con trastornos por abuso de sustancias, que la impulsividad fue el criterio diagnóstico del TLP que se relacionó con más números de intentos de suicidio, incluso, en comparación con aquellos con comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, o con los trastornos por abuso de sustancias, la impulsividad del TLP fue más significativa para tales intentos, encontrando un

promedio de intentos de suicidio de 2.3 en aquellos sólo con diagnóstico de TLP, contra un promedio de 1.3 intentos en aquellos con TLP y otro trastorno. Asimismo, se encontró que aquellos con historia de abuso en la infancia cometieron en promedio 3 intentos de suicidio contra 1.85 intentos en aquellos sin historial de abuso.

Al igual que Brodsky y colaboradores, (1997), también Chesin y colaboradores (2010), identificaron que la impulsividad fue el criterio diagnóstico más asociado con un mayor número de intentos de suicidio en 40 pacientes con TLP del Instituto Psiquiátrico del Nueva York. Igualmente, en un modelo predictivo para intentos de suicidio, este criterio fue el más relacionado a futuros intentos de suicidio, incluso más que los intentos de suicidio previos. Las características sociodemográficas que se reportaron en los sujetos de este estudio fueron: edad media de 26 años, el 72.5% fueron mujeres, el 77.5% estaba soltero y el 67.5% se encontraba desempleado.

Links y colaboradores (2013), identificaron en un estudio prospectivo en el que siguieron por 2 años a 180 sujetos con TLP de la ciudad de Toronto, Canadá, que los factores de riesgo para intentos de suicidio durante el primer año fueron: comorbilidad con el trastorno antisocial de la personalidad, comorbilidad con trastorno por abuso de sustancias, comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático. Asimismo, a través de análisis multivariados, se determinó que los factores para suicidio después de dos años fueron: diversos ingresos hospitalarios, antecedentes de intentos de suicidio, e historial de abusos en la infancia.

En adición a lo anterior, y como se ha mencionado en al menos una investigación al respecto, la privación de la libertad sugiere la pérdida de control del ambiente en el que está inmerso el sujeto, ocasionando deterioro conductual, la pérdida de las relaciones sociales, aumentando así, las conductas suicidas, éste fenómeno se ha observado sobre todo en prisiones de máxima seguridad; en las que se está constantemente aislado de otros (Huey & McNulty, 2005). Una de las razones del suicidio durante la privación es que se detiene el desarrollo de redes sociales, las personas privadas de la libertad buscan relacionarse entre sí con la

finalidad de encontrar apoyo, este apoyo mutuo reduce la incertidumbre, el miedo, y aumenta el sentido de control sobre el ambiente de la prisión (Huey & McNulty, 2005).

La privación de la libertad puede catalogarse como una circunstancia crítica que genera una serie de eventualidades negativas a nivel físico y psicológico en la persona, dichas afectaciones, se atribuyen principalmente a factores como aislamiento social, alejamiento de redes de apoyo, preocupación por quienes permanecen en libertad, hacinamiento, pérdida de privacidad, situación jurídica actual, violencia entre internos, etc. (Huey & McNulty, 2005); Paulus & Dzidolet, 1993). De igual forma, resulta importante señalar que situaciones como el aislamiento propio de prisión aunado a sanciones disciplinarias, cambios en la sentencia o el estatus legal, miedo de la propia seguridad personal y las enfermedades físicas, son factores de riesgo para actos suicidas (Patterson & Hughes, 2008).

El suicidio también se ha relacionado con la sobreocupación penitenciaria, observándose que el hacinamiento implica mayor tasa de suicidios, se ha observado que en distintas prisiones de Italia, en aquellas con mayor sobrepoblación, el número de suicidios fue hasta diez veces mayor en comparación con aquellas con una sobrepoblación menor (Preti & Cascio, 2006).

En México, organizaciones como Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), refieren que la sobrepoblación es uno de los principales problemas de las prisiones a nivel nacional, dichas organizaciones han dado cuenta en diversos documentos de las consecuencias que ésta ocasiona, destacando la falta de acceso a la salud y hacinamiento en los centros penitenciarios (CIDH, 2015; CNDH; 2017).

Como se ha mencionado, el suicidio puede derivarse de cuadros clínicos no atendidos como depresión; caracterizada por sentimientos de infelicidad y desánimo, que generan aislamiento o deterioro en los vínculos sociales de un individuo (Ávila et al., 2005). Tales características se observan en individuos cuando

se encuentran privados de la libertad, en el que el sujeto sufre un proceso de prisionización o de adaptación al medio carcelario en el que su situación emocional se ve comprometida, llegando a presentar ansiedad, baja autoestima y pérdida de las expectativas (Bermúdez-Fernández, 2013).

En este orden de ideas, Shaw y colaboradores (2004), reportaron que los trastornos de la personalidad (sin especificar cuáles) se diagnosticaron en el 11% de una muestra de 172 sujetos privados de la libertad en distintas prisiones de Inglaterra y Gales, que cometieron intentos de suicidio y conductas autolesivas. Asimismo, se observó que el 27% tenían diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias, y el 18% comorbilidad con trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar. De la misma forma, describieron que el 92% de ellos eran hombres, el 14% vivía solo, y el 43% se encontraba por delitos como robo o asalto.

Hawton y colaboradores (2014), describieron que, en un estudio epidemiológico realizado en centros penitenciarios de Inglaterra y Gales, que en promedio 334 hombres por cada 100000 habían cometido actos autolesivos y posteriormente suicidio, respecto a las mujeres, 149 por cada 100000 cometieron actos autolesivos y posteriormente suicidio. De los factores de riesgo que se identificaron para que hombres cometieran suicidio fueron: estar en edades de 30 a 39 años, haber presentado de 1 a 5 actos autolesivos previos al suicidio, y que los actos autolesivos previos hayan sido moderados o graves. En las mujeres los factores de riesgo que se identificaron fueron: una sentencia más larga (como de por vida), más de 5 actos autolesivos previos al suicidio y que los actos autolesivos previos hayan sido moderados o graves, entendiendo que los autores categorizan en el estudio como un acto grave; aquel que haya requerido de resucitación en prisión, o traslado a un hospital externo con soporte vital, por auto moderado; aquel que haya requerido traslado a un hospital externo sin necesidad de soporte vital, y leve; aquel que no haya requerido traslado a un hospital externo o que haya requerido resucitación (Hawton, et al., 2014).

Aunado a lo anterior, cobra relevancia referir algunos grupos especialmente vulnerables a cometer actos suicidas, de los que podemos referir los siguientes (Task Force on Suicide on Canada, 1994, como se citó en OMS, 2007):

- Hombres jóvenes (edades 15-49 años);
- Personas ancianas, especialmente hombres;
- Población indígena;
- Personas con enfermedad mental;
- Personas con abuso de alcohol y/o sustancias;
- Personas que han tenido un previo intento suicida;
- Personas en prisión.

Es importante referir estas poblaciones, ya que como se ha referido por Fazel y Baillargeon (2011), al menos en los Estados Unidos existen 74000 hombres y 3700 mujeres mayores de 55 años privados de la libertad, y retomando lo encontrado por Shaw y colaboradores (2004), los intentos de suicidio son frecuentes en personas privadas de la libertad, asimismo, estudios han referido que el mejor indicador para un futuro intento de suicidio es un intento de suicidio previo (Mann y colaboradores, 1999; Malone y colaboradores, 1995, como se citó en Simon, 2004).

Es relevante destacar que las circunstancias mencionadas previamente pueden estar presentes en una persona antes de ser privada de la libertad y que tales podrían aumentar el riesgo de suicidio durante la privación. Como se ha descrito, los factores de riesgo que pueden tener las personas con diagnóstico de TLP son diversos, no sería posible el generalizar tales factores a todas las poblaciones, cada población es distinta y también parece tener factores de riesgo propios que los hacen más vulnerables a cometer suicidio.

