

ANEXO

Expedientes: CDHDF/II/121/IZTP/17/P7381 y CDHDF/II/121/IZTP/17/P7406

Víctimas directas: [Mujer Víctima Directa 1] y [Mujer Víctima Directa 2]

Víctimas indirectas: [Víctima indirecta 1], [Víctima indirecta 2], [Víctima indirecta 3], [Víctima indirecta 4] en relación con la [Mujer Víctima Directa 1] y [Víctima indirecta 5] en relación con la [Mujer Víctima Directa 2]

1. Acta circunstanciada de 24 de octubre de 2017, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Posterior al recorrido de verificación realizado por el Dormitorio A en sus tres niveles, se tuvo una reunión con la [...] Directora del Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla, en la cual se plantearon las observaciones realizadas por este Organismo, así como las peticiones formuladas por algunas mujeres privadas de libertad, en relación con agresiones físicas entre ellas y de personal de seguridad y custodia.

Al respecto, la servidora pública manifestó, entre otros, que la señora **[Víctima Directa 1]** [...] y para ello, en ocasiones, ingresa a las estancias de sus compañeras, a pesar de que se encuentra a puerta cerrada, esto lo realiza “descolgándose” por la parte de atrás, en las llamadas “pichonerías” o “zonas muertas”, rompiendo vidrios y dañando la malla para ingresar por la ventana del baño [...].

Ante ello, personal de esta Comisión alertó a la servidora pública sobre el riesgo que representaba que una persona se “descolgara” por una ventana para ingresar a una estancia diversa, solicitando que se revisara esa situación y se adoptaran las medidas para evitar que **[Víctima Directa 1]** o cualquier otra persona privada de libertad tuviera acceso a las “pichonerías”, comprometiéndose la servidora pública a atender lo solicitado.

[...]

2. Acta del Comité Técnico de 25 de octubre de 2017, suscrita por la Directora, la Subdirectora Jurídica, la Encargada de la Subdirección Técnica, la Encargada de la Subdirección de Enlace Administrativo, la Subdirectora de Seguridad, la Representante de la U.D. de Educ., Cult. y Rec., el Encargado de la oficina de C.D.U.D.T. y el Jefe de la Oficina de Criminología, todas personas servidoras públicas adscritas al Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla (en adelante CFRSSMA), dependiente entonces de la Secretaría de Gobierno y actualmente de la Secretaría de Seguridad Ciudadana, ambas de la Ciudad de México, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

ESTE COMITÉ TÉCNICO UNA VEZ OTORGADO SU DERECHO DE AUDIENCIA, LEGALIDAD Y DEFENSA EL PLENO DETERMINÓ, POR TRANSGREDIR LA FRACCIÓN II, III, VI DEL ARTÍCULO 96 Y LA FRACCIÓN IV DEL ART. 97 DEL REGLAMENTO DE LOS CENTROS DE RECLUSIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SE ACORDÓ APLICARLE LA SIGUIENTE SANCIÓN DISCIPLINARIA A **[Víctima Directa 2]** CONSISTENTE: TRASLADO DE DORMITORIO AL A-214, UN PERIODO DE 15 DÍAS, A PARTIR (sic) 17 AL 31 DE OCTUBRE DE 2017 Y **[Víctima Directa 1]** CONSISTENTE: TRASLADO A DORMITORIO A-309 (sic) UN PERIODO DE 15 DÍAS, A PARTIR (sic) 17 AL 31 DE OCTUBRE DE 2017

[...]

3. Parte informativo CFRSSMA/SS/804/17 de 27 de octubre de 2017, suscrito por tres Técnicas en Seguridad del Primer Turno, adscritas al CFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] estando en la repartición de alimentos a las 10:00 horas aproximadamente en el tercer nivel del Dormitorio A y dejándole a la estancia A-309 hasta que le toque su turno la (sic) persona (sic) privada (sic) de su libertad de nombres **[Víctima Directa 1]** y **[Víctima Directa 2]** se saltan por la pichonera que da a la estancia A-308 y saltándose de la ventana del baño y llegando hasta la planta baja, para reclamarnos que porque (sic) no eran sacadas al mismo tiempo que todas, explicándole que esta (sic) por consigna sacarlas hasta que todas sus demás compañeras salgan, por lo que muy enojadas dicen “van a valer madre y ya verán que les va a pasar, tenemos derechos” ya que dichas personas privadas de su libertad se niegan a encerrarse alterando el orden de dicho Dormitorio por lo que se informa a la Jefa de Grupo en turno la cual a el (sic) lugar para dialogar con ellas y conducir las a su estancia, negándose a su certificación.

[...]

4. Certificado de Estado Psicofísico de las 17:00 horas del 27 de octubre de 2017, suscrito por una doctora adscrita a la Unidad Médica del Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla (en adelante UMCFRSSMA), de la entonces Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios (en adelante DSMLR), dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (en adelante SEDESA), del cual se desprende lo siguiente:

[...].

Nombre: **[Víctima Directa 2]**.

[...].

Exploración médica: [...] consciente, marcha normal, con aumento de volumen en ceja derecha, con equimosis morado.

Clasificación provisional de lesiones y/o conclusiones:
Lesión que tarda en sanar menos de 15 días.

[...]

5. Certificado de estado Psicofísico de las 17:06 horas del 27 de octubre de 2017, suscrito por una doctora adscrita a la UMCFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

[...]

Consciente, marcha normal, sin lesiones externas (ilegible).

Clasificación provisional de lesiones y/o conclusiones: Sin clasificación.

[...]

6. Parte informativo CFRSSMA/SS/802/17 de 27 de octubre de 2017, suscrito por dos Técnicas en Seguridad del Primer Turno adscritas al CFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] siendo aproximadamente las 21:00 horas del día de la fecha, al encontrarnos de servicio en el dormitorio A de medidas cautelares al término de la caminata de las personas privadas de su libertad de nombre **[Víctima Directa 1]** y **[Víctima Directa 2]** que de manera cautelar se encuentran en este (sic), se les indica se conduzcan a sus estancias, por lo que estas refieren que “de huevos no se subirán y que les vale verga” reiterándoles e indicándoles que una vez al término de su llamada y caminata deben ingresar a su estancia, continuando las citadas en su negativa y tornándose en una resistencia más agresiva, por lo que vía radio se solicita el apoyo del rondín llegando al dormitorio las encargadas del grupo así como el rondín, una vez informándoles de los hechos, se exhorta mediante comandos verbales a las personas que nos ocupan que de manera cautelar se encuentran en el citado dormitorio ingresen a sus estancias por lo que estas refieren si (sic) jefas nos vamos a subir pero van a valer madres al llegar a la reja para ingresar al pasillo de las estancia (sic) reaccionan, oponiéndose estas a lo indicado resistiéndose de manera violenta lanzando golpes y portando en su mano derecha la persona privada de su libertad de nombre **[Víctima Directa 1]** un objeto punzocortante amenazando y gritando [...] así mismo la persona privada

de la libertad de nombre **[Víctima Directa 2]** portando en su mano derecha un objeto punzocortante amenazando y gritando [...] por lo que de inmediato se procede a controlar a las citadas momento en que la persona privada de su libertad **[Víctima Directa 1]** se comienza a autolesionar en la pierna derecha con el objeto punzocortante que portaba así mismo la persona privada de su libertad de nombre **[Víctima Directa 2]** agrede físicamente al personal por lo que de inmediato se procede a la reducción física de las citadas para evitar continúen auto agrediendo y garantizar la integridad física del personal, una vez neutralizando los actos de resistencia las que nos ocupan son conducidas al servicio médico para la atención de estas, [...].

Informando a la Jefa de Unidad Departamental en turno de los hechos, quien determina que una vez siendo certificadas y valoradas sean conducidas a su estancia y dormitorio de origen, se redacte el presente para conocimiento y determinación del Comité Técnico.

[...].

7. Certificado de estado psicofísico de las 21:13 horas del 27 de octubre de 2017, suscrito por una doctora adscrita a la UMCFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

[...]

Consciente, orientada, presenta excoriación no sangrante de dos milímetros en mejilla derecha, otra de tres mm en mejilla izquierda, otra irregular de punto cinco cms en cuello cara lateral izquierda, múltiples equimosis circulares obscura de un cms cada una en hombro y brazo izquierdo tercio proximal, una equimosis rojiza de un cms tercio medio de antebrazo izquierdo, dos costras hemáticas frescas de dos mm cada una en tercio distal de antebrazo derecho cara externa. Presenta cuatro lesiones puntiformes de dos mm cada una en tercio medio de muslo derecho cara (ilegible) y cuatro lesiones con costra hemática fresca de dos mm cada una en tercio proximal de pierna derecha.

Clasificación provisional de lesiones: Lesiones que sanan en menos de quince días.

[...]

8. Nota Médica de las 21:20 horas del 27 de octubre de 2017, suscrita por una doctora adscrita a la UMCFRSSMA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

[...]

Paciente femenina [...] es traída por seguridad y custodia a certificación de estado psicofísico, se envía a curación por presentar costras hemáticas frescas en muslo derecho y pierna derecha.

A la E.F. consciente, irritable, [...] presentando múltiples contusiones ya descritas en certificado de lesiones y heridas con costra hemática fresca, pupilas isocóricas normorrefléxicas, narinas permeables, cavidad oral hidratada, faringes no congestionadas, cuello cilíndrico, ruidos cardíacos rítmicos en tono y frecuencia, CsPs bien ventilados sin estertores ni sibilancias, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando, depresible, no doloroso sin datos de irritación, extremidades simétricas, pulsos presentes sin edema presentando heridas con costra hemática fresca en muslo y pierna derechas puntiformes.

Buen pronóstico.

IDx. Policontundida + Heridas en muslo y pierna derecha.

Se realizó curación en heridas de muslo y pierna derecha no requiriendo sutura. Se recomienda curación con agua y jabón por tres días. Cita abierta a Urgencias en caso de sangrado, secreción o dolor.

[...]

9. Certificado de Estado Psicofísico de las 21:22 horas del 27 de octubre de 2017, suscrito por una doctora adscrita a la UMCFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima Directa 2]

[...]

Consciente, orientada, presenta una excoriación irregular, puntiforme en dorso tercio proximal de mano, una excoriación de dos cm. en temporal derecho, una sugilación rojiza en cuello cara lateral izquierda, una equimosis irregular verdosa de cinco cms. en tercio proximal brazo derecho, una equimosis amarilla irregular de dos cms en brazo izquierdo tercio proximal cara interna, una equimosis verdosa de tres cm. con costra hemática seca de un cm en tercio distal cara interna de antebrazo izquierdo.

Clasificación Provisional de lesiones y/o conclusiones:
Lesiones que sanan en menos de quince días.

[...]

10. Parte informativo CFRSSMA/SS/808/17 de 28 de octubre de 2017, suscrito por una técnica en seguridad del segundo grupo, adscrita al CFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] siendo aproximadamente las 14:30 horas del día de la fecha al encontrarnos de servicio en el dormitorio “A” específicamente en medidas cautelares, se encuentra la superioridad dando un recorrido en los diferentes nivel, y al abrir la estancia 309 para que salgan las personas privadas de su libertad **[Víctima Directa 1]** y **[Víctima Directa 2]** por sus alimentos, estas (sic) comienzan a discutir y a agredirse físicamente por lo que procedemos a separarlas; gritando **[Víctima Directa 2]** y **[Víctima Directa 1]** que no nos metiéramos que son problemas de pareja, comenzando a insultar al personal de seguridad [...], la Superioridad da la indicación de que **[Víctima Directa 2]** sea conducida a la estancia 214 y **[Víctima Directa 1]** permanezca en su estancia, para salvaguardar su integridad física como medida precautoria. Hasta que el Comité Técnico determine lo conducente.

Cabe hacer mención que las personas privadas de su libertad no fueron certificadas debido a la alteración en la que se encontraban.

[...]

11. Nota Médica de las 17:40 horas del 28 de octubre de 2017, suscrita por una doctora adscrita a la UMCFRSSMA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

[...]

Se trata de paciente femenina [...] traída por seguridad y custodia refiriendo caída de aproximadamente 10 mts de altura.

E.F. se encuentra consciente, orientada, tranquila, coherente y congruente, con escala de Glasgow de 15 puntos a expensas de 0.4, V5 y M6, cráneo normocéfalo, pupilas normorrefléxicas, narinas permeables, palidez de tegumentos, cavidad oral semihidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando y depresible, sin datos de irritación peritoneal, miembro torácico izquierdo con deformidad y crepitación en muñeca, signo de acordeón en pelvis positivo, extremidades con dolor en tobillo bilateral a nivel maleolar externo, edema +, llenado capilar lento.

Comentario: femenino de la cuarta edad de la vida, la cual refiere seguridad y custodia realiza amarre de varias sábanas o cobijas para tratar de bajar del tercer piso y que al parecer son vencidas por su propio peso, razón por la cual cae, mismo personal refiere ser consumidora de

activo, solvente y piedra. Paciente que no se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico. Se envía a hospital por riesgo de deterioro neurológico. Se administran soluciones isotónicas y antiinflamatorio no esteroide del tipo ketorolaco.
IDx. Traumatismo craneoencefálico leve según OMS. Pb Fx de muñeca izquierda. Pb fx de pelvis. Pb fx de tobillo bilateral.
Pronóstico: Grave. Malo para la vida y la función.

[...]

12. Sistema de referencia y contrarreferencia de 28 de octubre de 2017, suscrito por una doctora adscrita a la UMCFRSSMA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

[...]

Unidad que refiere: CFRSSMA

Unidad a la que se refiere: H. G. Balbuena. Servicio al que se envía: Urgencias.

[...]

Femenino [...] que es traída por custodios refieren caída de un tercer piso. Refieren (ilegible) en brazo y pierna izquierda (ilegible).

E.F. Se encuentra consciente, orientada, cardiopulmonar sin compromiso, extremidad torácica izquierda presenta deformidad, aumento de volumen, disminución de arcos de movilidad pierna izquierda presenta herida ovalada de 1 cm en muslo derecho con equimosis violácea.

Pb. Adicta a consumo de sustancias químicas.

IDx. Policontundida

Pb. Fx. mano izquierda

Pb. Fx. Columna – cadera

Pb. Fx tobillo derecho

[...]

13. Nota de Ingreso al Servicio de Urgencias Reanimación de las 20:00 horas del 28 de octubre de 2017, suscrita por un médico adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General Balbuena (en adelante HGB), de la entonces Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, actual Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias (en adelante DGPSMU), dependiente de la SEDESA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

[...]

[...] traída por personal custodio procedente de centro penitenciario de Santa Martha Acatitla [...].

Interrogatorio: indirecto (hoja de referencia y personal custodio)

Motivo de ingreso: Paro cardiorrespiratorio

[...]

PADECIMIENTO ACTUAL: A decir de hoja de referencia inicia su padecimiento actual aproximadamente a las 17:00 horas tras caer de tercer piso, presentando contusión en pierna derecha, resto de la cinemática se desconoce. Es encontrada por personal custodio y médico quien acude a valoración inicial al servicio médico, diagnosticándose con policontusión, probable fractura de mano izquierda, probable fractura de cadera, probable fractura de tobillo, se envía a esta unidad para su valoración acompañada de personal paramédico.

Signos vitales: TA 0/0 mmHg, FR 0, FC 0, Temp 35 grados Sat -.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Se encuentra femenino de edad aparente a la cronológica, encontrándose a su llegada con ausencia de signos vitales. Las funciones mentales y nervios craneales no son valorables. Cráneo sin evidencia de lesiones, pupilas isocóricas, hiporreflécticas al estímulo luminoso, narinas permeables, mucosa oral pálida. Cuello sin presencia de lesiones, no se palpan escalonamientos. Tórax presenta equimosis en región paraesternal izquierda, cuenta con cicatriz de aproximadamente 10 cm de bordes bien afrontados, no reciente, sin presencia de crépitos, ni enfisema subcutáneo, con movimientos adecuados de amplexión y amplexación tras ventilación con ambu, sin presencia de estertores o sibilancias, con disminución de los ruidos ventilatorios en hemitórax del lado derecho, mate a la percusión, compatible con hemotórax derecho. Los ruidos cardiacos ausentes. Abdomen globoso a expensas de abundante panículo adiposo, peristalsis ausente, no cuenta con datos de lesiones, pelvis no basculante. Genitales con presencia de restos hemáticos, en región sacra presenta equimosis de aproximadamente 10x5 cm, así como otra equimosis en glúteo izquierdo de 15x10 cm. Extremidad superior derecha íntegra, extremidad contralateral con presencia de múltiples equimosis en cara lateral de antebrazo, con crepitación en muñeca, pulsos ausentes, llenado capilar ausente. Extremidad inferior izquierda con presencia de múltiples equimosis de forma circular, en cara lateral de pierna. Extremidad inferior derecha en cara lateral de la pierna a nivel de muslo presenta cuatro lesiones de bordes irregulares, sin presencia de sangrado, a nivel de la región tibial lateral externa presenta 6 lesiones puntiformes de bordes equimóticos, sin presencia de sangrado.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

1. Intubación orotraqueal.
2. Venodisección derecha e izquierda.
3. Colocación de catéter venoso central supraclavicular izquierda.
4. Maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar.
5. Toma de electrocardiograma.
6. Administración de hemoderivados.

Se trata de femenino de la cuarta década de la vida quien se encuentra en esta unidad tras detectarse ausencia de signos vitales, iniciándose maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiopulmonar, se realiza intubación orotraqueal al primer intento con cánula 7.5 fijada a 22 cm de la arcada dentaria, se canaliza vía periférica, así como se coloca catéter venoso central y dos vías centrales por venodisección. Se brinda reanimación cardiopulmonar por espacio de una hora, sin presentarse retorno a la circulación espontánea. Se determina hora de la muerte 21:12 horas.

[...]

14. Oficio CFRSSMA/SS/809/2017, Parte Informativo de 28 de octubre de 2017, suscrito por dos técnicas en seguridad del segundo grupo, adscritas al CFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] siendo aproximadamente las 17:20 horas del día de la fecha, encontrándonos de servicio en el dormitorio "A" específicamente en medidas cautelares al estar abriendo estancias en el primer nivel para que las personas privadas de su libertad bajen por sus alimentos (cena) y a su caminata, se escuchan muchos ruidos provenientes del tercer nivel dirigiéndome al lugar, en ese momento gritan varias personas privadas de su libertad desconociendo los nombres "jefa ya se cayó **[Víctima Directa 1]** hacia las áreas verdes" percatándome que la persona privada de su libertad, **[Víctima Directa 1]** se encuentra tirada en las áreas verdes de su dormitorio, volteo hacia arriba y observo que hay una tira de cobijas atada al Ángulo de la reja de protección y un hoyo en la misma, de inmediato solicito vía radio el apoyo del personal de Seguridad, y la paramédico, acudiendo al lugar la Líder Coordinador de Proyectos A, la Enc. De Inspector de Seguridad en turno, la Subdirectora de Seguridad, la J.U.D. De los Servicios de apoyo y la [...] enfermera en turno quien solicita la camilla de la ambulancia para conducirla de inmediato al servicio médico donde se le dan los primeros auxilios y es canalizada para posteriormente ser trasladada al Hospital General Balbuena urgencias, el área de servicio médico realiza la referencia médica para el área jurídica y a su vez a Seguridad para realizar su traslado en la Ambulancia, con enfermera antes mencionada.

[...]

15. Oficio CFRSSMA/SS/810/2017, Parte Informativo de 28 de octubre de 2017, suscrito por dos técnicas en seguridad del segundo grupo, adscritas al CFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] el día de la fecha, se nos da aviso vía radio para presentarnos al área de vehículos a realizar un traslado médico de urgencia de la persona privada de su libertad de nombre **[Víctima Directa 1]** al hospital general Balbuena a bordo de la ambulancia con número de placas [...] acompañados de la enfermera [...] para auxiliar a dicha persona, saliendo aproximadamente a las 18:25 horas llegando al hospital a las 19:05 horas aproximadamente, ingresando por el área de urgencias, bajándose inmediatamente la [...] Tec. en Seguridad para realizar el registro dándonos la indicación en dicha área que bajáramos a **[Víctima Directa 1]** para que fuera valorada en el consultorio numero 2 donde le tomaron sus signos vitales y le preguntaron que si padece alguna enfermedad respondiendo **[Víctima Directa 1]** que padece [...], la Doctora nos da una orden con número de registro [...] para presentarla a RX. de tobillo AP. Lateral, Tórax, Abdomen, Cervical AP. Lateral y Antebrazo AP. lateral presentándola a dicha área y empezándole a realizar las tomas a las 19:25 aproximadamente, solicitándonos el radiólogo el apoyo para poner a **[Víctima Directa 1]** en las posiciones requeridas, cabe mencionar que al terminar las tomas **[Víctima Directa 1]** vomita y posteriormente es llevada al área de observación donde se nos indicó al ingresar a dicha área las Doctoras se percataron del estado crítico de **[Víctima Directa 1]** por lo que de inmediato la pasamos al área de Choque donde es atendida por personal médico de dicho hospital, donde permanecemos en todo momento al pendiente esperando Indicaciones.

Posteriormente alrededor de las 22:00 horas aproximadamente uno de los Doctores que la atendieron nos reporta que el deceso fue a las 21:12 horas quedándonos en el área resguardando el cuerpo y esperando indicaciones.

[...]

16. Oficio sin número, de 28 de octubre de 2017, suscrito por la [...], Subdirectora de Seguridad, adscrita al CFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] siendo aproximadamente las 17:20 hrs. del día de la fecha las técnicas en seguridad [...] y [...] quienes se encuentran comisionadas en el dormitorio A, de medidas Cautelares solicitan el apoyo vía radio del personal de seguridad y de la paramédico, acudiendo de inmediato al dormitorio la suscrita y la J.U.D. De Los Servicios de Apoyo se me informa que la persona privada de su libertad de nombre **[Víctima Directa 1]** del dormitorio A, estancia 309 se había caído hacia las áreas verdes.

Al dirigirnos a áreas verdes nos percatamos que la persona privada de su libertad de nombre **[Víctima Directa 1]** se encontraba tirada sobre el piso; por lo que se presenta la enfermera en turno [...], solicitando la camilla de la ambulancia para canalizarla de inmediato al servicio médico de la institución para su atención y valoración, siendo atendida por la Dra. [...]

quien determina sea trasladada en ambulancia con el apoyo de la enfermera en turno al Hospital General Balbuena en el servicio de urgencias. Siendo aproximadamente las 18:25 horas en que se realiza el traslado.

Posteriormente aproximadamente (sic) las 21:12 horas del día de la fecha, vía telefónica me informa el Técnico en Seguridad [...] quien se encuentra de apoyo en el Hospital General de Balbuena que el encargado del área de urgencias [...] le informa del deceso de la persona privada de su libertad de nombre: **[Víctima Directa 1]** quien se encontraba con Prisión Preventiva, en el área de medidas cautelares [...] desde el día 09 de marzo del año 2017 [...], siendo de nacionalidad mexicana.

[...]

17. Peritaje de Necropsia de 29 de octubre de 2017, suscrito por un perito médico forense adscrito al entonces Instituto de Ciencias Forenses, actual Instituto de Servicios Periciales y Ciencias Forenses (en adelante INCIFO) dependiente del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

[...]

[...]

LESIONES EXTERNAS: Dos fracturas cerradas; la primera, del tercio distal del cubito y radio izquierdos y la segunda del tercio distal de tibia y peroné izquierdos. Siete heridas producidas por contusión, de forma irregular, siendo la mayor de estas de 0.5 por 0.5 centímetros y la menor de 1 por 1 milímetros; de la primera a la quinta de éstas, situadas en un área de 10 por 9 centímetros, localizada en el tercio distal cara anterior del muslo derecho y la sexta y la séptima, en un área de 3 por 1 centímetros, localizada en el tercio medio cara lateral de la pierna derecha, estas siete heridas interesan piel y tejido subcutáneo únicamente y cada una de ellas se encuentra rodeada por una zona equimótica de forma irregular, de color azul de 4 por 2 centímetros. Múltiples equimosis de color rojo, de forma irregular, localizada en diferentes partes del cuerpo, de predominio en tronco y en miembros torácicos y pélvicos, siendo la mayor de estas de 34 por 18 centímetros, localizada en la cara posterior del tórax sobre y a ambos lados de la línea media posterior y la menor de 0.5 por 0.5 centímetros, localizada en hueso poplíteo del lado derecho. Múltiples equimosis de color negro, de forma irregular, localizadas en diferentes partes del cuerpo de predominio en miembros torácicos y pélvicos, siendo la mayor de 18 por 8 centímetros, localizada en la región sacra y en ambas glúteas y la menor de 2 por 1

centímetros. localizada en la cara anterior del hombro derecho. Múltiples equimosis de color verde, de forma irregular, localizadas en diferentes partes del cuerpo, de predominio en tronco y en miembros torácicos y pélvicos, siendo la mayor de 8 por 5 centímetros localizada en el tercio medio cara antero medial del muslo derecho y la menor de 2 por 1 centímetros, localizada en cara anterior del hombro izquierdo. Excoriación de color rojo oscuro, de forma irregular de 1.5 por 1 centímetros, localizada en la región frontal del lado izquierdo en su parte descubierta de cabello.

ABIERTAS LAS GRANDES CAVIDADES ENCONTRAMOS EN LA CRANEANA: Hecha la disección de la región se observa infiltrado hemático a nivel de la región frontal de lado derecho. El encéfalo con peso de 1350 gramos, difusamente contundido y con hemorragias subdural, subaracnoidea y ventricular bilateral. Bóveda, base del cráneo y macizo facial sin trazos de fractura.

[...].

EN LA TORÁCICA: Hecha la disección de la región se observa infiltrado hemático de los músculos de la pared anterior del tórax. Fractura del cuerpo del esternón a nivel de la tercera esternebra (sic) y de la segunda a la quinta costilla del lado izquierdo en su arco posterior, con desgarramiento pleural. Los pulmones con peso de 450 gramos el derecho y de 400 gramos el izquierdo, ambos difusamente contundidos y lacerado el izquierdo en su lóbulo inferior, pálidos a los cortes. El corazón con peso de 300 gramos, de características normales, con escasa sangre líquida y coagulada en sus cavidades. Hemotórax izquierdo líquido de 500 centímetros cúbicos.

EN LA ABDOMINAL: El hígado difusamente contundido, pálido en su superficie y a los cortes; bazo pálido a los cortes; páncreas difusamente contundido y pálido a los cortes. Los riñones contundidos y lacerado en su cápsula el del lado izquierdo, ambos pálidos a los cortes. El estómago con líquido de color café oscuro escaso y la vejiga vacía. Fractura de la rama isquiopúbica del lado derecho. Útero y anexos de características macroscópicas normales, de acuerdo a su edad. Retroperitoneo líquido de 300 centímetros cúbicos.

[...]

CONCLUSIÓN: [Víctima Directa 1], FALLECIÓ DE LAS ALTERACIONES VISCERALES Y TISULARES MENCIONADAS, CAUSADAS EN LOS ÓRGANOS INTERESADOS POR EL CONJUNTO DE TRAUMATISMOS; YA DESCRITO Y QUE SE CLASIFICA DE MORTAL.

[...]

18. Certificado Médico de Cadáver, Feto o Segmento de 29 de octubre de 2017, firmado por personal médico adscrito al área de Medicina Legal de la SEDESA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

[...]

En el lugar indicado nos encontramos un cadáver (...) con los siguientes signos cadavéricos: livideces cadavéricas en partes declives del cuerpo que desaparecen a la digitopresión, mancha negra esclerótica en ambos ojos.

El cadáver es vuelto a reconocer como es de rigor se corroboran los datos mencionados, apreciándose además los siguientes hallazgos y lesiones: Herida punzocortante irregular de 5 por 1 cm a nivel de 8º espacio intercostal a la altura de la línea axilar anterior izquierda, afrontada con 2 puntos de sutura.