Hasta este punto no se han identificado factores de riesgo para suicidio en personas privadas de la libertad con diagnóstico de TLP, por lo que es necesario la identificación de dichos factores, para proponer formas de abordar el problema, con una perspectiva desde la Ciencia Forense y la Salud Mental Forense, entendiendo a la última como *“rama de la salud mental pública que se caracteriza por su visión*

*inter y transdisciplinaria y cuyo objetivo es desarrollar investigación en todos los campos de interacción de las ciencias forenses y la salud mental, con el fin de elaborar propuestas para la disminución de la violencia y la delincuencia en México”* (Martínez & Monroy, 2018, p. 121).

## **Método**

### **Planteamiento del problema**

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por una marcada impulsividad, inestabilidad afectiva y por presentar conductas de riesgo como lo son las conductas autolesivas y frecuentes intentos de suicidio. Es un trastorno que se diagnostica hasta en el 2% de la población general y hasta en el 54% de las personas privadas de la libertad en centros penitenciarios. La mortalidad del TLP se ha reportado hasta del 13% en la población clínica, mientras que, las personas privadas de la libertad presentan tasas de suicidio hasta 8 veces mayores que en la población general.

Algunos factores de riesgo para actos suicidas que se han identificado en las personas con diagnóstico de TLP en el ámbito clínico, incluyen, la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, la comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático, los intentos de suicidio previos y características como la impulsividad. De igual manera, algunos de los factores de riesgo descritos en personas privadas de la libertad son el hacinamiento y sobrepoblación de los centros penitenciarios, el aislamiento social, sintomatología depresiva e intentos de suicidio previos.

A pesar de la identificación de tales factores de riesgo para suicidio en las poblaciones antes referidas, poco se sabe sobre los factores de riesgo en personas privadas de la libertad en centros penitenciarios con diagnósticos de trastornos mentales, como lo es el trastorno límite de la personalidad.

Por ello, surge la necesidad de identificar cuáles son los factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad con trastorno límite de la personalidad, que se han reportado en la literatura a nivel internacional y nacional,

para sí poder abordar el problema. A su vez, es necesario conocer la prevalencia de los actos suicidas en personas privadas de la libertad con trastorno límite de la personalidad reportados en la literatura con el fin de identificar el problema bajo la visión de la Ciencia Forense y la Salud Mental Forense, áreas que se caracterizan por ser multi e interdisciplinarias y que pueden brindar nuevos puntos de vista para abordar el problema.

## **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad con trastorno límite de la personalidad reportados en la literatura en los últimos 10 años?

## **Justificación**

El suicidio en personas con TLP es un fenómeno cuyos factores de riesgo para presentarse han sido ampliamente descritos en diversos estudios en la población clínica, destacando que también existe información sobre los factores de riesgo para suicidio en las personas privadas de la libertad en centros penitenciarios.

Sabiendo que el suicidio es un fenómeno frecuente en las personas privadas de la libertad y en aquellos con diagnóstico de TLP y que además el TLP frecuentemente se diagnostica en las personas privadas de la libertad, se planteó la necesidad de identificar cuáles son los factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, a su vez, conocer la situación nivel internacional y nacional, con el fin de conocer qué es lo que se ha reportado y conocer cuáles son las estrategias que se han implementado respecto a dicho fenómeno.

Los tópicos abordados como los son el suicidio, los trastornos mentales y las personas privadas de la libertad, son de interés para la Ciencia Forense en el



sentido de que el suicidio es un fenómeno que para ser demostrado requiere de un abordaje multidisciplinario, involucrando también áreas de la salud mental forense en donde tiene cabida en la Ciencia Forense, de igual manera, las personas privadas de la libertad son un grupo vulnerable a constantes violaciones a sus derechos humanos, hechos que también pueden ser investigados por el científico forense de manera multidisciplinaria con una perspectiva de respeto y garantía de los derechos humanos.

La relevancia de esta investigación no sólo radica en la identificación de los ya referidos factores de riesgo a partir de una revisión sistemática, también se expande el campo de investigación de la Ciencia Forense al abordar nuevos temas de investigación, empleando nuevas estrategias de investigación y que, a partir de la Ciencia Forense y la Salud Mental Forense, se pueden proponer formas de abordar el problema.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar los factores de riesgo para actos suicidas en personas con Trastorno Límite de la Personalidad privadas de la libertad con el fin de visibilizar el problema en el ámbito forense y proponer formas de abordar el problema con una perspectiva desde la Ciencia Forense y la Salud Mental Forense.

### **Objetivos específicos**

- Conocer cuál es la prevalencia del TLP en personas privadas de la libertad reportada en la literatura internacional y nacional.
- Conocer cuál es la prevalencia de intentos de suicidio o suicidio cometidos por personas con TLP privadas de la libertad reportados en la literatura a nivel nacional e internacional.

- Identificar los factores de riesgo en personas con TLP privadas de la libertad que son propicios para la comisión de actos suicidas reportados en la literatura a nivel nacional e internacional.
- Conocer cuáles han sido las estrategias de prevención de suicidio en personas privadas de la libertad con diagnóstico de TLP y proponer formas de abordar el fenómeno desde la perspectiva de la Ciencia Forense y la Salud Mental Forense.

## **Tipo de estudio**

Estudio descriptivo consistente en una revisión sistemática, con base en el concepto de Cook y colaboradores (1997), se establece que una revisión sistemática es un proceso de búsqueda de información que tiene como objetivo resumir la evidencia disponible respecto a un tema en concreto, sintetizando los resultados de múltiples investigaciones primarias.

De manera general, una revisión sistemática cuenta con los pasos siguientes (Cook et al., 1997):

- 1) Definición de la pregunta de investigación; la cual se formula a partir de la identificación del problema y la población que se desea estudiar.
- 2) Localización y selección de estudios; definiendo las fuentes de donde se obtendrán los estudios, así como los términos (palabras clave, términos MESH<sup>1</sup> y operadores booleanos) y estrategias de búsqueda para la identificación de los estudios.
- 3) Evaluación de la calidad de los estudios; la cual se realiza con base en los 27 puntos que establece la guía PRISMA (Anexo 1).
- 4) Extracción y síntesis de resultados; la cual se realiza con base en los criterios de inclusión establecidos previamente, asimismo, se debe considerar la validez interna y externa de cada estudio.

---

<sup>1</sup> Vocabulario controlado utilizado para indizar los artículos de MEDLINE.

5) Interpretación y presentación de los resultados; presentación de los resultados mediante gráficas y la presentación de un diagrama de flujo en el cual se resume la selección de estudios, como lo establece la guía PRISMA.

La declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis) se compone de 27 ítems que sirven como guía para la elaboración de la revisión sistemática y la evaluación de la calidad de los artículos, y un diagrama de flujo (flow diagram) que sirve para resumir el proceso de búsqueda de información (Moher et al., 2009).

## **Procedimiento**

La búsqueda de información se realizó durante el periodo del 1 de abril al 31 de agosto del año 2019, en las bibliotecas digitales; PUBMED, SCIEDIRECT, EBSCO, CONRICYT, AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY, MEDLINE, PSYCINFO, SCIELO, PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCE, y en las revistas indexadas: American Journal of Psychiatry, Journal of Research in Personality Disorders, y Journal of Affective Disorders.

La elección de las bibliotecas en formato digital mencionadas se basó en el hecho de que la naturaleza de éstas—especialización en el campo de la salud, salud mental, investigación en ciencias médicas y suicidio—, respondía a la necesidad del tipo de información requerida para la investigación. Las revistas seleccionadas fueron aquellas que se especializaran en temas del ámbito de la psicología, psiquiatría, e investigación en trastornos de la personalidad. Se accedió a las bibliotecas y revistas mencionadas mediante contraseña BIDI de la UNAM, y por contraseña de acceso a las bibliotecas disponibles del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y se realizó bajo el criterio siguiente: periodo del 1 enero del 2009 al 31 de agosto del 2019, empleando los términos de búsqueda señalados en la tabla 1, los términos indicados se emplearon en cada una de las bases y revistas referidas, cabe señalar que los términos MESH únicamente se emplearon en la biblioteca PUBMED, asimismo, dichos términos se emplearon en las bibliotecas y revistas restantes como términos libres.