Cinco costras irregulares la mayor de 6 mm de circunferencia y la menor de 2 mm todas con equimosis amarillo verdosa perilesional, ubicadas en tercio distal de muslo y cara anterior de rodilla derecha.

Seis costras irregulares la mayor de 6 por 3 mm y la menor puntiforme en cara externa tercio proximal y medio de pierna derecha.

Deformidad con crepitación en tercio distal de antebrazo y muñeca izquierda. Zona de múltiples equimosis excoriativas en un área de 6 por 6 cm en cara anterointerna, tercio distal de antebrazo izquierdo. Solución de continuidad de forma oval de 1 por 0.5 cm en cara anterointerna tercio distal de antebrazo izquierdo. Deformidad en tobillo izquierdo con aumento de volumen y equimosis violácea en maléolo interno y externo y tercio proximal del dorso de pie del mismo lado.

Área de equimosis irregulares bicromáticas negro violáceas de 17 por 7 cm en región esternal y pectoral izquierdo.

Múltiples equimosis bicromáticas negro violáceas en miembro superior izquierdo siendo la mayor de 3 por 2 cm y la menor de 1 cm.

Zona equimótica de 13 por 3 cm en región supraclavicular y tercio medio de clavícula izquierda.

Múltiples equimosis bicromáticas negro violáceas la mayor de 3 por 2 cm y la menor de 0.5 por cm en brazo izquierdo.

Múltiples equimosis amarillo verdosas la mayor de 2 por 1 cm y la menor de 1 cm en abdomen.

Equimosis violáceas de 8 por 15 cm en cresta iliaca izquierda.

Múltiples equimosis violáceas y amarillo verdosas la mayor de 4 por 2.5 cm y la menor de 0.5 cm en cara externa de muslo izquierdo, rodilla y cara externa tercio proximal de la misma pierna.

Equimosis amarillo verdosa de 12 por 4 cm en tercio medio cara anterointerna de muslo derecho.

Equimosis de 13 por 6 cm en cuadrante inferointerno de glúteo izquierdo y equimosis de 8 por 2 cm en región coxal y cuadrante supero interno derecho.

Múltiples equimosis excoriativas de 2.5 por 2.0 cm en región coccígea.

Huellas de venopunción en ambas regiones infraescapulares, cuello y tercio interno de región supraclavicular izquierda y en pliegue de codo izquierdo.

Lesiones terapéuticas, en ambas fosas cubitales por venodisección, de 4 por 0.5 cm de lado izquierdo y de 3 por 0.8 cm lado derecho. Ambas afrontadas con 1 punto de sutura.

El suscrito careciendo de datos suficientes para determinar la causa de la muerte, se concreta en hacer del conocimiento de las autoridades competentes para los fines legales que correspondan.

[...]

19. Dictamen de Criminalística de campo, de 29 de octubre de 2017, suscrito por una perita en Criminalística adscrita a la entonces Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, actual Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, (en adelante FGJCDMX), del cual se desprende lo siguiente:

[...]

Problema planteado:

Realizar examen del cadáver de sexo femenino de nombre cadáver **[Víctima Directa 1]** de [...] años que se relaciona con la presente indagatoria citada al rubro.

[...]

Heridas y lesiones:

1. Zona equimótica de forma irregular que se localiza en cara anterior de antebrazo derecho hasta cara posterior de antebrazo izquierdo, en los tercios proximal, medial y distal, con una superficie de 23 centímetros de longitud y 12 centímetros de anchura.
2. Se observa herida suturada que se ubica en cara anterior de antebrazo derecho, por arriba de pliegues de codo, de 3 centímetros de longitud y sobre la línea eje del miembro.
3. Se observa zona equimótica en dedo pulgar de mano derecha.
4. Zona equimótica de forma irregular que se ubica en región cono esternal hasta región subclavicular izquierda de 20 centímetros de longitud y 17 centímetros de anchura, que se ubica sobre la línea media del cuerpo y a 130 centímetros del plano de sustentación.
5. Zona equimótica de forma irregular que se ubica en región de mesogastrio, flanco izquierdo y flanco derecho en un área de 23 centímetros de longitud y 13 centímetros de anchura, a 95 centímetros del plano de sustentación.
6. Zona equimótica con equimosis de formas circulares que abarca tercio medio, proximal y distal de brazo izquierdo en cara anterior, con una longitud de 24 centímetros y una anchura de 16 centímetros, iniciando en región del acromion.
7. Se observa herida suturada que se ubica en región mamaria izquierda por debajo del pecho izquierdo de 4 centímetros de longitud, que se localiza

- a 21 centímetros de la línea media del cuerpo y a 103 centímetros del plano de sustentación.
8. Se observa herida suturada que se ubica en cara anterior de antebrazo izquierdo, de 3.5 centímetros de longitud y sobre la línea eje del miembro.
 9. Zona equimótica de forma que abarca tercio proximal, medial y distal de antebrazo izquierdo, que abarca cara anterior y posterior, con una longitud de 27 centímetros y una anchura de 22 centímetros.
 10. Zona equimótica excoriativa con presencia de deformidad en cara anterior de muñeca izquierda, con una longitud de 7 centímetros y 5 centímetros de anchura.
 11. Equimosis de color violácea que se encuentra en falange proximal de dedo anular izquierdo.
 12. Zona equimótica excoriativa que se ubica en el tercio distal y medial de muslo derecho, con presencia de formación de costra hemática, en un área de 16 centímetros de longitud y 10 centímetros de anchura, que se encuentra a 55 centímetros del plano de sustentación.
 13. Zona equimótica excoriativa que se ubica en tercio medial de pierna derecha, en cara externa, con presencia de formación de costra hemática, en un área de 10 centímetros de longitud y 7 centímetros de anchura, que se encuentra a 33 centímetros del plano de sustentación.
 14. Zona equimótica en cara externa de muslo izquierdo que abarca tercio proximal, medial y distal, en un área de 28 centímetros de longitud y 8 centímetros de anchura.
 15. Zona equimótica en región de rodilla izquierda, en un área de 24 centímetros de longitud y 8 centímetros de anchura, y a 34 centímetros del plano de sustentación.
 16. Equimosis violácea con presencia de inflamación en cara externa del pie izquierdo, en un área de 11 centímetros de longitud y 9 centímetros de anchura.
 17. Zona equimótica excoriativa que se ubica en sacra, en un área de 8 centímetros de longitud y 7 centímetros de anchura y a 79 centímetros del plano de sustentación.
 18. Zona equimótica en muslo izquierdo, en un área de 8 centímetros de longitud y 5 centímetros de anchura, y a 75 centímetros del plano de sustentación.

[...]

Conclusiones:

PRIMERA: Con base en el estudio, examen y características de la lesión descritas con el número 10, 12, 13 y 17 se infiere que estas lesiones son similares a las producidas por un mecanismo de percusión y deslizamiento con una superficie de consistencia dura.

SEGUNDA: Con base en el estudio, examen y características de la lesión descrita con el número 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 se infiere que estas lesiones son similares a las producidas por un mecanismo de percusión.

TERCERA: Con base en el estudio, examen y características de la lesión descrita con el número 2, 7 y 8 se infiere que estas lesiones son similares a las producidas por maniobras de tipo médico.

SEGUNDA (sic): Con base en el estudio, examen y características de la lesión descrita con el número 3 y 11, relacionado el punto 2 del apartado de consideraciones bibliográficas se puede inferir que la víctima realizó maniobras de protección al momento de suscitarse los hechos.

20. Hoja de Sistema de Referencia y Contrarreferencia de 30 de octubre de 2017, suscrita por el Responsable de la UMCFRSSMA y por una doctora adscrita también a dicho servicio, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

NOMBRE: [Víctima Directa 2]

[...].

UNIDAD QUE REFIERE: Unidad Médica del Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla.

UNIDAD A LA QUE REFIERE: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

[...].

PADECIMIENTO ACTUAL: Femenino [...] que acude por presentar sensación de opresión en el pecho, disnea, nerviosismo, ansiedad, preocupación, secundario a que su pareja cae de 3 pisos, antecedente de trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias/Sx de dependencia en tratamiento con carbamazepina 200mg. 1-1-1 y Fluoxetina 2mg. 1-0-0, a demás (sic) presenta múltiples golpes en cuerpo por lo que se le administro (sic) ámpula de diazepam IM y se dio naproxeno 250 mg. c7 12 horas sin mejoría de sintomatología, niega alergias.

A la EF consciente, orientada, alerta, nerviosa, alterada, con adecuado estado de hidratación, cabeza con equimosis en región periorbitaria, nariz y mejillas, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, no doloroso, extremidades con múltiples equimosis, pulsos y sensibilidad conservados.

Se solicita valoración y tratamiento.

[...].

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Crisis de ansiedad/Antecedente de trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias/Policontundida.

21. Hoja de Referencia de Pacientes de las 19:50 horas del 30 de octubre de 2017, suscrita por médicos adscritos al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” dependiente de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, servicios de atención psiquiátrica de la Secretaría de Salud Federal, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima Directa 2]

Femenino de [...] de edad la cual se encuentra recluida en penal de Santa Martha [...].

Inicia hace 2 días posterior a presentar un evento estresante con autolesiones las cuales refiere ella misma son en contexto manipulatorio, llegando a realizarse múltiples cortes superficiales en muñeca izquierda, presentando posteriormente ansiedad la cual la describe constante asociada a insomnio de inicio y dolor torácico en región esternal el cual refiere constante opresivo, por lo que es enviada a valoración en nuestra unidad, durante la entrevista se le pregunta a la paciente si continúa tomando el tratamiento referido en la nota de referencia (Carbamazepina 600mg/día, fluoxetina 2mg/día) la usuaria niega tomar medicamento actualmente.

Examen mental: Femenino de edad aparente igual a la referida, [...], vistiendo uniforme de la penitenciaría, en regulares condiciones de higiene y aliño. Alerta. Marcha sin alteraciones, sin movimientos anormales, adopta posición sedente. Expresión facial no característica, establece contacto visual y lo mantiene. Actitud cooperadora a la entrevista. Orientada en persona, lugar, tiempo y circunstancia. Atención y comprensión adecuadas. Lenguaje verbal con inflexiones de voz, volumen y velocidad adecuados. Discurso espontáneo, fluido, sigue línea directriz, llega a metas con mucha ayuda, coherente, congruente. En el contenido del pensamiento no integramos ideas delirantes. Al interrogatorio propositivo y reiterativo niega ideas de muerte, suicidas, homicidas. Niega alteraciones de la sensopercepción. Estado de ánimo referido como ansiosa. Afecto inapropiado. Psicomotricidad normocinética. Funciones mentales disminuidas a expensas de cálculo (sic), juicio dentro del marco de la realidad. Parcial conciencia de enfermedad mental y plan a futuro pobremente estructurado.

Comentario: Se trata de usuario femenino de la cuarta década de la vida, inicia hace 2 días con sintomatología ansiosa posterior a evento estresante, presentando autolesiones las cuales las refiere ella misma en contexto manipulatorio, en este momento niega ideas de muerte y suicida. Se inicia tratamiento con ISRS y benzodiacepina de vida media larga para incidir en la sintomatología ansiosa y como inductor del sueño. Se brinda orientación. Diagnóstico y tratamiento basado en Guías y manuales del hospital. **DADA LAS CARACTERÍSTICAS DE SUS REACCIONES ANTE EL ESTRÉS SE RECOMIENDA VIGILANCIA ESTRECHA LAS 24 HRS POR RIESGO DE AUTOLESIONES.**

Plan 1. Acudir a sitio de referencia, cita abierta a urgencias, se dan datos de alarma.

Medicamento:

- Sertralina tableta 50 mg ½-0-0 por 6 días posteriormente 1-0-0 vía oral.
- Clonazepam solución 2.5 mg/ml 3-3-5 gotas en dosis reducción para 4 semanas.

Pronóstico reservado a evolución clínica y apego a tratamiento.

[...].

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Reacción a estrés agudo.

[...]

22. Acta circunstanciada de 31 de octubre de 2017, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la que consta la entrevista a **[Víctima Indirecta 1]**, de la cual se desprende lo siguiente:

Su hija **[Víctima Directa 1]** se encontraba privada de libertad en el Centro Femenil del Reinserción Social Santa Martha Acatitla, ubicada en el Dormitorio A.

El día 27 de octubre, aproximadamente a las 20:40 horas realizó una llamada telefónica a sus familiares para informarles que la jefa [...] del turno primero la estaba sacando en ese momento de la estancia con cámara donde estaba monitoreada y la ubicaron en otra estancia donde no había cámara. Junto con la custodia [...] y tres custodios varones la llevaron, diciéndole "ándale tú ya sabes cómo es esto".

En ese momento, la compareciente realiza llamada telefónica a la Comisión de Derechos Humanos, donde le indicaron que llamarían al centro de reclusión. Posteriormente volvió a comunicarse a la CDHDF [...], hasta que le informaron que la jefa de turno, de nombre [...] había informado que eso era mentira, que únicamente se le había sacado a la caminata a las áreas verdes, a las 21:30 horas, junto con la señora [...], [...].

Al otro día, su otra hija **[Víctima Indirecta 3]** acudió al centro de reclusión a preguntar por su hermana y la licenciada de derechos humanos del centro le informó que todo estaba bien, que no pasaba nada, pero aclarándole que no se hacía responsable de dicha información porque ella no había visto a **[Víctima Directa 1]**.

Ante esto, siendo aproximadamente las 14:30 le indicó a su hija **[Víctima Indirecta 3]** que ella acudiría al centro de reclusión para hablar con la comandante [...], para que le informara cómo se encontraba **[Víctima Directa 1]**.

Siendo aproximadamente las 17:30 horas recibió una llamada de una persona que acudió a visita, quien le dijo "no me creas, pero dicen que tu hija se cayó de la pichonera", [...].

Como se encontraba lejos de la institución se comunicó a la CDHDF reportando lo sucedido; posteriormente se le informó que, efectivamente, al parecer sí se había caído y la habían llevado al Hospital Balbuena.

Como la compareciente se encontraba más cerca de Balbuena que del centro, se dirigió hacia el hospital, a donde llegó a las 18:00 horas, sin embargo, le informaron que ahí no se encontraba su hija **[Víctima Directa**

1]. Ante esto, se dirigió al Hospital Rubén Leñero y al Hospital de la Mujer, obteniendo la misma respuesta, que no se encontraba ahí.

Regresó al Hospital Balbuena, siendo aproximadamente las 19:30 horas y seguía sin aparecer su hija. En ese momento decidió que su hija **[Víctima Indirecta 3]** se quedara en dicho hospital y ella se dirigió al centro de reclusión, pues ahí tenían que informarle dónde se encontraba **[Víctima Directa 1]**.

Llegó a dicha institución aproximadamente a las 19:55 horas y solicitó hablar con la comandante [...], con respecto a la chica que cayó del tercer nivel. En respuesta, salió otro custodio que le indicó que la comandante estaba ocupada, que si quería esperar 20 o 25 minutos, lo cual aceptó, pidiendo que le informaran sobre su hija. Esperó 15 minutos más y nadie la atendió.

Mientras esperaba llegó una persona que le indicó que era el licenciado de turno, por lo que le dijo que lo único que quería es que le informaran por escrito dónde estaba su hija, ya que no la encontraba por ningún lado, respondiéndole que no le podía informar por escrito, que lo único que podía enseñarle era el papel del traslado, asegurándole que **[Víctima Directa 1]** se encontraba en Balbuena y estaba bien.

Tardó en salir y cuando lo hizo le mostró el documento donde constaba que había salido de esa institución rumbo al Hospital Balbuena a las 17:45, por lo que inmediatamente se dirigió a dicho hospital.

Cuando llegó **[Víctima Indirecta 2]** y **[Víctima Indirecta 3]** le indicaron que ahí estaban las custodias de Santa Martha. Se dirigió a urgencias y preguntó a las servidoras públicas cómo se encontraba **[Víctima Directa 1]** y una de ellas le dijo que mal.

Se dirigió al área de informes del Hospital, solicitó información y la pasaron a un cubículo, donde un médico le informó que habían hecho todo lo posible pero que no había reaccionado, que la acababan de llevar, pero ya no había podido hacer nada, que pasaría todos los documentos. al Ministerio Público porque se había tratado de un homicidio.

Reclamó a las custodias por qué le habían mentido y por qué la habían llevado tan tarde, que la pudieron llevar a Iztapalapa y no hasta Balbuena y que además se habían tardado mucho, pero ninguna le respondió y solo se portaron agresivas, hasta que el policía de la puerta del hospital le aconsejó que acudiera al Ministerio Público para que la apoyaran.

El cuerpo de su hija fue trasladado alrededor de las 22:20 horas ante el Ministerio Público. Entre el hospital y el traslado del cuerpo tuvo oportunidad de abrazar a su hija y se percató de que presentaba lesiones en el cuerpo, en la parte superior del pecho, que es lo que alcanzó a ver. Permaneció declarando ante el Ministerio Público aproximadamente hasta las 10:00 horas del día siguiente y de ahí se trasladó al Incifo. Ahí

se enteró que su hija estaba policontundida y que presentaba lesiones en medio de las piernas.

[...].

Finalmente le entregaron el cuerpo y el día de la fecha se realizó el sepelio.

Solicita a este Organismo que se realice la investigación correspondiente, debido a que no cree la versión de las autoridades del centro de reclusión, pues está segura de que su hija no cayó del tercer piso, sino que fue agredida por personal de Seguridad y Custodia, quienes le causaron las lesiones que la privaron de la vida.

Además, ninguna autoridad del Sistema Penitenciario se ha acercado a informarles qué fue lo que sucedió con su hija ni explicarles por qué perdió la vida.

[...]

23. Certificado de Estado Psicofísico de las 18:05 horas del 31 de octubre de 2017, suscrito por personal adscrito a la UMCFRSSMA, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 2]

[...]. Consciente, habla lento; con acento sui generis, marcha zigzagante; por efecto de ansiolíticos, indicados por psiquiatría, se indica vigilancia estrecha por seguridad.

[...].

24. Nota Médica de las 18:05 horas del 31 de octubre de 2017, suscrita por una doctora adscrita a la UMCFRSSMA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima Directa 2]

Femenina de [...] con sensación de opresión en tórax, disnea, nerviosismo, ansiedad y preocupación secundaria a que su pareja cae de un tercer piso con antecedentes de trastorno mental y del comportamiento debido al abuso de consumo de drogas; con Sx. De dependencia en tratamiento con carbamazepina 200 mg 1-1-1, fluocetina (sic) 20 mg 1-0-0, el cual abandonó el día de ayer fue llevada al hospital psiquiátrico por riesgo de autolesión y se medicó con sertralina 25 mg x día y clonazepam 3-3-5 gotas con diagnóstico de reacción a estrés (sic) agudo, antecedente de trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de múltiples

sustancias y en el momento policontundida, la cual presenta un ataque de temblor distal de miembros antes de llegar al psiquiátrico secundario a lo sucedido, aunque la paciente niega ideas de muerte, suicida o (sic) homicida y/o autolesionarse, se considera que podría llegar a realizar actos autolesivos como protesta a actos que considera injustos y de abuso ya que presenta trastorno de personalidad límite con alta impulsividad.

EF: Femenina de [...] con edad cronológica, [...], en alerta, orientada globalmente actitud cooperadora, con lenguaje lento y claro con volumen disminuido, apagado con cambios de estado emocional en su voz, integra ideas no delirantes mas sí lapsus de impulsividad. Cardiovascular sin compromiso pulmonar con campos ventilados, sin estertores, genitourinario referido asintomático. Osteomuscular con ROTS presentes lentos por estar bajo medicación en Torre Médica Tepepan con ISRS: Sertralina 50 mg/día, haloperidol decanoas 50 mg IM y seguir con esquema cada 30 días, quetiapina 100 mg. x día, lo cual inicia la 1ª dosis hasta 31-10-17. Además del tratamiento psicofarmacológico sugerido, le indican seguimiento por psicología para proceso psicoterapéutico.

Se diagnostica por Psiquiatría de Torre Médica Tepepan con:

1. Reacción a stres (sic) agudo.
2. Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

Tx.: Vigilancia estrecha por riesgo de autolesión por impulsividad y poca tolerancia a la frustración.

- Haloperidol decanoas cápsula 50 mg. IM c/ 30 días.
- Quetiapina Tab. 100 mg. 1/2-0-1 VO.
- Sertralina Tab. 50 mg. 1-0-0 VO.
- Seguimiento por psiquiatría y psicología.

Por lo que se sugiere su traslado como población al Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan, principalmente por el riesgo tan alto de autolesión y/o suicidio.

25. Hoja de Contrarreferencia del 31 de octubre de 2017, suscrito por una médica adscrita al servicio de Psiquiatría del Hospital General Torre Médica Tepepan, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima Directa 2]

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se trata de **[Víctima Directa 2]**, paciente femenino [...], quien acude con la hoja de referencia donde se describe que presentó “sensación de opresión en el pecho, disnea, nerviosismo, ansiedad, preocupación, secundario a que su pareja cae de 3 pisos, antecedente de trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias/Sx. De dependencia en tratamiento con carbamazepina 200 mg 1-1-1 y Fluoxetina 20 mg 1-0-0, sin embargo, la paciente abandonó el

tratamiento". El día de ayer fue enviada al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, donde se indicó aparentemente vigilancia estrecha por riesgo de autolesión e inicio de Sertralina 25 mg/día y Clonazepam 3-3-5 gotas. Se menciona diagnóstico de Reacción a estrés agudo, Antecedente de trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias y policontundida. A la entrevista refiere la interna que, posterior a "un problema con seguridad y custodia" sic, se suscitó un enfrentamiento, tras lo cual, su pareja se arroja del tercer piso del área donde se encontraba; debido a esto, la paciente presentó un ataque de pánico, caracterizado por temblor distal de miembros torácicos, disnea, sensación de opresión torácica, miedo intenso, etc. lo cual se ha repetido en diversas ocasiones, ya que, refiere, no sabe cuál es el estado de salud de su pareja o si ésta vive. La paciente niega haber iniciado tratamiento con psicofármacos previamente, ya que se negó a tomarlos.

En este momento NIEGA CATEGÓRICAMENTE ideas de muerte, NIEGA ideas suicidas u homicidas y NIEGA INTENCIÓN DE AUTOLESIONARSE, aunque pudiera llegar a realizar actos autolesivos como una forma de protesta hacia actos que "considera injustos y de abuso" sic., ya que presenta estructura de personalidad límite con alta impulsividad.

EM: Paciente femenino de edad aparente igual a la referida, [...], buenas condiciones de higiene y regulares de aliño. En alerta neurológica, orientada en persona, lugar, tiempo y circunstancia, actitud cooperadora. Establece adecuado contacto visual. Lenguaje espontáneo, volumen y velocidad adecuadas. Discurso coherente, congruente, sigue directriz y llega a metas. Contenido del pensamiento sin integrarse ideas delirantes, niega y no impresiona alteraciones de la sensopercepción. Al interrogar propositivo, NIEGA IDEACIÓN SUICIDA U HOMICIDA, NIEGA IDEAS (sic) DE MUERTE, NIEGA INTENCIÓN DE AUTOLESIONARSE, tiende a manipular y a presentar impulsividad. Presenta llanto durante la entrevista al recordar los estresores sucedidos, con tristeza e ideas de minusvalía y desesperanza. Juicios conservados dentro del marco de la realidad, funciones mentales superiores conservadas. Psicomotricidad conservada. Afecto hipotímico, pobre conciencia de enfermedad, pobre proyección a futuro.

Comentario: Femenino de la cuarta década de la vida, con los diagnósticos antes mencionados, quien presenta en este momento una REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO, secundario a los hechos que fungieron como estresor, lo cual ha desencadenado sintomatología de tipo conversivo, sin embargo, NIEGA INTENCIÓN SUICIDA U HOMICIDA y NIEGA IDEAS DE MUERTE; asimismo, NIEGA INTENCIÓN DE AUTOLESIONARSE. Debido a los rasgos de personalidad límite, la interna presenta poca tolerancia a la frustración y pobre control de impulsos, por lo que, se inicia tratamiento con ISRS Sertralina 50 mg/día, se indica aplicar haloperidol decanoas 50 mg vía intramuscular (y seguir con esquema cada 30 días) así como Quetiapina 100 mg/día (se inicia primera dosis el día de hoy); además del tratamiento psicofarmacológico sugerido, deberá acompañarse por seguimiento por Psicología para proceso psicoterapéutico.

DIAGNÓSTICOS:

- Reacción a estrés agudo.
- Trastorno mental y del comportamiento secundario al Consumo de sustancias.
- Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

PLAN:

1. Traslado a su reclusorio de origen.
2. Vigilancia estrecha por riesgo de autolesión por impulsividad y poca tolerancia a la frustración.
3. Se indica Haloperidol decanoas ampula 50 mg y Quetiapina tableta de 100 mg. Dosis únicas.
4. Se sugiere seguimiento psiquiátrico estrecho y en breve en su reclusorio de origen.
5. Se sugieren las siguientes indicaciones:
Uso de Quetiapina tabletas de 100 mg $\frac{1}{2}$ -0-1 VO.
Continuar aplicación de haloperidol decanoas amp 50 mh cada 30 días IM.
Aumentar Sertralina tableta 50 mg 1-0-0 VO
6. Seguimiento por PSIQUIATRÍA y PSICOLOGÍA (Para apoyo psicoterapéutico) en su reclusorio de origen.

[...]

26. Hoja de Contrarreferencia de 1 de noviembre de 2017, suscrita por una doctora adscrita al servicio de psiquiatría del Hospital General Torre Médica Tepepan, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima Directa 2]**PADECIMIENTO ACTUAL:**

Se trata de **[Víctima Directa 2]** paciente femenino de 32 años de edad, quien es enviada nuevamente el día de hoy con hoja de referencia donde se describe nuevamente la sintomatología afectiva de tipo ansioso que la paciente presentó previamente a su envío al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, sin embargo, en ésta no se refieren los diagnósticos dados por dicho hospital ni se menciona la atención ni el tratamiento instaurados el día de ayer por el servicio de Psiquiatría de esta Torre Médica; cabe mencionar que el día de ayer se inició tratamiento con antipsicótico tipo decanoato de haloperidol, fenotiazina cuya propiedad específica es la de bloquear los receptores dopaminérgicos (sic) D2 a nivel de las vías córtico-mesolímbicas con amplia biodisponibilidad, es decir, este fármaco se libera de manera progresiva y controlada (lenta y sostenida); las concentraciones plasmáticas se elevan gradualmente, llegando al máximo alrededor de los 9 días después de la inyección y decreciendo, con una aparente vida media de 3 a 4 semanas, asimismo, se indicó tratamiento con antipsicótico atípico quetiapina, el cual posee

propiedades sedantes, inductoras del sueño y como modulador afectivo y se aumentó de dosis de antidepressivo inhibidor de la recaptura de serotonina sertralina a dosis de 50 miligramos/día, contrarrefiriéndose a su centro de reclusión debido a que NO PRESENTÓ CRITERIOS PSIQUIÁTRICOS DE INTERNAMIENTO. Lo anterior debido al diagnóstico de Reacción a estrés agudo, el cual es un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano). También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un periodo inicial, un estado de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, tremor, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio. Las Pautas para el diagnóstico son las siguientes: Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de “embotamiento”, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Se realiza la entrevista y consulta psiquiátrica en presencia de personal de guardia y custodia y de enfermería pertenecientes a su unidad de referencia, durante ésta, la interna refiere que ha estado más tranquila,

que se enteró del fallecimiento de una persona importante para ella, pero que tiene motivos para vivir y de ninguna manera se lastimaría ni haría daño, únicamente que se encuentra con tristeza y resignación. Tras lo anterior, comenta que el día de hoy no se le administró el psicofármaco indicado (sertralina), ni fue sustituido por ningún otro inhibidor de la recaptura de serotonina. Se refiere que no cuentan con la existencia de quetiapina en su centro de reclusión. EN ESTE MOMENTO NIEGA NUEVAMENTE Y DE MANERA CONTUNDENTE IDAS (sic) DE MUERTE, IDEAS SUICIDAS U HOMICIDAS, ASÍ COMO TAMBIÉN NIEGA INTENCIÓN DE AUTOLESIONARSE O DE LESIONAR A TERCEROS.