Tabla 1. *Principales términos empleados*

<b>Operadores Booleanos</b>	<b>Términos</b>
AND	Borderline personality disorder*, suicide*, prison
OR	Suicide attempt, prisoners, jail, in jail, inmate
NOT	Suicidal ideation, suicidal ideation*, non-suicidal self-injury, youth*, HIV*, inpatient*

\*Términos MESH

### **Población de estudio**

Personas privadas de la libertad en centros penitenciarios con Trastorno Límite de la Personalidad que han cometido actos suicidas.

### **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

Los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos para esta revisión sistemática se señalan en la tabla 2.

Tabla 2. *Criterios de inclusión, exclusión y eliminación*

<b>Inclusión</b>	<b>Exclusión</b>	<b>Eliminación</b>
Artículos publicados durante el periodo de 1 de enero de 2009 al 31 de agosto del 2019	Diagnóstico de TLP no confirmado o sólo rasgos	Artículos repetidos en otras bases
Hombres o mujeres privadas de la libertad con diagnóstico de TLP que hayan cometido actos suicidas	Sin referir el TLP Población distinta a la privada de la libertad	Artículos sin metodología descrita o con contenido poco claro
Idioma inglés o español	Literatura gris Revisiones sistemáticas	

## **Resultados**

En la figura 1 se resume el proceso de selección de los artículos que se incluyeron en la revisión sistemática.

Los resultados excluidos desde el título y resumen (“abstract”) fueron descartados por no abordar temas relacionados con el estudio, ya que los principales temas que se encontraron en estos estaban relacionados con enfermedades médicas u otras condiciones de salud no mentales, a pesar de que en la mayoría de los casos estas enfermedades se estudiaron en población penitenciaria, no aportaron información útil a la investigación, también se excluyeron aquellos artículos que abordaban poblaciones distintas a la de interés. Los resultados relacionados con libros o capítulos de libros, tesis, disertaciones,

exposiciones en foros y artículos de opinión también fueron excluidos desde el primer cribado.

Una vez que se excluyeron los estudios referidos y se seleccionaron aquellos que desde el título parecían tener información que pudiera ser útil a la investigación, al leer el “abstract” y/o de manera general el estudio (en aquellos en que no se tenía la información necesaria en abstract), se obtuvo un número menor de artículos para posteriormente ser revisados a profundidad, no sin antes verificar si alguno de ellos se repitió en otra biblioteca. Aquellos que se identificaron como repetidos en otras bibliotecas se eliminaron.

Los artículos potenciales fueron los estudios restantes una vez que se eliminaron los artículos repetidos. Después de su lectura a profundidad y evaluación de la calidad del artículo con base en los criterios de la guía PRISMA y en los criterios de inclusión previamente establecidos, se excluyeron los artículos que no abordaron o reportaron prevalencias del trastorno límite, aquellos que sólo referían rasgos del trastorno límite, conductas suicidas, aquellos que se enfocaron en población con sentencia no privativa de la libertad, o no aportaron ningún tipo de información útil al estudio. Derivado de este análisis se obtuvieron los artículos útiles incluidos en la revisión sistemática.

Derivado de la búsqueda en las bibliotecas y revistas, la mayor parte de los resultados totales se obtuvieron de PSYCINFO con el 20.4% de los resultados totales, MEDLINE con el 20.2%, SCIENCE DIRECT 19.4%, EBSCO 17%, y PUBMED con el 15.1% de los resultados, las revistas American Journal of Psychiatry, Journal of Research in Personality Disorders, y Journal of Affective Disorders no arrojaron resultados bajo los términos y estrategias de búsqueda empleados.

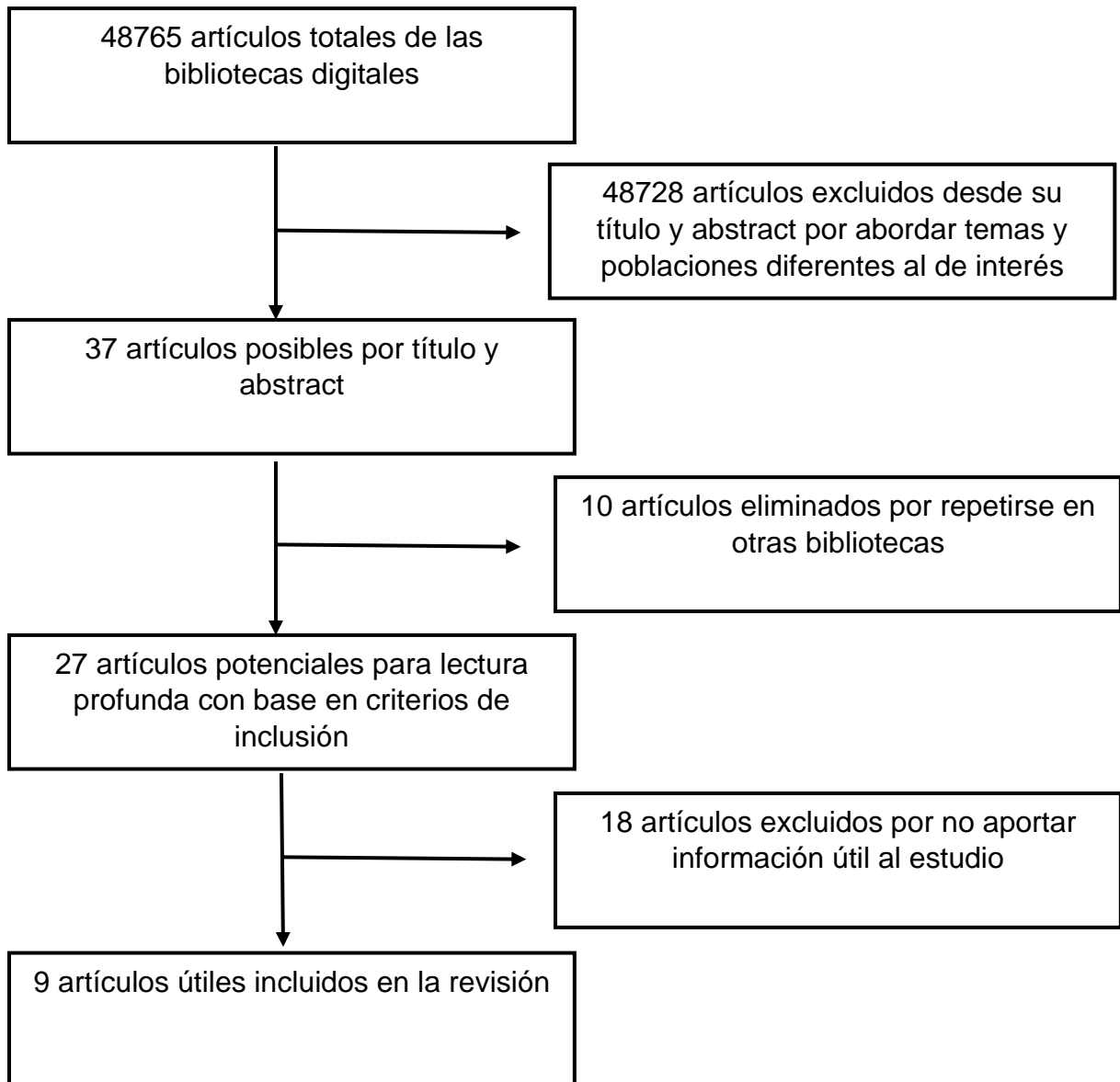


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los estudios incluidos en la revisión.

En la tabla 3 se indica por cada biblioteca y revista consultada: La cantidad de artículos totales obtenidos desde el primer cribado, los resultados posibles que por su título y abstract pudieron ser útiles a la investigación, los artículos repetidos en otras bibliotecas que fueron eliminados, los artículos potenciales para la investigación, los artículos excluidos por no aportar información útil a la investigación, y el número artículos incluidos en la revisión sistemática.

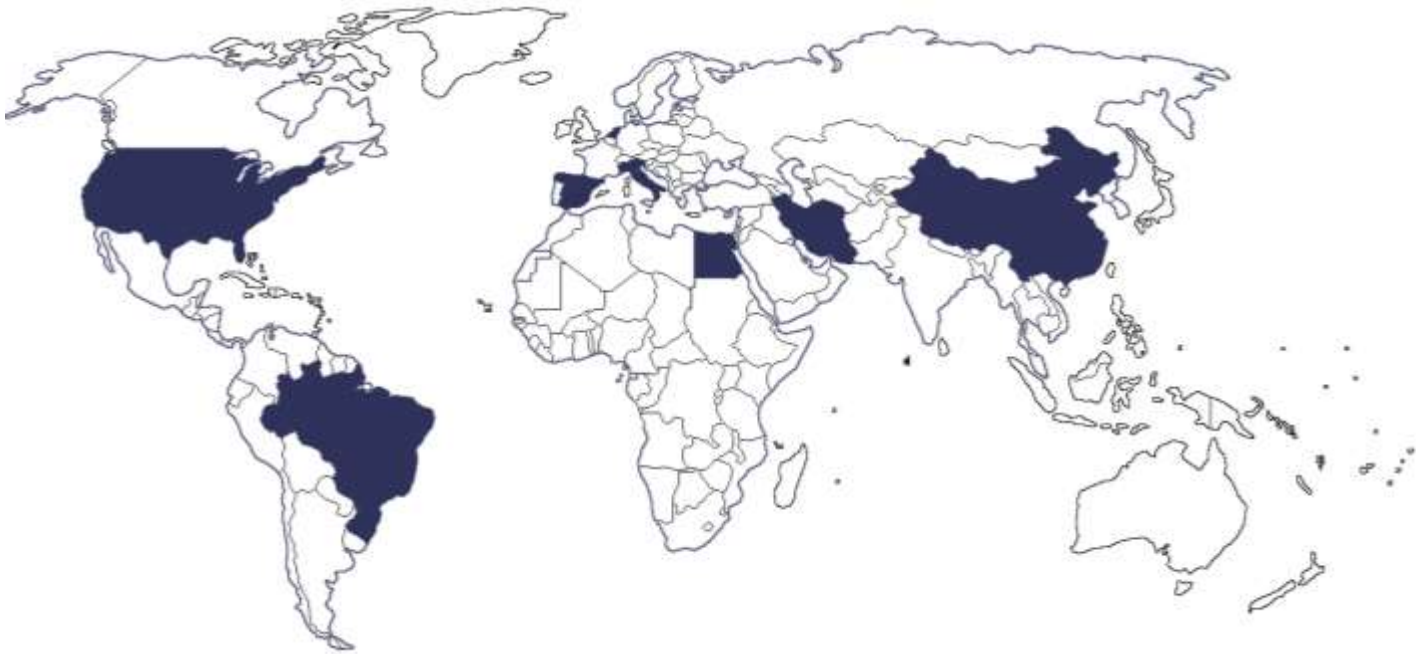
Tabla 3. Resultados obtenidos de cada base y revista

<b>BIBLIOTECA</b>	<b>R. T.<sup>1</sup></b>	<b>R. P.<sup>2</sup></b>	<b>A. R. E.<sup>3</sup></b>	<b>A. P.<sup>4</sup></b>	<b>A. E.<sup>5</sup></b>	<b>A. I.<sup>6</sup></b>
<b>DIGITAL / REVISTA</b>						
PYSCINFO	9969	2	1	1	1	0
MEDLINE	9864	3	1	2	0	2
SCIENCE DIRECT	9500	3	3	0	0	0
EBSCO	8324	2	2	0	0	0
PUBMED	7394	22	0	22	16	6
PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCE	2113	1	1	0	0	0
SCIELO	999	0	0	0	0	0
CONRICYT	529	4	2	2	1	1
AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY	11	0	0	0	0	0
Journal of affective disorders	62	0	0	0	0	0
American Journal of Psychiatry	0	0	0	0	0	0
Journal of Research in Personality	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>48765</b>	<b>37</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>18</b>	<b>9</b>

<sup>1</sup>R. T: Resultados totales, <sup>2</sup>R. P: Resultados posibles, <sup>3</sup>A. R. E: Artículos repetidos eliminados, <sup>4</sup>A. P: Artículos potenciales, <sup>5</sup>A. E: Artículos excluidos, <sup>6</sup>A. I: Artículos incluidos.

Los 9 estudios incluidos en la revisión sistemática se realizaron en poblaciones y países diferentes. En la figura 2, se muestra un mapa en el que aparecen coloreados en azul los países en donde se realizaron los estudios. En cada uno de los países se realizó un estudio, en el caso de Estados Unidos se realizaron 2.





*Figura 2.* Países en donde se realizaron los estudios, se encuentran coloreados en azul; Estados Unidos, Brasil, España, Países Bajos, Italia, Egipto, Irán y China.

En la tabla 4, se reporta por año las características generales de los estudios incluidos en la revisión sistemática, refiriendo: El autor o autores y año de publicación del estudio, el país en que se realizó el estudio, la muestra (n) que se utilizó en el estudio, el tipo de estudio realizado y los hallazgos de cada estudio que fueron útiles para esta investigación.

Tabla 4. *Características de los artículos incluidos en la revisión*

<b>Autores y año</b>	<b>País</b>	<b>n</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Hallazgo</b>
Lanes (2009)	Estados Unidos	264 H; 132 Controles 132 Casos	Estudio transversal, descriptivo	Prev. TLP 37.1% c/AAU y 0.8% s/AAU Identificación de factores de riesgo para actos autolesivos
Pondé y otros (2011)	Brasil	497 H; 290 SC 207 SA	Estudio transversal, descriptivo	Prev. TLP 19.7% en SC 34.8% en SA
Vicens y otros (2011)	España	700 H	Estudio transversal, descriptivo	Prev. TLP del 44%
Mahmood y otros (2012)	Estados Unidos	805 M	Estudio transversal, correlacional	Prev. TLP del 59%
Sephermanesh y otros (2014)	Irán	180 H	Estudio transversal, descriptivo	Prev. TLP del 31.2%
El-Gilany y otros (2016)	Egipto	1350; 1198 H 152 M	Estudio transversal, descriptivo	Prev. TLP en 0.1%

Zhu y otros (2017)	China	2709 M	Estudio transversal, descriptivo	Reportado en un hombre  Prev. TLP del 10.1%
Verdolini y otros (2017)	Italia	526 H; 433 s/AAU 93 c/AAU	Estudio transversal, descriptivo	Prev. TLP: 13.4% s/AAU 65.6% c/AAU Identificación de factores de riesgo para actos autolesivos
van den Brink y otros (2017)	Países Bajos	2527; 2324 H 203 M	Estudio transversal, descriptivo	Prev. TLP: 5% H y 30% M

---

Abreviaturas: H: Hombres, M: Mujeres, SC: Sistema Cerrado, SA: Sistema Semiabierto, s/AAU: Sin Actos Autolesivos, c/AAU: Con Actos Autolesivos, Prev: Prevalencia, TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

Ninguno de los estudios que se obtuvieron tanto en el primer cribado, es decir, desde los 48765 artículos iniciales, cumplió con los objetivos de nuestra investigación, los 9 estudios referidos anteriormente tenían objetivos y metodologías distintas entre cada uno, tales objetivos diferían con los de la presente investigación, es decir, ninguno de los estudios que se incluyó en esta investigación pretendía identificar los factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad con diagnóstico de TLP, por el contrario, el conocer el porcentaje de personas con TLP fue un hallazgo secundario de sus investigaciones, sin embargo, por lo que fueron útiles para esta investigación, fue el conocimiento de la prevalencia reportada del TLP, las características sociodemográficas y clínicas de tales personas, y los factores de riesgo para actos autolesivos que se identificaron en dos de los estudios incluidos. Para estos últimos se consideró relevante incluirlos ya que estudios previos indican que las conductas autolesivas pueden anteceder a un intento de suicidio o a un suicidio.

La muestra o “n” total recabada por los 9 estudios fue de 9516 participantes, de los cuales; 6452 fueron hombres y 3064 mujeres. Respecto a las características sociodemográficas, la edad promedio de todos los participantes fue de 35.6 años con una desviación estándar de 3.8 años. El grado de estudios más prevalente fue la educación secundaria, reportado en 1578 participantes (16.5%), asimismo, se encontró que 2436 participantes (25.6%) se encontraban empleados, previo a la privación de la libertad.