Al EM: Paciente femenino de edad aparente igual a la referida, [...], buenas condiciones de higiene y regulares de aliño. En alerta neurológica, orientada en persona, lugar, tiempo y circunstancia, actitud cooperadora. Establece adecuado contacto visual. Lenguaje espontáneo, volumen y velocidad adecuadas. Discurso coherente, congruente, sigue directriz y llega a metas. Presenta llanto durante la entrevista cuando se le pregunta acerca de la muerte de su compañera, lo cual es congruente con su condición afectiva de duelo. Contenido del pensamiento: NO SE INTEGRAN EN ESTE MOMENTO IDEAS DELIRANTES, NIEGA Y NO IMPRESIONA ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCIÓN (ALUCINACIONES O ILUSIONES). Al interrogar nuevamente, en cinco ocasiones, de manera propositiva y en presencia de personal de guardia y custodia y de enfermería de su centro de reclusión, NIEGA EN TODAS LAS OCASIONES IDEACIÓN SUICIDA U HOMICIDA, IDAS (sic) DE MUERTES, NIEGA INTENCIÓN DE AUTOLESIONARSE O DE LESIONAR A TERCEROS. Con tristeza e ideas de minusvalía y desesperanza. Juicios conservados dentro del marco de la realidad, funciones mentales superiores conservadas. Psicomotricidad conservada. Afecto hipotímico, pobre conciencia de enfermedad, pobre proyección a futuro.

Comentario: Femenino de la cuarta década de la vida, con los diagnósticos antes mencionados, quien se valora nuevamente, se comenta el caso con el servicio de psiquiatría, jefa de servicio, asistente de la dirección y director médico, concluyendo que la paciente NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO, ya que no presenta ideas delirantes, ideas de muerte, suicidas u homicidas ni intención de lesionarse a sí misma ni a terceras personas. Aunado a lo anterior, la paciente se encuentra cursando con un DUELO, el cual es de características NORMALES como reacción afectiva secundaria a una pérdida y no puede ser suprimida con psicofármacos. Sin embargo, el día de ayer se inició tratamiento con decanoato de haloperidol ámpulas, el cual es de liberación prolongada, aproximadamente durante 4 semanas, se indicó que se aumentará el ISRS sertralina de 25 a 50 miligramos al día y se indicó quetiapina 200 mg/día como modulador afectivo. Se refiere que no se cuenta con quetiapina en su unidad de adscripción, por lo que se recomienda cambio por benzodiacepina, clonazepam a dosis de 3 mg/Día, que si bien no es

el tratamiento indicado para el trastorno por estrés agudo, puede coadyuvar con la ansiolisis. Además del tratamiento psicofarmacológico.

DIAGNÓSTICOS:

- Reacción a estrés agudo.
- Duelo.
- Antecedentes de Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias.
- Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

PLAN:

1. Traslado a su reclusorio de origen.
2. Se indicó Haloperidol decanoas ámpulas de 50 mg (YA INDICADO Y APLICADO EL DÍA 31 DE OCTUBRE DE 2017).
3. Se sugiere seguimiento psiquiátrico en cuanto esté disponible en su reclusorio de origen.
4. INDICACIONES:
Continuar aplicación de Haloperidol decanoas ámpulas de 50 miligramos cada 28 días vía intramuscular.
Sertralina tabletas de 50 miligramos 1-0-0 Vía oral.
Clonazepam tabletas de 2 miligramos ½-0-1 Vía Oral.

[...]

27. Nota Médica de la 1:00 horas del 1 de noviembre de 2017, suscrita por una doctora adscrita al servicio de Hospitalización de la UMCFRSSMA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima Directa 2]

Se trata de femenina de [...] la cual acude de valoración por psiquiatría en Torre Médica Tepepan, fue enviada con dx. Reacción a estrés agudo/antecedentes de trastorno mental y del compromiso debido al consumo de múltiples sustancias/policontundida.

Quienes indican: Vigilancia estrecha por riesgo de autolesión por impulsividad y poca tolerancia a la frustración.

Medicamentos: Haloperidol 50 mg. cada 30 días IM.

Quetiapina Tablet 100 mg. ½-0-1 V.O.

Sertralina Tablet 50 mg. 1-0-0 V.O.

Seguimiento por Psiquiatría y Psicología.

La paciente se refiere tranquila, con dolor de miembros pélvicos. A la E.F.: Consciente, somnolienta, presenta excoriación de 1x1 en región nasal, equimosis bipalpebral ojo derecho, rojizos y en mejillas. Ambos brazos con múltiples equimosis, irregular, excoriación lineal en brazo derecho con costra hemática fresca, múltiple excoriación lineal en antebrazo izquierdo con (ilegible).

Campo pulmonar bien ventilado. [...].

Idx. Reacción a estrés agudo.

Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias.

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

Plan: [...].

Pronóstico: Reservado a evolución.

[...]

28. Nota Médica de las 10:45 horas del 1 de noviembre de 2017, suscrita por una servidora pública adscrita al servicio de Psicología de la UMCFRSSMA, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

Persona de [...] se encuentra en área de observación del servicio médico, por diagnóstico de psiquiatría en Torre Médica Tepepan con reacción de estrés agudo, trastorno mental del comportamiento debido al consumo de sustancias y trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) ya está en tratamiento psiquiátrico.

La señora refiere tener un estado de ánimo de tristeza el adecuado para el contenido del pensamiento, su conducta fue abierta e inquieta durante la entrevista su discurso normal, se encuentra orientada en tiempo, espacio y lugar, no refiere ideas suicidas, dice que quiere continuar con su vida normal, quiere bañarse ya tiene 3 días sin poder hacerlo, estar en su estancia con sus compañeras y enfrentar de esa forma la muerte de su novia, [...].

Finalmente menciona que no necesita tomar medicamentos porque se siente muy mal y le da mucho sueño.

Se recomienda seguimiento psiquiátrico y psicológico.

[...]

29. Oficio SG/SSP/5612/2017 de 1 de noviembre de 2017, suscrito por el entonces Subsecretario de Sistema Penitenciario de la Ciudad de México, del cual se desprende lo siguiente:

[...].

[...] se autoriza el traslado por **TRATAMIENTO MÉDICO** de la persona privada de la libertad **[Víctima Directa 2]**, del Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla al Centro Femenil de Reinserción Social de la Ciudad de México.

[...].

30. Acta circunstanciada de 2 de noviembre de 2017, suscrita por una visitadora adjunta de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la señora **[Víctima Directa 2]**, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] a partir del día 1 de noviembre está ubicada en el Dormitorio A-104, pues desde el 27 de octubre ha permanecido en el área de castigo. En esa fecha fue agredida físicamente por elementos de Seguridad y Custodia que le propinaron golpes en diversas partes del cuerpo, particularmente la comandante [...] le dio varios golpes en la cara, lastimándole la nariz. Asimismo, presenta diversas lesiones en todo el cuerpo, mostrando moretones en hombros, brazos y piernas, refiriendo que también tenía en la espalda.

Indicó que su pareja **[Víctima Directa 1]** también fue agredida físicamente por los elementos de Seguridad y Custodia y posteriormente falleció. Desde entonces las custodias la mantuvieron encerrada en su estancia, sin proporcionarle alimentos ni permitirle realizar llamadas telefónicas o salir a caminar. Se encuentra muy lastimada, física y emocionalmente. Ha estado varios días en crisis, y la han certificado físicamente en varias ocasiones. Solicita apoyo para proceder legalmente en contra de los servidores públicos que la agredieron a ella y a su pareja.

[...].

31. Dictamen médico con base en el Protocolo de Estambul sobre el caso de **[Víctima Directa 2]** de 9 de noviembre de 2017, signado por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, del cual se desprende lo siguiente:

[...].

En relación con los supuestos hechos de maltrato físico, **[Víctima Directa 2]** manifestó lo siguiente a 16 días de lo sucedido:

1. “Yo soy **[Víctima Directa 2]** y el día 24 (de octubre) llega la jefa [...] a querernos dar el alimento por abajo de la reja, estando yo con mi compañera **[Víctima Directa 1]**, ella nos quería dar el alimento por debajo de la reja, entonces no lo aceptamos.
2. Llegó el rondín, nos abrieron la puerta y salimos por nuestros alimentos y ya más tarde íbamos a bajar a nuestra caminata porque nosotras estábamos en un área de segregación y pedimos hablar con la Comandante, entonces ellas mandaron a traer al rondín, llegó todo el rondín y nos empezaron a subir a jalones a la estancia, donde mi amiga **[Víctima Directa 1]** con la escalera de fierro de metal que está ahí en Santa Martha se pica todo el pie y traía piquetes de llaves también en su pie, eso pasó el día 24, y nos encierra, terminan encerrándonos pero nos dejan juntas.

3. Y el día 25 (de octubre), llega la Comandante [...] al tercer nivel y nosotras nos encontrábamos en la 309 A, y llega la Comandante, y le expresamos que queremos demandar a sus elementos porque nos habían golpeado un día antes, y les empieza **[Víctima Directa 1]** a enseñar el pie cómo traía de picado, y la jefa dice que ella no va a demandar a nadie y que nosotros no vamos a hacer ningún tipo de demanda, entonces al decirnos ella eso, nosotras nos ponemos agresivas y le decimos que no, que nosotras queremos denunciar, si no, no nos vamos a meter. Entonces ella dice -ah ¿no se van a meter?, van a ver que sí- y nos empezó a empujar, pero empezó a radiar a su rondín, entonces eran muchas jefas, eran como unas 30 jefas o 40 jefas las que llegaron y metieron a **[Víctima Directa 1]** a la 309 a la fuerza.
4. Y a mí me bajaron a jalones de la escalera, la jefa [...] me golpeaba la nariz, con el puño cerrado y la cabeza, me jalaba el cabello y las demás me agarraban para que ella me pegara.
5. Encierran a mi amiga en la 309 [...] y ya no la volví a ver”.
6. ¿Volviste a recibir golpes? “-No, ya estaba apandada y no tenía colchón, nada más tenía la lámina, sola, estaba toda esa estancia inundada, estaban los vidrios rotos y pues nada más estaba así sentada sin suéter y sin nada, me la pasé tres días así. Me trajeron a Tepepan y me empezaron a traer a las consultas, después me trasladaron; y yo supe que murió mi amiga hasta el 01 de noviembre, supe que ya había muerto, cuando ella había muerto desde antes, pero a mí no me lo decían y pues ya”.

Negó recibir algún otro maltrato físico posterior a lo narrado.

[...].

V.3. Sintomatología vinculada con los supuestos hechos de malos tratos físicos y/o tortura.

Una vez que **[Víctima Directa 2]** narró los hechos de maltrato físico, le realicé un interrogatorio clínico específico dirigido para obtener sintomatología aguda y crónica de cada uno de los eventos relacionados con las agresiones físicas antes descritas, del cual se desprendió lo siguiente:

El día 24 de octubre:

1. **[Víctima Directa 2]** mencionó que aproximadamente a las 19:00 horas al encontrarse en la caminata en la planta baja, el rondín (aproximadamente 10 jefas) se acercaron a ella, y a su compañera **[Víctima Directa 1]** y las comenzaron a “jalar y a someter”, al momento de ver llegar el “rondín”; mencionó haber sentido miedo, con intensidad 9 a 10, donde 0 es tranquilidad absoluta y 10 terror, horror o sensación de muerte.
2. **Empujones:** Mencionó que la primera agresión física que recibió fue un “empujón”, el cual fue realizado con las manos abiertas golpeándola en el pecho en aproximadamente tres ocasiones, ante dicha acción negó malestar físico; sin embargo refirió haber sentido miedo que calificó con

intensidad 9 a 10, en la escala antes mencionada. Refirió que presentó equimosis y dolor en el pecho, los cuales notó el día siguiente.

3. **Jalaneo de brazos:** Mencionó que en el trayecto a la estancia 309 fue sujeta de los brazos por varias “jefas”, mencionó que no recuerda haber sentido dolor en ese momento, sin embargo, al día siguiente notó dolor en ambos brazos y equimosis. *“Eran muchas jefas, todas me detenían, no sé quién me agarraba más, lo único que ellas querían era meternos, y entonces nos empezaron a jalar, ya después amanecí con moretones, de los brazos, de los dos lados (...), tenía miedo a que no podía con ellas”.*
4. **Mordedura en antebrazo derecho:** Durante el trayecto hacia la estancia 309, mencionó que una persona (“jefa [...]”), la mordió en el antebrazo derecho, dicha acción le ocasionó dolor tipo ardoroso el cual calificó con intensidad de 5 a 10, donde 0 es ausencia total de dolor y 10 es dolor insoportable, mismo que disminuyendo rápidamente al cabo de aproximadamente 10 minutos por “la adrenalina” (sic) hasta que cedió. Refirió que observó salida de sangre y la huella de la mordida; mencionó que no se percató de cómo fue desapareciendo la marca, sólo notó que al tercer día ya no sentía ardor.
5. **Jalaneo de cabello:** Ya estando en la puerta de la estancia 309 mencionó haber recibido jalones de cabellos, con la intención de hacer a un lado a [Víctima Directa 2], ocasionándole dolor en el cuello.
6. **Golpe en la cabeza:** Mencionó que además recibió un golpe en la cabeza (señalando la región parietal derecha) con una poliana (juego de mesa que consta de un tablero de madera de forma cuadrada), a dicho golpe lo llamó “polianazo” lo que le provocó dolor que calificó con intensidad 9 de 10, en la escala antes mencionada, con una duración aproximada de 1 hora y posteriormente fue disminuyendo, al momento de la examinación continuaba con dolor a la palpación media, mismo que se acompañó de aumento de volumen el cual disminuyó de manera paulatina, mencionando que al paso de los días *“sentía aguado”*. Negó alguna otra sintomatología.