Es importante referir que las características sociodemográficas indicadas no fueron reportadas en todos los artículos, respecto a la escolaridad de los participantes únicamente se obtuvo la información de los estudios de Vicens et al., 2011; Sephermanesh et al., 2014; El-Gilany et al., 2016, y Zhu et al., 2017, de igual manera, el estatus laboral sólo se reportó en los estudios de Vicens et al., 2011; Sephermanesh et al., 2014; El-Gilany et al., 2016, y Zhu et al., 2017.

El Trastorno Límite de la personalidad se diagnosticó en un total de 1397 sujetos que participaron en los 9 estudios, representando el 14.7% de la muestra total. En la figura 3, se observa el número de personas y el porcentaje en que fue

diagnosticado el TLP por cada estudio, destacando que la mayor prevalencia se reportó en el estudio de Mahmood y colaboradores (2012), y la menor prevalencia en el estudio de El-Gilany y colaboradores (2016).

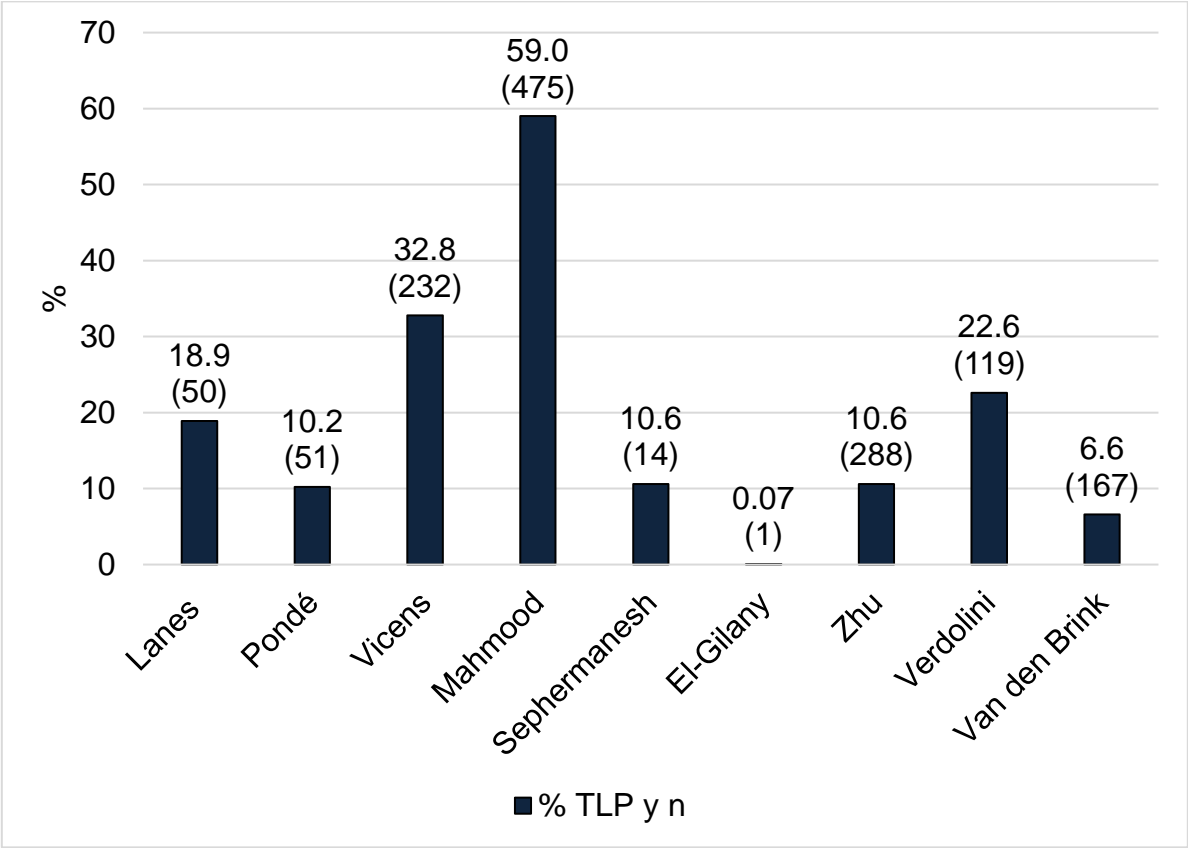


Figura 3. Prevalencia del TLP reportada en cada estudio

También se obtuvo información de los delitos cometidos tanto por personas con diagnóstico de TLP, y de aquellos sin tal diagnóstico, siendo que los 3 delitos que más se cometieron por personas con diagnóstico de TLP de una muestra total de 455 individuos, provenientes de los estudios de Zhu y colaboradores (2017), y van den Brink y colaboradores (2017), fueron; el 33.2% tráfico de drogas, el 18.2% homicidio e intento de homicidio, y el 15.6% agresiones. Hay que destacar que Zhu y colaboradores (2017), diferencian los delitos que cometieron aquellos con TLP y aquellos sin TLP, mientras que el estudio de van den Brink y colaboradores (2017),

aborda únicamente los delitos que fueron cometidos por personas con tal diagnóstico, sin embargo, no fue posible realizar una división precisa de qué delitos habían cometido aquellos con TLP y aquellos sin TLP ya que no se reportó tal diferencia.

Los delitos más frecuentes cometidos por la población restante estudiada (4873 individuos), fueron; 20.8% tráfico de drogas, 13% homicidio y 8.9% robo. Cabe mencionar que se excluyeron los estudios de Pondé y colaboradores (2011), Mahmood y colaboradores (2011) y Verdolini y colaboradores (2017) por no referir los delitos. Es importante resaltar que los estudios restantes incluidos no diferenciaron entre aquellos cometidos por personas con o sin TLP.

Además de los hallazgos mencionados, también se encontraron los siguientes trastornos mentales en 2978 individuos sin que tuvieran comorbilidad con el trastorno límite, siendo: el 25.1% trastornos por uso de sustancias, 18% trastornos de ansiedad y 16% trastornos afectivos. Es importante mencionar que sólo se contó con esta información de los estudios de Lanes, 2011, Vicens y colaboradores (2011), Sephermanesh, y colaboradores (2014), El-Gilany y colaboradores (2016), y Verdolini y colaboradores (2017).

Por su parte, en los estudios de Zhu y colaboradores (2017) y van den Brink y colaboradores (2017), se indicó que los trastornos mentales que presentaron mayor comorbilidad con el TLP en 455 individuos fueron; 55.4% con trastorno por uso de sustancias, 44.2% con trastornos psicóticos y el 29.2% con el trastorno depresivo mayor.

Como se refirió anteriormente, en dos estudios se identificaron factores de riesgo para actos autolesivos en personas privadas de la libertad, destacando que los actos autolesivos a diferencia de los actos suicidas no tienen como fin el término de la vida. Los factores de riesgo para actos autolesivos se señalan en la tabla 5, siendo importante observar que los estudios refieren factores de riesgo distintos, Lanes y colaboradores (2009) abordan tanto factores clínicos (como el diagnóstico de ciertos trastornos) como factores psicosociales, por su parte, Verdolini y colaboradores (2017), refieren únicamente factores clínicos.

Tabla 5. *Factores de riesgo para actos autolesivos*

<b>Lanes, 2009</b>	<b>Verdolini et al., 2017</b>
Antecedentes de intento de suicidio genuino	Trastornos por abuso de alcohol u otras drogas
Antecedente de atención a la salud mental	Trastornos de ansiedad
Diagnóstico de TLP	Diagnóstico de TLP
Diagnóstico de trastornos afectivos	Trastornos afectivos
Antecedentes de abuso o negligencia durante la infancia	Trastorno antisocial de la personalidad

Como se pudo observar en los hallazgos referidos, no se ha establecido una asociación directa de los factores de riesgo para actos suicidas, sin embargo, Sephermanesh y colaboradores (2014), señalan desde su investigación y a manera de reflexión que algunos factores de riesgo para conductas suicidas son el pertenecer a un grupo joven de edad, falta de recursos económicos, abuso de sustancias, factores ambientales, además de contar con algún diagnóstico de trastornos afectivos o de la personalidad.

Con esto último, se puede apreciar una reflexión más general de las implicaciones psicosociales del suicidio, observándolo como un fenómeno multifactorial y de carácter social, y no sólo de carácter individual.