Mencionó que durante la noche persistió el sentimiento de miedo. Refiriendo que pudo dormir “bien”.

El día 25 de octubre:

7. **Jalaneo de brazos:** Aproximadamente a las 14:00 horas, al estar discutiendo con “La Comandante” en la entrada del tercer nivel, esta llamó al rondín, mencionó que primero sometieron a [Víctima Directa 1] y la encerraron en la estancia 309. En ese momento, [Víctima Directa 2] fue sujeta por dos personas de ambos brazos (señalando tercio medio y proximal), dicha acción le ocasionó miedo, negando la presencia de dolor, posteriormente observó la presencia de equimosis en ambos brazos, mencionando que a los tres días el dolor en brazos era más intenso, por lo que tenía que permanecer *“encogida”*.
8. **Puñetazo en la región nasal:** Estando en el descanso del 2do nivel, “la jefa [...]”, la sujetó del cabello y “otras jefas” la sujetaron de los brazos”, mientras “la jefa [...]” la golpeó con el puño cerrado en el dorso nasal del lado izquierdo, refiriendo dolor que calificó con intensidad 9 a 10, acompañado de sangrado inmediato a través de ambas narinas y

aumento de volumen, además de miedo con una calificación de 10, ya que temía que la fueran a trasladar.

9. **Puñetazos en hemicara derecha:** Además del golpe en la región nasal, recibió otro golpe con el puño cerrado en ojo derecho, que le ocasionó aumento de volumen *“me hizo una bola aquí en el párpado”*; otro en la región cigomática y malar derechos, lo que le ocasionó equimosis y aumento de volumen, sin hacer más descripción a la evolución de las mismas.
10. **Dolor en la cara lateral izquierda del tórax:** Mencionó que también sintió dolor en la cara lateral izquierda del tórax “costado izquierdo”, que calificó con intensidad 10 de 10, (desconoce qué ocasionó dicho dolor) y el cual incrementaba al respirar o toser, mismo que continuó hasta el día de la entrevista médica, calificándolo con intensidad 7 de 10. Negó la ingesta de medicamentos o que le hayan realizados estudios radiográficos. Mencionó que dicho dolor no le permitía sentarse correctamente, sino que tenía que permanecer en cuclillas y recostarse sobre su lado derecho.
11. Describió que aproximadamente a las 15:00 horas, la ingresaron en la estancia 214, y que a partir de ese momento ya no recibió más agresiones físicas, en dicha estancia permaneció 3 días, refirió que dentro de la galera sentía frío (ya que se encontraba inundada, no tenía colchón y se recostó en la lámina). Recordó haber tenido que permanecer en “cuclillas” a efecto de disminuir el dolor físico, mencionó que el dolor incrementaba al momento de realizar movimientos físicos e incluso “toser”, y el 02 de noviembre fue trasladada a Torre Médica Tepepan. Negó alguna otra sintomatología relacionada con los malos tratos narrados.
[...].

LESIONES Y HALLAZGOS:

1. Aumento de volumen de 4 por 3 centímetros en la región parietal del lado derecho.
2. Aumento de volumen en párpado superior derecho en un área 5 por 2 centímetros sobre la cola de la ceja.
3. Cicatriz con piel adelgazada de color rosa, que mide 1 por 0.7 centímetros en el dorso de la nariz a la izquierda de la línea media.
4. Cicatriz hiperocrómica de forma regular, de color rojizo, con descamación fina que mide 1 por 0.5 centímetros localizada en la cara lateral del tórax del lado izquierdo, sobre la línea axilar posterior.
5. Mancha hiperocrómica de forma regular de color cobrizo, con descamación fina, que mide 4 por 3 centímetros, localizada en la cara posterior del hombro izquierdo.
6. Equimosis de color negro con halo verde de forma irregular, que mide 1 por 1 centímetro localizada en la cara posterior tercio medio del brazo derecho.
7. Equimosis de color negra con halo verde de forma regular, que mide 2 por 1 centímetros, localizada en la cara lateral externa tercio distal del brazo derecho.
8. Equimosis de forma irregular de color verde de 2 por 1 centímetros localizada en la cara externa tercio medio de brazo derecho.

9. Cicatriz en forma de “C invertida”, con piel adelgazada de color rojo, y descamación fina en su periferia, que en su totalidad mide 4 por 0.3 centímetros, localizada en la cara posteroexterna tercio proximal del antebrazo derecho, acompañada de una costra hemática seca de forma lineal de 0.2 por 0.1 centímetros.
10. Equimosis de forma irregular de color verde con halo amarillo, que mide 3 por 2 centímetros, localizada en la cara anterior interna de tercio distal del brazo izquierdo.
11. Cicatriz hipercrómica de color rojo, con pie de apariencia lisa y abultada, con descamación fina, que mide 1 por 0.5 centímetros, localizada en la cara anterior de la muñeca izquierda.

[...].

DISCUSIÓN O VALORACIÓN MÉDICA DEL CASO.

Todo planteamiento que se realice a los médicos con objeto de que establezcan conclusiones o diagnósticos sobre casos de personas con alguna afectación en su salud, debe ser resuelto a través del método que los médicos invariablemente utilizamos para establecer diagnósticos o conclusiones médicas, este es el que Surós menciona como *semiotecnica o propedéutica clínica*, que es el conjunto ordenado de métodos y procedimientos de que se vale el médico clínico para obtener los síntomas y signos y con ellos elaborar el diagnóstico que consiste en la identificación de una enfermedad para deducir su pronóstico e indicación terapéutica.

El Protocolo de Estambul recomienda, respecto de lo que le corresponde realizar a los médicos en las investigaciones de casos de tortura, trato cruel o inhumano o trato degradante, utilizar las mismas técnicas, es decir, aplicar los principios de la propedéutica clínica o semiotecnica. Por lo que las conclusiones del presente dictamen están sustentadas en la metodología antes señalada, la cual reitero, es la que recomienda también el Protocolo de Estambul.

VI.1. Correlacionar si existe concordancia entre la historia de síntomas físicos y discapacidades agudas y/o crónicas con las quejas de malos tratos.

A efecto de dar respuesta al primer planteamiento, se trata de [Víctima Directa 2], quien expresó que estando en el interior del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, fue víctima de maltrato físico por parte de personal de Seguridad y Custodia Penitenciaria, que consistió en recibir:

El día 24 de noviembre de 2017:

- 3 empujones en la cara anterior del tórax “pecho”.
- Ser “jaloneada” de los brazos.
- Recibir una mordedura humana en el antebrazo derecho.
- Ser jalada del cabello.
- Un golpe en la cabeza con una poliana.

El día 25 de noviembre de 2017:

- Ser “jaloneada” de los brazos.
- Puñetazos en la cara (región ocular, malar y cigomática, derecha y dorso nasal izquierdo).

- Golpe en la cara lateral izquierda del tórax.
Durante dichas agresiones físicas, **[Víctima Directa 2]** narró haber sufrido agresiones verbales en contra de su persona.
La cuestión a señalar es si el maltrato físico referido por **[Víctima Directa 2]** guarda consistencia con la sintomatología aguda y subaguda descrita por la examinada y que se encuentra consignada en la sección V.3 *Sintomatología vinculada con los supuestos hechos de malos tratos físicos y/o tortura*.
Con respecto a la sucesión de eventos y formas en que **[Víctima Directa 2]** narró haber sido maltratada físicamente, se observó consistencia entre la primera narración de los hechos (a tribuna libre) y la entrevista dirigida sobre la sintomatología vinculada (segunda narración de los hechos), ambas narraciones se observaron amplias y coherentes, sin observar contradicciones de tipo médico en lo sustancial.
Con respecto a la percepción del dolor, **[Víctima Directa 2]** describió que éste se presentó al recibir: un golpe con una poliana (juego de mesa que consta de un tablero de madera) en la región parietal derecha, una mordida en el antebrazo derecho, un puñetazo en la región nasal y un golpe en las costillas del lado izquierdo. Por los tipos de agresión física referidos, desde el punto de vista médico, es esperable, que además de sentir dolor, la examinada describiera variaciones en su intensidad, tal como lo realizó al momento de la examinación médica, en este caso, es esperable que en aquellas regiones anatómicas que poseen una base ósea (cráneo, región nasal y “costillas”) donde la inervación (sensibilidad) es mayor a comparación de otras regiones corporales, la intensidad del dolor sea referida como mayor con respecto a otras regiones del cuerpo, como en el antebrazo, donde refirió haber recibido una mordida que calificó con intensidad de dolor 5 de 10.
Además de referir dolor y variaciones en su intensidad la examinada también describió sintomatología acompañante, como sensación de inflamación al momento de recibir los puñetazos en la cara y sangrado nasal al momento de recibir el puñetazo en la nariz. También refirió sintomatología subaguda (días posteriores al evento), como dolor torácico que incrementa al movilizar el tórax, durante la respiración o al toser, así como la adopción de posturas antiálgicas como permanecer “encogida”, o bien evitar recostarse sobre la región afectada, todas descritas por **[Víctima Directa 2]**.
Con respecto al resto de las agresiones físicas (empujones, jaloneo de los brazos y jalones de cabello) **[Víctima Directa 2]** mencionó no sentir dolor, ya que predominaba el sentimiento de miedo que calificó con intensidad 10 de 10. Dicha situación también es médicamente esperable.
Además de lo antes descrito, la examinada describió las manifestaciones físicas o sintomatología aguda esperada en una persona que es sometida a estrés agudo, denominada respuesta de lucha y huida, cuya expresión se caracteriza por una estimulación generalizada del sistema nervioso simpático y logrando describir con exactitud los sitios anatómicos lesionados con respecto a las diferentes posiciones que guardaba su cuerpo en relación con los agresores.
Teniendo en consideración el numeral 141 del Protocolo de Estambul, las personas que son sometidas a actos de tortura u otros tratos o penas

cruels, inhumanos o degradantes suelen sufrir desorientación en cuanto al tiempo y al espacio. Es posible señalar que durante la descripción de los hechos narrada por [Víctima Directa 2] se observó una firme relación entre la forma en que narró que fue maltratada y la sintomatología física aguda y subaguda clínicamente esperada en casos similares, durante y posterior a cada uno de los eventos traumáticos descritos.

VI.2. Correlacionar si existe concordancia entre los hallazgos de la exploración física con las quejas de malos tratos.

A efecto de dar respuesta al planteamiento, en este caso, durante la examinación realizada por la que suscribe en fecha 09 de noviembre de 2017 a 16 días de los hechos que se investigan, sí se observaron lesiones corporales, las cuales fueron documentadas fotográficamente y descritas en el apartado V.4. Exploración física.

HALLAZGOS FÍSICOS DE LA EXAMINACIÓN MÉDICA	NARRACIÓN DE HECHOS DESCRITA POR [Víctima Directa 2] Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	OPINIÓN MÉDICA
6. Equimosis de color negro con halo verde de forma irregular, que mide 1 por 1 centímetro localizada en la cara posterior tercio medio del <u>brazo derecho</u>. 7. Equimosis de color negra con halo verde de forma regular, que mide 2 por 1 centímetros, localizada en la cara lateral externa tercio distal del <u>brazo derecho</u>. 8. Equimosis de forma irregular de color verde de 2 por 1 centímetros localizada en la cara externa tercio medio de <u>brazo derecho</u>. 9. Equimosis de forma irregular de color verde con halo amarillo, que mide 3 por 2 centímetros, localizada en la cara anterior interna de tercio distal del <u>brazo izquierdo</u>.	<i>"(...) nos empezaron a subir a jalones a la estancia (...) me bajaron a jalones de la escalera (...) eran muchas jefas todas me detenían, no sé quién me agarraba más (...) y entonces nos empezaron a jalar, ya después amanecí con moretones de los brazos, de los dos lados (...)".</i> Señaló haber sido sujeta de ambos brazos con predominio en el tercio medio, ante dicha acción negó sentir dolor, describiendo miedo con intensidad 10 de 10; mencionando que al día siguiente sintió dolor en ambos brazos y observó equimosis, notando que el dolor fue mayor a los 3 días.	<i>Se observó una firme relación: la lesión puede haber sido causada por el traumatismo que se describe y son pocas las otras causas posibles.</i>
Comentario médico: Se observó una firme relación entre las lesiones señaladas en la primera columna con las quejas de malos tratos donde la examinada refirió haber sido "jaloneada de ambos brazos", los días 24 y 25 de octubre.		

Ya que cumplen con los criterios de casualidad de las lesiones: **anatómicamente** existen lesiones en las regiones anatómicas que la examinada refirió como afectada (brazos).

Con respecto a su temporalidad, las lesiones descritas en la primera columna, documentadas a 16 días de los hechos que se investigan, guardan correspondencia con el tiempo en que **[Víctima Directa 2]** mencionó que fueron producidas. Por lo que con base en la literatura médica especializada y las características evolutivas de las lesiones; es posible establecer que estas lesiones guardan una firme relación con el tiempo en que **[Víctima Directa 2]** refirió que fueron producidas, cumpliendo con el **criterio cronológico** que se da por la relación evolutiva entre la causa y el efecto, es decir, ante el antecedente de haber recibido “Jaloneo de los brazos” y la presencia de lesiones con las características evolutivas arriba descritas.

Igualmente, estas lesiones cumplen con el **criterio cuantitativo**, que se efectúa por la relación entre el factor traumático y el daño producido, es decir la fuerza aplicada sobre los brazos, venció parcialmente la resistencia elástica de los vasos subyacentes, ocasionando la infiltración hemática de los tejidos, dando lugar a equimosis, inflamación y dolor. Dichas lesiones provocaron una serie de síntomas que guardan correspondencia con las lesiones observadas.

Finalmente, se **excluye** que dichas lesiones pudieran ser secundarias a un padecimiento médico y por su localización anatómica se descarta que hayan sido autoinfligidas. Por tanto, se consideran de origen externo, ya que para su producción es necesaria la participación de al menos un agresor.