## Discusión

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar los factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, la prevalencia del trastorno en prisión y los actos suicidas relacionados al trastorno límite en dicha población, con el fin de visibilizar tales fenómenos en el ámbito forense y así poder proponer formas de abordar el problema desde la multi e interdisciplina de la Ciencia Forense, expandiendo además, el área de investigación a la Salud Mental Forense.

A partir de esta revisión sistemática no se encontraron estudios que tuvieran como objetivo describir los factores de riesgo para la comisión de actos suicidas en personas privadas de la libertad con TLP, durante el periodo de tiempo señalado y en las bases indicadas previamente, este importante hallazgo sugiere que el estudio de esta población no ha sido abordado desde esta importante y necesaria perspectiva ya que las personas privadas de la libertad y las personas con TLP presentan factores de riesgo en común que los hacen vulnerables a actos suicidas. Por ejemplo, el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, diagnóstico o comorbilidad con el trastorno antisocial, sintomatología o trastorno depresivo, impulsividad (McCracken et al., 1993; Links et al., 1995; Kelly et al., 2000, en Kolla, Eisenberg & Links, 2008), entre otros, por lo que se evidencia la falta de visibilidad de esta población y las vulnerabilidades a las que se encuentran expuestas, además, se ha visto al diagnóstico de TLP como uno de los factores de riesgo para que se cometan conductas de riesgo, más no como a alguien que por padecer TLP puede ser más vulnerable que el resto de las personas a ciertos factores externos, recordando que el ánimo reactivo del TLP le hace proclive a cometer actos impulsivos dentro de los que se encuentran los actos suicidas.

Los resultados también muestran que el porcentaje de TLP en prisiones no presenta diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo en hombres el 65.6% el mayor porcentaje reportado, mientras que para las mujeres fue del 59%. Los porcentajes reportados en los estudios que incluían a mujeres son similares a



los referidos en otros estudios como la revisión sistemática de Fazel y Danesh (2002), en la que describen una prevalencia del TLP hasta del 25% en la población femenina. Respecto a los porcentajes encontrados en hombres, también son muy similares a los que refieren Lamis y colaboradores (2008), quienes obtuvieron un 30.4% de TLP en los hombres.

Otro de los importantes hallazgos en este estudio, es la comorbilidad del TLP reportada en los estudios incluidos; principalmente con trastornos afectivos y trastornos por abuso de sustancias. Tales trastornos son coincidentes con lo reportado en otras investigaciones, siendo la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor y por abuso de sustancias, la más reportada en el estudio de Black y colaboradores (2007), en personas privadas de la libertad.

Lo anterior es muy importante, ya que da cuenta de la presencia de la comorbilidad de estos trastornos con el TLP en las personas privadas de la libertad, recordando que estos trastornos en particular sugieren ser factores de riesgo estrechamente relacionados a los actos suicidas, y que a pesar de ello no se exploraron con la perspectiva del estudio.

Para esta investigación se hipotetizaba la existencia de estudios que identificaran componentes personales, sociales, o ambientales, que pudieran ser estresores o factores de riesgo para que una persona con diagnóstico de TLP en prisión cometiera actos suicidas, ya que como se sabe, el TLP es un trastorno caracterizado por una alta prevalencia de conductas autolesivas, frecuentes intentos de suicidio y alta mortalidad por suicidio, justo como sucede en el ámbito clínico, en donde tales factores de riesgo han sido ampliamente descritos por diversos autores. Siguiendo esta línea, y ya que fueron escasos los estudios al respecto de autolesiones en personas en prisión que se ven relacionados con factores estresantes propios del medio penitenciario y con efectos como la ansiedad que éste ocasiona, los factores para actos autolesivos que se reportaron en este estudio difieren con lo que se ha reportado en algunos estudios en el ámbito clínico como factores de riesgo.

Como referente, los factores de riesgo que se han identificado para actos autolesivos en personas con TLP en el ámbito clínico, incluyen la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor (Corbitt, et al., 1996), labilidad afectiva y sentimientos negativos como el enojo (Brown, Comotis & Linehan, 2002), agresividad (Glenn & Klonsky, 2002), aspectos como la impulsividad (Muehlenkamp, et al., 2009), la baja tolerancia a la frustración y pobre control del estrés (Anestis, et al., 2013). Asimismo, se evidencia la ausencia de estudios que se enfoquen en la identificación de los factores de riesgo para que las personas en prisión con diagnóstico de TLP cometan actos suicidas, derivado de las condiciones de encierro y las consecuencias que conlleva el estar privado de la libertad, que como bien se ha referido, la privación de la libertad en centros penitenciarios sugiere un factor de riesgo para suicidio (Huey y McNulty, 2005).

Respecto al suicidio en personas que se encuentran en prisión, se cuenta con diversas fuentes que dan cuenta de la magnitud del problema en dicha población, aunque, derivado de esta investigación, se da cuenta de la falta de atención que se ha tenido para explorar la prevalencia de este fenómeno relacionado con los trastornos de la personalidad, en específico del TLP, ya que la mayoría de las investigaciones se enfocan en otros trastornos como el trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, entre otros. Siguiendo esta línea, durante la realización de la investigación se observó que la mayoría de los estudios enfocados en trastornos de la personalidad en personas que habían cumplido su condena, es decir, que ya se encontraban en libertad al momento del estudio, tenían como objetivo determinar el riesgo de volver a cometer un delito con base en su diagnóstico, evidenciando la perspectiva de peligrosidad entorno a los trastornos de la personalidad en las personas privadas de la libertad.

En cuanto a la prevalencia de actos suicidas en esta población, no se logró identificar en la literatura, lo que obedece al comentario al inicio, no se han abordado estudios con esta perspectiva durante el periodo de tiempo comprendido del 2009 al 2019 en las bibliotecas digitales mencionadas, a pesar de que, el suicidio en

personas privadas de la libertad ha sido hasta 8 veces mayor en ciertas poblaciones de Estado Unidos, asimismo, en países como Australia y Nueva Zelanda las prevalencias han sido hasta 5 veces mayores (Skegg & Cox, 2000), y como bien lo señalan Fazel y colaboradores (2017), en donde reportaron que los países Nórdicos presentan una tasa de suicidio de más de 100 casos por cada 100,000 personas privadas de la libertad.

Como bien se ha referido con anterioridad, la sobrepoblación es uno de los principales problemas de las prisiones a nivel nacional, que conlleva diversas consecuencias negativas como el hacinamiento (CIDH, 2015; CNDH; 2017), siendo también éste uno de los mayores problemas como consecuencia de la sobrepoblación, ya que vulnera el derecho a la integridad personal de las personas privadas de la libertad, ocasionando conflictos y riñas entre las mismas, la propagación de enfermedades, se dificulta el acceso a servicios básicos, a la salud, entre otros (CIDH, 2015).

Las condiciones de reclusión juegan un papel importante en el deterioro a la salud mental de los individuos, por lo que el conocimiento de dichas condiciones de vivienda también es fundamental si se quiere prevenir el suicidio, de la misma manera, el conocimiento del porcentaje de trastornos mentales en esta población es fundamental para un entendimiento global del problema.

A partir de esta investigación, es posible sugerir que se cuenta con pocos datos de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en general en prisiones, como se pudo observar, la mayoría de los estudios incluidos en esta investigación se realizaron en países como Estados Unidos, España, Italia, China, países catalogados como de primer mundo, sólo uno de los estudios se realizó en un país latinoamericano: Brasil, resaltando nuevamente, que estos estudios no compartieron nuestros objetivos. También se puede sugerir que hay pocos o nulos estudios respecto a la prevalencia de este tema en México, evidenciando la poca investigación en temas de salud mental en general y suicidio en personas privadas de la libertad.