Con base en las características morfológicas de las lesiones y su evolución, es posible señalar que estas fueron ocasionadas por un mecanismo de tipo **contuso, por presión**, es decir, cuando el agente contundente ejerce una fuerza (positiva o negativa) constante por un tiempo determinado en el cuerpo o región corporal, pudiendo existir dos fuerzas de presión encontradas, como la digito presión.

Con respecto al agente vulnerante, por la forma y dimensión de la equimosis, es consistente con aquellas producidas tras presiones violentas de los dedos de la mano, dibujando la forma de éstos, tal como lo describió **[Víctima Directa 2]**.

HALLAZGOS FÍSICOS DE LA EXAMINACIÓN MÉDICA	NARRACIÓN DE HECHOS DESCRITA POR [Víctima Directa 2] Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	OPINIÓN MÉDICA
11. Cicatriz hiperocrómica de color rojo, con pie de apariencia lisa y abultada, con descamación fina, que mide 1 por 0.5 centímetros, localizada en la cara anterior de la <u>muñeca izquierda</u> .	<i>“(…) la jefa […] me mordió el brazo (señalando el antebrazo derecho), el 24 en el tercer nivel (…).”</i> Dicha acción le provocó dolor de tipo ardoroso que calificó con intensidad 5 de 10, disminuyendo rápidamente en un lapso de 10 minutos, observó salida de sangre y la “marca de la mordida”. Mencionando que aproximadamente al tercer día ya no sentía dolor.	<i>Se observó una relación probable: la lesión puede haber sido causada por el traumatismo que se describe, pero no es privativa de éste y podría obedecer a otras muchas causas.</i>

Comentario médico:

Se observó una relación probable entre la lesión señalada en la primera columna con las quejas de malos tratos donde la examinada refirió haber recibido “una mordida en el brazo derecho”, el día 24 de octubre.

La lesión cumple con los criterios de causalidad de las lesiones: **anatómicamente** existe una lesión en la región anatómica que la examinada refirió como afectada (antebrazo derecho).

Con respecto a su temporalidad, la lesión descrita y documentada 16 días de los hechos que se investigan, guarda correspondencia con el tiempo en que **[Víctima Directa 2]** mencionó que fue producida. Por lo que con base en la literatura médica especializada y las características evolutivas de la lesión; es posible establecer que esta guarda una firme relación con el tiempo en que **[Víctima Directa 2]** refirió que fue producida, cumpliendo con el **criterio cronológico** que se da por la relación evolutiva entre la causa y el efecto, es decir, ante el antecedente de haber recibido “una mordida humana” y la presencia de lesiones con las características morfológicas y evolutivas arriba descritas. Igualmente, esta lesión cumple con el **criterio cuantitativo**, que se efectúa por la relación entre factor traumático y el daño producido, es decir la fuerza aplicada sobre el antebrazo, venció totalmente la resistencia elástica de la piel y de los vasos subyacentes, ocasionando una herida contusa, excoriaciones e infiltración hemática de los tejidos, además de la inflamación y dolor, y con el paso del tiempo la formación de costras y su descamación (caída de las costras). Dichas lesiones provocaron una serie de síntomas que guardan correspondencia con las lesiones observadas. Finalmente, se **excluye** que dichas lesiones pudieran ser secundarias a un padecimiento médico.

Con base en las características morfológicas de la lesión, es posible señalar que esta fue ocasionada por un mecanismo de tipo complejo, es decir, presión, tracción y corte, la mordedura es una lesión de la piel producida por los dientes, la lesión consiste en pequeñas equimosis, excoriaciones y hasta heridas contusas, dispuestas en dos líneas curvas opuestas por su concavidad. Los dientes que suelen intervenir son los incisivos centrales y laterales, los caninos y el primer molar. La fuerza ejercida entre los dientes de arcada superior e inferior ejercerán una fuerza constante por un tiempo determinado en el cuerpo.

Con respecto al agente vulnerante, por la forma y dimensión, es consistente con aquellas producidas con los dientes tras recibir una mordedura humana, tal como lo describió **[Víctima Directa 2]**.

Sin embargo por su localización anatómica no es posible descartar que haya sido autoinfligida, por tanto, la lesión puede haber sido causada por el traumatismo que se describe, pero no es privativa de éste y podría obedecer a otras muchas causas, como el autolesionismo.

HALLAZGOS FÍSICOS DE LA EXAMINACIÓN MÉDICA	NARRACIÓN DE HECHOS DESCRITA POR [Víctima Directa 2] Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	OPINIÓN MÉDICA
1. Aumento de volumen de 4 por 3 cm en la región parietal de lado derecho.	<i>“(…) me dio la jefa Chayo un polianazo, porque traíamos una poliana de madera y con la poliana me dio en la cabeza, entonces me hizo la bola aquí en la cabeza (...)”.</i>	<i>Se observó una firme relación: la lesión puede haber sido causada por el traumatismo que se describe y son pocas</i>

	Dicha acción le provocó dolor que calificó con intensidad 9 de 10, el cual perduró por aproximadamente 1 hora para disminuir paulatinamente, además sintió aumento de volumen “una bola”, que al paso de los días fue disminuyendo de volumen “sentía agudo”.	las otras causas posibles.
--	---	----------------------------

Comentario médico:

Se observó una firme relación entre la lesión señalada en la primera columna con las quejas de malos tratos donde la examinada refirió haber recibido “un polianazo” en la cabeza, el día 24 de octubre.

Ya que dicha lesión cumple con los criterios de causalidad de las lesiones: **anatómicamente** existe una lesión en la región anatómica que la examinada refirió como afectada (región parietal derecha).

Con respecto a su temporalidad, la lesión descrita y documentada a 16 días de los hechos que se investigan, guarda correspondencia con el tiempo en que [Víctima Directa 2] mencionó que fueron producidas. Por lo que con base en las características evolutivas de la lesión; es posible establecer que esta guarda una firme relación con el tiempo en que [Víctima Directa 2] refirió que fue producida, cumpliendo con el **criterio cronológico** que se da por la relación evolutiva entre la causa y el efecto, es decir, ante el antecedente de haber recibido “golpe en la cabeza con una poliana” y la presencia de lesiones con las características morfológicas y evolutivas arriba descritas.

Igualmente, estas lesiones cumplen con el **criterio cuantitativo**, que se efectúa por la relación entre el factor traumático y el daño producido, es decir la fuerza aplicada sobre región parietal derecha, venció parcialmente la resistencia elástica de los vasos subyacentes, ocasionando una vasoconstricción refleja en la piel del área afectada, seguida en poco segundos por una vasodilatación compensatoria y, posteriormente, extravasación de líquidos y edema local, acompañada de dolor. Dichas lesiones provocaron una serie de síntomas que guardan correspondencia con las lesiones observadas, caracterizado por dolor, aumento de la temperatura cutánea y color rojo. Finalmente, se **excluye** que dichas lesiones pudieran ser secundarias a un padecimiento médico y por su localización anatómica no pudo haber sido autoinfligida.

Con base en las características morfológicas de la lesión, es posible señalar que esta fue ocasionada por un mecanismo de tipo contuso por golpe, donde la fuerza ejercida incrementó la permeabilidad capilar, dando lugar al edema o inflamación local traumática (suele ser asimétrico y unilateral).

Con respecto al agente vulnerante, se trató de un objeto duro o firme sin filo o punta, que bien puede corresponder a un golpe con una poliana (juego de mesa que consta de un tablero de madera) tal como lo describió [Víctima Directa 2].

HALLAZGOS FÍSICOS DE LA EXAMINACIÓN MÉDICA	NARRACIÓN DE HECHOS DESCRITA POR [Víctima Directa 2] Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	OPINIÓN MÉDICA
2. Aumento de volumen en parpado (sic) superior derecho en un área	“(…) en el descanso del segundo piso, la jefa [...] me agarra del cabello, y otras jefas de los brazos y la jefa Paulina	Se observó una firme relación: la lesión puede haber sido causada por el

de 5 por 2 cm sobre la cola de la ceja. 3. Cicatriz con piel adelgazada de color rosa, que mide 1 por 0.7 cm, en el dorso de la nariz a la izquierda de la línea media.	me daba con el puño cerrado en la nariz (señalando el dorso nasal izquierdo) me siguió golpeando y se me inflamó mi ojo, me hizo una bola en el parpado (...). Refirió dolor que calificó con intensidad 9 de 10, acompañado de sangrado inmediato, aumento de volumen “se me hinchó la nariz”. Posteriormente sintió aproximadamente cinco golpes en la región ocular, malar y cigomática derecha.	traumatismo que se describe y son pocas las otras causas posibles.
--	--	--

Comentario médico:

Se observó una firme relación entre las lesiones señaladas en la primera columna con las quejas de malos tratos donde la examinada refirió haber recibido “golpes con el puño cerrado” en el ojo derecho y nariz, el día 25 de octubre.

Ambas lesiones cumplen con los criterios de causalidad: **anatómicamente** existen lesiones en la región anatómica que la examinada refirió como afectada (región ocular, cigomática y malar derecha y dolor nasal a la izquierda de la línea media).

Con respecto a su temporalidad, las lesiones descritas y documentadas a 16 días de los hechos que se investigan, guardan correspondencia con el tiempo en que [Víctima Directa 2] mencionó que fueron producidas. Por lo que con base en las características evolutivas de las lesiones, es posible establecer que éstas guardan una firme relación con el tiempo en que [Víctima Directa 2] refirió que fue producida, cumpliendo con el **criterio cronológico** que se da por la relación evolutiva entre la causa y el efecto, es decir, ante el antecedente de haber recibido “golpes con el puño cerrado” y la presencia de lesiones con las características morfológicas y evolutivas antes descritas.

Igualmente, estas lesiones cumplen con el **criterio cuantitativo**, que se efectúa por la relación entre el factor traumático y el daño producido, es decir la fuerza aplicada sobre región macular y cigomática derechas; venció parcialmente la resistencia elástica de los vasos subyacentes, ocasionando una vasoconstricción refleja en la piel del área afectada, seguida en pocos segundos por una vasodilatación compensatoria y, posteriormente, extravasación de líquidos y edema local, acompañada de dolor. Dichas lesiones provocaron una serie de síntomas que guardan correspondencia con las lesiones observadas, caracterizado por dolor, aumento de la temperatura cutánea y color rojo.

Con respecto a la lesión descrita en la nariz, la fuerza aplicada sobre el dorso nasal; venció la resistencia elástica de las capas superficiales de la piel, ocasionando su ruptura, denominada excoriación, y dado el proceso de cicatrización la formación de costra hemática, su descamación y la formación de piel nueva. En casos similares, la fuerza es transmitida a los vasos capilares de la mucosa nasal, dando lugar a su ruptura, la cual es expresada como epistaxis.

Finalmente, se **excluye** que dichas lesiones pudieran ser secundarias a un padecimiento médico y por su localización anatómica es poco probable que hayan sido autoinfligidas. Con base en las características morfológicas de las lesiones, es posible señalar que estas fueron ocasionadas por un mecanismo de tipo contuso por golpe y fricción, donde la fuerza ejercida incrementó la permeabilidad capilar, dando lugar al edema o inflamación local traumática (suele ser asimétrico y unilateral), en el caso de las regiones ocular, malar y cigomática del lado derecho. Y en la región nasal el desprendimiento de

las capas superficiales de la piel, infiltración hemática de los tejidos y contusión de los capilares de la mucosa nasal dando lugar a la epistaxis.
Con respecto al agente vulnerante, se trató de un objeto duro o firme, sin filo o punto, que bien puede corresponder a golpes con el puño cerrado, tal como lo describió [Víctima Directa 2].

HALLAZGOS FÍSICOS DE LA EXAMINACIÓN MÉDICA	NARRACIÓN DE HECHOS DESCRITA POR [Víctima Directa 2] Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA
4.Cicatriz hipercrómica de forma irregular, de color rojizo, con descamación fina que mide 1 por 0.5 cm localizada en la cara lateral izquierda del tórax sobre la línea axilar posterior. 5.Mancha hipercrómica de forma irregular de color cobrizo, con descamación fina que mide 4 por 3 cm localizada en cara posterior del hombro izquierdo. 11.Cicatriz hipercrómica de color rojo, con piel de apariencia lisa y abultada, con descamación fina que mide 1 por 0.5 cm, localizada en la cara anterior de la muñeca izquierda.	<i>"(...) yo no sé en qué momento me pegaron aquí (...)"</i> En el tórax refirió dolor que calificó 10 de 10, el cual incrementaba al respirar, toser y no le permitía sentarse correctamente, sino que tenía que permanecer en cuclillas y recostarse sobre su lado derecho.
Comentario médico: Los hallazgos antes descritos en la primera columna son consistentes con la evolución clínica esperada de la lesión denominada excoriación. Con relación a la mancha ésta es un cambio de coloración de la piel, sin relieves. En las de tipo pigmentario, lo que varía es el pigmento de la piel, el cual puede ser: melanina, hemosiderina o bilirrubina. Posterior a una contusión, se inicia un proceso inflamatorio local que conlleva a la degradación de la hemoglobina en subproductos cromóforos (hemosiderina, biliverdina, bilirrubina, metahemoglobina) que dan la coloración inicial y cambios de la equimosis, siendo que la hemosiderina da una coloración ocre o café y la bilirrubina tonalidades rojo, anaranjado o amarillo. Por lo antes mencionado, es posible señalar que la mancha hipercrómica de color cobrizo observada es consistente con aquellas resultantes de los cambios de coloración de los productos de degradación de la hemoglobina que se liberan tras la infiltración hemática de los tejidos. Con respecto a las cicatrices, estas forman parte de la evolución de proceso de curación de las lesiones, ya sean excoriaciones o heridas, que inician con la acumulación de tejido de granulación, el cual dará lugar a la formación una costra, que finalmente se desprenderá, el tiempo que tarda en desprenderse varía dependiendo de la profundidad y extensión de la lesión. Se excluye que dichos hallazgos pudieran ser secundarios a un padecimiento médico y por la localización anatómica de las lesiones descritas en la cara posterior del hombro y cara lateral izquierda del tórax, se excluye que pudieran ser autoinfligidas, no así la descrita en la cara anterior de la muñeca izquierda. Con base en las características morfológicas y evolutivas de los hallazgos descritos en la primera columna, es posible señalar que estos fueron ocasionados por un mecanismo de tipo contuso por golpe y fricción, donde la fuerza ejercida desprendió de las capas superficiales de la piel (sic), dando lugar a la infiltración hemática de los tejidos, la formación de costras hemáticas y su esperado desprendimiento, quedando como	

manchas hiperocrómicas resultantes de los cambios de coloración de los productos de degradación de la hemoglobina. Con respecto al agente vulnerante, se trató de un objeto duro o firme, sin filo o punta.