El presente estudio realizado tiene limitaciones al tratarse de una revisión sistemática en la cual sólo se incluyeron aquellos artículos científicos que se encontraban disponibles en las bibliotecas digitales utilizadas para la búsqueda sistemática, sólo se seleccionaron aquellos en idioma español o inglés y sólo se buscaron artículos de los años 2009 a 2019; lo que dio menores resultados en la búsqueda. Asimismo, muchos artículos que pudieron ser útiles para la investigación no se encontraban disponibles en las bibliotecas digitales, haciendo muy difícil su obtención por otros medios. Es relevante mencionar que de manera previa a la investigación se realizaron búsquedas del tema en diferentes revistas indexadas propias del ámbito forense sin tener éxito en la obtención de información útil para la investigación, por lo que no se incluyeron dentro de la misma.

Por otro lado, otra limitante del estudio fue que los estudios incluidos tenían objetivos distintos, por lo que no aportaron datos similares en cuanto a características sociodemográficas y delitos cometidos por las personas con diagnóstico de TLP, así como los factores de riesgo para actos autolesivos, datos que habrían permitido realizar un análisis más completo de los factores de riesgo en esta población.

No se deja de lado la calidad de los hallazgos realizados, haciendo énfasis en la homogeneidad de los resultados, destacando que la mayoría de los estudios utilizó como instrumento de evaluación el DSM-IV o instrumentos basados en el manual, como el MINI plus, lo que permite que los resultados de los diagnósticos sean más homogéneos.

La calidad del método empleado es suficiente para darle a esta investigación un carácter científico de suficiente seriedad, esto con base en que su desarrollo fue bajo los estándares establecidos por la declaración PRISMA para evaluar la calidad de los estudios y disminuir sesgos en la investigación. Viéndose reflejado en el tipo y cantidad de estudios que se incluyeron en la revisión, pasando de tener varios miles a sólo 9. Hay que recordar que con base en lo que establecen algunos autores como Letelier y colaboradores, 2009, las revisiones sistemáticas representan el nivel más alto de evidencia dentro de la jerarquía de la evidencia científica, incluso

por encima de estudios como los ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales, o investigaciones de corte experimental.

Derivado de lo anterior, esta revisión sistemática evidencia la necesidad de realizar más investigaciones, sobre todo en países como México, de la prevalencia de los trastornos mentales en dicha población, así como la necesidad de más investigación en cuanto al abordaje de los factores de riesgo para actos suicidas en centros penitenciarios, abriendo así, un área de oportunidad de investigación para el científico forense, recordando que la Ciencia Forense es multidisciplinaria, por lo tanto, uno de sus interés también debe ser la procuración de la garantía y respeto de los derecho humanos de las personas privadas de la libertad, dentro de los que se incluye el derecho a la salud, tal como lo establece la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015), las Reglas Mínimas para el tratamiento de Reclusos (1955), entre otros tratados internacionales.

Dado que no se identificaron estrategias implementadas con una perspectiva forense, la propuesta desde la Ciencia Forense para plantear posibles formas de abordar el problema es a través de la investigación en salud mental en relación con el ámbito forense, como la Salud Mental Forense, área desde la cual, a través de la investigación, se pueden obtener datos epidemiológicos, clínicos, criminológicos y psicosociales, orientados al conocimiento de las problemáticas planteadas en esta investigación, siempre garantizando y respetando los derechos humanos de las personas privadas de la libertad y con trastornos mentales, con el fin de que se creen políticas o estrategias encaminadas a la prevención de la salud mental de las personas privadas de la libertad en los distintos centros penitenciarios mexicanos, esto con fines preventivos y enfocados a la disminución de dichas problemáticas, ya que al verlas desde la perspectiva de la Ciencia Forense y la salud mental forense, deben ser implementadas desde los inicios del proceso legal, momento en donde se define si una persona es vinculada a un proceso legal o no.

Este punto central es de alta relevancia, ya que durante las primeras horas en que comienza el procedimiento legal, puede ser factible aplicar herramientas diagnósticas para evaluar si una persona presenta riesgo de suicidio, no sólo

evaluando trastornos de la personalidad o algún otro trastorno mental, si no identificando todos aquellos aspectos sociales y de salud que lo pudieran colocar en una situación de vulnerabilidad ante los factores estresores de la prisión. Derivado de ello, se puede evaluar si para el imputado, la prisión preventiva es la opción idónea para llevar su proceso, optando por otras alternativas que garanticen el éxito del proceso y al mismo tiempo garantice el derecho a la salud de éste, entendiendo que la prisión preventiva es una medida en la que al individuo se le priva de la libertad en un centro penitenciario para que se garantice su participación en el proceso penal, y se impone con el fin de que no se extraiga de la acción de la justicia. Sin embargo, se ha observado que, al ser una medida privativa de la libertad y que además se cumple en un centro penitenciario, causa el mismo deterioro en la salud mental en comparación con aquellos individuos que se encuentran privados de la libertad que ya cuentan con una sentencia condenatoria (OMS, 2007), es decir, que el individuo que aún se encuentra en proceso de obtener una sentencia, ya sea condenatorio o absolutoria, sufrirá los mismo efectos en la salud mental , como síntomas depresivos, ansiedad, entre otros, que alguien con sentencia privativa de la libertad.

Lo anterior da cuenta de la importancia de identificar diagnósticos como el TLP, así como su atención y consecuente prevención de los intentos de suicidio y el suicidio durante la privación de la libertad.

Por todo lo anterior, esta investigación sugiere ser relevante y actual, teniendo en cuenta que no hay evidencia publicada que aborde tales factores, lo que indica que aún no se ha abordado la perspectiva con la que se realizó este estudio, también, es vigente y de gran importancia para el sistema de justicia dado que el suicidio en los centros penitenciarios es un fenómeno que aumenta gradualmente y es mayor en comparación con otras poblaciones.

De igual manera, la relevancia de esta investigación yace en la propuesta de prevenir este fenómeno desde el comienzo del procedimiento legal y de las futuras investigaciones a las que la presente da pie, siempre con una visión desde la Ciencia Forense y la Salud Mental Forense.

## Conclusiones

1. No se identificaron estudios que abordaran los factores de riesgo para actos suicidas en personas privadas de la libertad con trastorno límite de la personalidad, sin embargo, es el hallazgo más relevante en cuanto al no existir literatura a nivel internacional y nacional que aborde esta perspectiva, resaltando la relevancia de esta investigación.
2. Se identificó la prevalencia del trastorno límite de la personalidad en 9 estudios a nivel internacional, además, tal prevalencia es similar a las reportadas en literatura previa a la investigación en personas privadas de la libertad; sin embargo, las prevalencias se obtuvieron de estudios de los que su objetivo principal fue distinto a los planteados en esta investigación.
3. No se identificaron prevalencias de actos suicidas relacionados con personas privadas de la libertad con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en la literatura a nivel internacional y nacional, evidenciando que, pese a que el suicidio es un fenómeno frecuente en tal población aún no se han abordado todas las perspectivas para su manejo.
4. El trastorno límite de la personalidad sugiere ser un factor de riesgo para cometer actos autolesivos en personas privadas de la libertad, más no se ha considerado que las personas con TLP son un grupo vulnerable y susceptibles a circunstancias personales y sociales que pueden orillarlos a cometer actos autolesivos y suicidas.
5. Es necesario realizar más investigaciones en México sobre la prevalencia de trastornos de la personalidad y el suicidio en población privada de la libertad, ya que no se identificaron estudios que abordaran dichos temas, asimismo, más investigación sobre la salud mental de esta población y las consecuencias de la falta de su procuración.
6. Debido a que muchas de las publicaciones encontradas respecto a trastornos de la personalidad y personas privadas de la libertad se centraban en cuestiones de riesgo de reincidencia delictiva o peligrosidad, es necesario investigar más bajo la perspectiva del respeto y garantía de los derechos

humanos de estas personas, en vez de crear estigma en las personas con tales diagnósticos.

7. No se identificaron formas de abordar el problema desde la perspectiva del área forense, por ello, en esta investigación se propone visibilizar la problemática en el contexto forense con un enfoque interdisciplinario al abordar los procesos de carácter jurídico que podrían tener implicaciones en la salud mental. De este modo, la presente investigación brinda un acercamiento a posibles formas de abordar el problema con una perspectiva interdisciplinaria y de respeto de los derechos humanos.



## Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a ed.). Arlington V. A.: American Psychiatric Publishing.
- Ávila, J., Escobar, F., y Chica, H. (2005). Prevalencia de ansiedad y depresión en alcohólicos hospitalizados para desintoxicación en Bogotá. *Revista de la Facultad de Medicina*, pp. 219-225.
- Bermúdez-Fernández, J. F. (2013). Efectos psicológicos del encarcelamiento. En J. C. Sierra, E. Jiménez, y G. Buela-Casal, *Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 404-430). Madrid: Biblioteca Nueva Universidad.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., y Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder, prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders*, pp. 226-239.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. D., Dulit, R. A., y Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, pp. 1715-1719.
- Chesin, M. S., Jeglic, E. L., y Stanley, B. (2010). Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder. *Archives of Suicide Research*, pp. 342-362.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). *Situación de los Derechos Humanos en México*. Organización de los Estados Americanos.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2017). *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria*. México.
- Espinosa, J. J., Blum, B., y Romero, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, pp. 317-325.
- Fazel, S., y Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, pp. 956-965.
- Fazel, S., y Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, pp. 545-550.
- Fazel, S., Ramesh, T., y Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, pp. 942-956.

- Fossati, A., Maffeti, C., Bagnato, M., Battaglia, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., y Prolo, F. (2000). Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*. 41(3), pp. 206-215.
- Fyer, M. R., Frances, A. J., Sullivan, T., Hurt, S. W., y Clarkin, J. (1988). Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, pp. 737-739.
- Giner, L., Blasco-Fontecilla, H., Perez-Rodriguez, M. M., Garcia-Nieto, R., Giner, J., Guija, J. A., Rico, A., Barrero, E., Luna, M., A., de Leon, J., Oquendo, M., A., y Baca-Garcia, E. (2013). Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *Journal of Affective Disorders*, pp. 474-483.
- Gunderson, J., y Links, P. (2008). *Borderline Personality Disorder. A clinical guide*. Arlington V. A: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, pp. 66-74.
- Higgins, J. P., y Green, S. (. (2011). Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. The Cochrane Collaboration.
- Huey, M. P., y McNulty, T. L. (2005). Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *The Prison Journal*. Obtenido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1009.7792&rep=rep1&type=pdf>
- Isometsä, E. T., Heriksson, M. M., Heikkinen, M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Kuoppasalmi K. I., y Lönnqvist, J. Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153(5), pp. 667-673.
- Lamis, D. A., Langhinrichsen-Rohling, J., y Simpler, A. H. (2008). The associations among personality disorder symptoms, suicide proneness and current distress in adult male prisoners. *Personality and Mental Health*, 2, pp. 218-229.
- Last, J. (2001). *A dictionary of epidemiology*. USA: Oxford University Press.
- Ley Nacional de Ejecución Penal. (16 de junio de 2016). México: Diario Oficial de la Federación.

- Martínez, J. N. I. y Monroy, N. (2018). Psiquiatría Forense: alcance contemporáneo, retos y controversias. En: Z. García, F. López, & L. Goslinga (coords.) *Temas de vanguardia en Ciencia Forense* (pp. 115-133). México: Tirant lo Blanch.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., More, L. C., Zanarini, M. C., y Stout, R. L., (2000) The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*, 102, pp. 256-264.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., y Dougherty D. M. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 158 (11), 1783-1793.
- Nica, I., y Links, P. S. (2009). Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. *Current Psychiatry Reports*, 11, pp. 74-81.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Johns Bloomberg School of Public Health*, pp. 133-154.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Ginebra: Departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS.
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E., y Söderberg, S. (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders: A comparison of a self-report questionnaire with a structured interview. *European Psychiatry*. 13, pp. 246-253.
- Paris, J. (2008). *Treatment of Borderline Personality Disorder: Guide to evidence based practice*. New York: Guilford Press.
- Paris, J., y Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), pp. 482-487.
- Patterson, R. F., y Hughes, K. (2008). Review of completed suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation, 1999 to 2004. *Psychiatric Services*, pp. 676-682.
- Paulus, P. B., y Dzidolet, M. T. (1993). Social influence processes in group brainstorming. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. 575-586.
- Preti, A., y Cascio, M. T. (2006). Prison suicides and self-harm behaviours in Italy, 1990-2002. *Medicine, Sciences and the Law*, pp. 119-128.
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu III, J., Brown, C. H., Costa Jr, P. T. y Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180(536), pp. 536-542.

- Simon, R. I. (2004). *Suicide risk. Guidelines for clinically based risk management*. London, England: American Psychiatric Publishing.
- Skegg, K., y Cox, B. (2000). Impact of psychiatric services on prison suicide. *The Lancet*, pp. 1436-1438.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., y Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, pp. 1316-1323.
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, Ö., Von Cube, R., Skaletz, C., Lieb, K., y Dahmen, N. (2009). Gender differences in Axis I and Axis II comorbidity in patients with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, pp. 257-263.
- ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., y de Graaf, R. (2016). Prevalence of borderline personality disorder symptoms: A study base don the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16(249).
- Wedig, M. M., Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., y Zanarini, M. C. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*.
- Yen, S., Tracie, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlasahn, T. H., Znarini M. C., Morey, L. C. (2004). Borderline personality disorder criterio associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 1296-1298.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., y Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 162, pp. 1911-1918.

## Anexo 1. Declaración PRISMA

Sección/tema	#	Ítem	Presente en página #
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática, metaanálisis o ambos.	
<b>RESUMEN</b>			
Resumen estructurado	2	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática.	
<b>INTRODUCCIÓN</b>			
Justificación	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	
Objetivos	4	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (PICOS).	
<b>MÉTODOS</b>			
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión al se pueda acceder (por ejemplo, dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluyendo su número de registro.	
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (por ejemplo, PICOS, duración del seguimiento) y de las características (por ejemplo, años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación.	
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada.	
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica en, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados de tal forma que pueda ser reproducible.	
Selección de los estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ejemplo, el cribado y la elegibilidad incluidos en la revisión sistemática y, cuando sea pertinente, incluidos en el metaanálisis).	
Proceso de recopilación de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ejemplo, formularios dirigidos, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores.	
Lista de datos	11	Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, PICOS fuente de financiación) y cualquier asunción y simplificación que se hayan hecho.	

Riesgo de sesgo en los estudios individuales	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo esta información se ha utilizado en la síntesis de datos.	
Medidas de resumen	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ejemplo, razón de riesgos o diferencia de medias).	
Síntesis de resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, si se hiciera, incluyendo medidas de consistencia (por ejemplo, I <sup>2</sup> ) para cada metaanálisis.	
Riesgo de sesgo entre los estudios	15	Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ejemplo, sesgo de publicación o comunicación selectiva).	
Análisis adicionales	16	Describir los métodos adicionales de análisis (por ejemplo, análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), si se hiciera, indicar cuáles fueron preespecificados.	

<b>RESULTADOS</b>			
Selección de estudios	17	Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la revisión, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo.	
Características de los estudios	18	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ejemplo, tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas.	
Riesgo de sesgo en los estudios	19	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del sesgo en los resultados (ver ítem 12).	
Resultados de los estudios individuales	20	Para cada resultado considerado para cada estudio (beneficios o daños), presentar: a) el dato resumen para cada grupo de intervención y b) la estimación del efecto con su intervalo de confianza, idealmente de forma gráfica mediante un diagrama de bosque (forest plot).	
Síntesis de los resultados	21	Presentar resultados de todos los metaanálisis realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia.	
Riesgo de sesgo entre los estudios	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (ver ítem 15).	
Análisis adicionales	23	Facilitar los resultados de cualquier análisis adicional, en el caso de que se hayan realizado (por ejemplo, análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión [ver ítem 16])	
<b>DISCUSIÓN</b>			
Resumen de la evidencia	24	Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ejemplo, proveedores de cuidados, usuarios y decisores en salud).	

Limitaciones	25	Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (por ejemplo, riesgo de sesgo) y de la revisión (por ejemplo, obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva).	
Conclusiones	26	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias así como las implicaciones para la futura investigación.	
<b>FINANCIACIÓN</b>			
Financiación	27	Describir las fuentes de financiación de la revisión sistemática y otro tipo de apoyos (por ejemplo, aporte de los datos), así como el rol de los financiadores en la revisión sistemática.	