En conclusión, desde el punto de vista médico legal, tras la evaluación general del conjunto de lesiones y hallazgos físicos observados y documentados durante la examinación médica, se observó una firme relación entre éstas y la forma en el que **[Víctima Directa 2]** refirió que fueran producidas.

[...].

VII. CONCLUSIONES

1. Desde la perspectiva médica, la versión de los hechos narrada por quien dijo llamarse **[Víctima Directa 2]** fue amplia, consistente y coherente. No observé contradicciones de tipo médico en lo sustancial, más aún si se toma en consideración que de acuerdo con el numeral 141 del Protocolo de Estambul, las personas que son sometidas a actos de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes suelen sufrir desorientación en cuanto al tiempo y al espacio.
2. Se observó una firme relación entre la historia de síntomas físicos agudos y subagudos con las quejas de malos tratos narrados por **[Víctima Directa 2]**.
3. Se observó una firme relación entre los hallazgos de la exploración física con las quejas de malos tratos.
4. Al encontrar consistencia entre los hallazgos clínicos, medicamente Sí es posible establecer una relación entre estos y los comúnmente observados en casos similares documentados por esta Comisión.
5. Al encontrarse consistencia entre los hallazgos clínicos, en este caso, es posible señalar que, sí se hallaron elementos clínicos suficientes para aseverar que, a **[Víctima Directa 2]**, sí se le infligieron dolores o sufrimientos físicos durante los hechos que se investigan.
6. En este caso, no se observaron datos clínicos que pudieran afirmar que se hayan aplicado métodos tendientes a disminuir o anular la capacidad física de **[Víctima Directa 2]**, aunque no le hayan causado dolor o angustia.
7. Es posible señalar que a **[Víctima Directa 2]** no le realizaron procedimientos médico-quirúrgicos sin su consentimiento.
8. Desde la perspectiva médica, el cuadro clínico (conjunto de síntomas, signos y otros hallazgos clínicos) que presentó **[Víctima Directa 2]**, Sí es consistente con la forma de maltrato físico que describió.

[...]

32. Valoración médica de 15 de noviembre de 2017, suscrita por un médico adscrito al servicio de Medicina General del Hospital General Torre Médica Tepepan, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 2]

[...] se realiza la valoración médica de la paciente **[Víctima Directa 2]**, quien es femenina de [...] años de edad, [...].

[...].

PADECIMIENTO ACTUAL: Se refiere bien con depresión esporádica, sin mejoría.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Consiente (sic), ambulante, orientada, pálida, bien hidratada, íntegra (sic) bien conformada, afebril, cardiorrespiratorio parrilla costal dolorosa, de predominio izquierdo, arcos costales no crepitan, campos pulmonares bien ventilados, no agregados, abdomen sin patología aparente, miembros torácicos y pélvicos no datos neurovasculares, genitales diferidos.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Neurosis depresiva, policontundida no reciente.

PLAN: Paracetamol 500 mg. 1-1-1X5 VO, Quetiapina 100 mg. 1/2-0-1 VO, Sertralina 50 mg. 2-0-0 VO, Laboratorios: BH, QS, ES, EGO, Rx Tórax óseo.

PRONÓSTICO: Bueno para la vida y función a corto, mediano y largo plazo.

33. Resumen clínico de caso, de 16 de noviembre de 2017, suscrito por el Jefe del Servicio de Urgencias del HGB, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

Paciente: **[Víctima Directa 1]**

[...]

Se trata de paciente femenina [...] la cual es traída procedente del Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha. Trasladada por custodios de dicho centro. El motivo de atención a urgencias y registro, según se expone en la nota de urgencias: "Policontundida", 19 horas con 12 minutos del día 28 de octubre del 2017. La paciente ingresa en camilla de traslado. La refieren con antecedente de [...] de tiempo no especificado, de evolución o tratamiento, se desconocen más antecedentes médicos de la paciente, se comenta que todo inició alrededor de las 17 horas al caer de un tercer piso, desconociéndose más acerca de la cinemática del trauma. La nota de ingreso a urgencias reporta los siguientes signos vitales TA: 80/50 mmHg, FR: 23'x, FC: 78'x, Temp: 36°C, Glucemia capilar: 294 mg/dL. Escala de Coma de Glasgow 15 puntos y donde destaca la presencia de los siguientes hallazgos: mucosa oral seca, palidez de la piel, crepitación ósea en clavícula izquierda, dolor en extremidad torácica izquierda, con deformidad a nivel distal de antebrazo izquierdo y equimosis en pierna izquierda. Por tales hallazgos la paciente es ingresada para atención y protocolo de estudio, a través de radiografías

en las cuales se aprecia fractura de radio y cúbito lado izquierdo y tibia y peroné lado izquierdo, así como clavícula izquierda también apreciándose lo que parece ser material de osteosíntesis.

Desde su ingreso la paciente se presenta con hipotensión arterial llevándola al deterioro neurológico hasta la parada cardio respiratorio, motivo por el cual se inició reanimación cardiopulmonar básica y avanzada sin lograr retorno a la circulación espontánea determinándose hora de fallecimiento 21:12 hrs del 28 de Octubre de 2017.

[...]

34. Acta circunstanciada de 17 de noviembre de 2017, suscrita por una visitadora adjunta de esta Comisión, en la cual consta la entrevista a **[Víctima Indirecta 1]**, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[...] desde que ingresó su hija **[Víctima Directa 1]** al Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla fue víctima de hostigamiento y agresiones de parte del personal de Seguridad y Custodia, así como de restricción de sus derechos, sin motivo ni justificación, como es el caso de la negativa para que recibiera visita familiar; además, en varias ocasiones fue agredida físicamente.

Considera que si su hija había cometido alguna falta debía ser sancionada pero no agredida físicamente con tanta saña, como ocurrió el 27 de octubre, fecha en la que se le negó atención médica.

Considera que la animadversión por parte de las jefas de Seguridad se remonta a varios años atrás, cuando **[Víctima Directa 1]** las denunció porque la agredieron físicamente, hechos por los que esta Comisión emitió una Recomendación. En virtud de ésta se inició una averiguación previa en la que en su momento su hija decidió otorgarles el perdón, para no tener problemas, sin embargo, las servidoras públicas nunca le perdonaron haberlas denunciado.

Solicita que este Organismo continúe con la investigación de los hechos en los que perdió la vida su hija, pues lo único que quiere es que se haga justicia.

[...]

35. Acta circunstanciada de 22 de noviembre de 2019, suscrita por una visitadora adjunta de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la **[Víctima Directa 2]** en el interior del Centro Federal de Readaptación Social número 16 "CPS Femenil Morelos", (en adelante CEFERESO 16), de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Hace aproximadamente un año fue trasladada del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan al centro federal en el que se encuentra, sin que se le informara el motivo y sin que se tomara en cuenta que su proceso es del fuero común. Debido a que no pudo comunicarse con su familia en lo inmediato y no ha recibido visitas, no le fue posible impugnar dicho traslado.

En las condiciones en que actualmente se encuentra le ha sido más difícil aceptar lo que le sucedió en el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla pues considera que las custodias no tenían derecho a tratarlas a golpes, como ocurrió con ella y con su pareja **[Víctima Directa 1]**, cuya pérdida aún le cuesta trabajo creer.

Pasa la mayor parte del día sola en su estancia y esto en los días posteriores al traslado fue lo más difícil ya que se encontraba muy deprimida. Ahora la dinámica le es más llevadera, aunado a que recibe tratamiento psiquiátrico.

Lo que más le preocupa y le duele es que su hija se dio cuenta de que fue agredida y que desde que la trasladaron no la ha podido ver, únicamente se comunica con ella mediante llamada telefónica, pero solo le autorizan diez minutos cada diez días.

[...]

36. Dictamen Médico sobre el Caso de **[Víctima Directa 1]** de 29 de octubre de 2021, suscrito por un médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima Directa 1]

DISCUSIÓN DEL CASO

En el primer planteamiento de problema se me solicitó:

VI.1 Establecer la mecánica de lesiones de quien en vida llevara el nombre de [Víctima Directa 1] y correlacionar si existe concordancia entre los hallazgos físicos observados con posibles malos tratos o tortura.

Para realizar el análisis de las lesiones se tomó como punto de partida el Peritaje de necropsia realizado en el Instituto de Ciencias Forenses de la Ciudad de México [...].

Derivado de las documentales analizadas en las que se menciona que la tarde del 28 de octubre de 2017 **[Víctima Directa 1]** sufrió una precipitación desde un tercer piso a una altura aproximada de nueve

metros es posible mencionar que algunas de las lesiones descritas son consistentes con este evento.

La literatura especializada menciona que la precipitación se diferencia de la caída por la altura desde la que tiene lugar, siendo el plano de choque sensiblemente más bajo que el de sustentación del sujeto, esto permite que la energía que se libera en el momento del impacto se transmita a todo el cuerpo, con lo cual los efectos lesivos se generalizan, dando lugar a un cuadro lesional que afecta prácticamente a todos los sectores corporales.

Se menciona además que las personas que sufren una precipitación generalmente tienen *piel intacta o poco afectada, destrozos internos muy graves, consistentes en fracturas del esqueleto, roturas de partes blandas y, sobre todo, de vísceras, ofreciendo las más variadas combinaciones.*

En el caso de mérito, se describieron fracturas en antebrazo izquierdo (cúbito y radio), pierna izquierda (tibia y peroné), esternón, segunda a quinta costillas del lado izquierdo a nivel de su arco posterior y fractura de rama isquiopúbica del lado izquierdo.

Es posible observar que las fracturas se localizaron sobre el lado izquierdo del cuerpo de **[Víctima Directa 1]**. Villanueva refiere que en las precipitaciones sobre toda la longitud del cuerpo son típicas las fracturas de muchas costillas, además a estas lesiones se añaden, de forma más irregular en dependencia con el modo de producirse el choque, lesiones de las extremidades, de los huesos craneales, de la pelvis, etc. Por ello, en atención a la localización de las fracturas es posible establecer que son secundarias a la precipitación sufrida por **[Víctima Directa 1]**.

En el mismo sentido, se ha descrito que en las personas que sufren precipitación es habitual encontrar rotura de vísceras torácicas y abdominales, en este caso se encontró laceración del lóbulo pulmonar inferior izquierdo y riñón del mismo lado, así como contusión en pulmones, hígado, páncreas y riñones, aunado a la hemorragia subdural, subaracnoidea y ventricular bilateral. Es posible señalar que con base en la literatura médica todas estas lesiones guardan relación con aquellas observadas en precipitaciones.

Debido a las graves lesiones que se produjeron en la precipitación, se presentaron hemorragias internas debido a la ruptura de las vísceras, por lo que en el peritaje se describió hemotórax izquierdo de 500 centímetros cúbicos y retroperitoneo líquido de 300 centímetros cúbicos, es decir, se encontró acumulación de sangre libre en cavidades donde no debería existir, lo que llevó a la muerte a **[Víctima Directa 1]**.

Como se mencionó previamente, derivado de una precipitación, la piel puede resultar intacta o con poco daño, en el caso que nos ocupa fueron descritas una excoriación, heridas y múltiples equimosis.

Respecto de la excoriación descrita, se anotó su localización en la región frontal del lado izquierdo, esto aunado a la existencia de lesiones internas severas (hemorragias subdural, subaracnoidea y ventricular), así como a la coloración roja anotada, permiten establecer que se produjo por la precipitación sufrida.

En cuanto a las equimosis, en el peritaje de necropsia se describieron en tres grandes grupos en virtud del color que el perito observó. De esta forma las agrupó en equimosis de color rojo, negro y verde.

[...]

En el primer grupo mencionó:

Múltiples equimosis de color rojo, de forma irregular, localizada en diferentes partes del cuerpo, de predominio en tronco y en miembros torácicos y pélvicos, siendo la mayor de estas de 34 por 18 centímetros, localizada en la cara posterior del tórax sobre y a ambos lados de la línea media posterior y la menor de 0.5 por 0.5 centímetros, localizada en hueso poplíteo del lado derecho.

En el segundo grupo:

Múltiples equimosis de color negro, de forma irregular, localizadas en diferentes partes de cuerpo de predominio en miembros torácicos y pélvicos, siendo la mayor de 18 por 8 centímetros, localizada en la región sacra y en ambas glúteas y la menor de 2 por 1 centímetros, localizadas en la cara anterior del hombro derecho

Finalmente, en el tercer grupo:

Múltiples equimosis de color verde, de forma irregular, localizadas en diferentes partes del cuerpo, de predominio en tronco y en miembros torácicos y pélvicos, siendo la mayor de 8 por 5 centímetros localizada en el tercio medio cara anteromedial del muslo derecho y la menor de 2 por 1 centímetros localizada en cara anterior de hombro izquierdo

La literatura clásica médico forense menciona que se puede realizar la determinación de la cronología de una equimosis basándose en su coloración, sin embargo, con base en los procesos biológicos que ocurren en una equimosis, se apoya la conclusión que solo el color amarillo puede proveer alguna información relacionada con la edad de la lesión utilizando la observación. De esta forma, la percepción de algún color como azul, verde, violeta, negro, naranja, café o rojo, no se relacionan con la edad de una equimosis.

Con base en lo anterior no es posible estimar la edad de las equimosis por la coloración descrita en el peritaje de necropsia. Para poder realizarlo se analizan a continuación el dictamen de Criminalística y el Certificado médico de cadáver, feto o segmento.

En el dictamen de Criminalística [...] no se describió la coloración de las equimosis, por otro lado, en el Certificado médico de cadáver [...] se describieron equimosis amarillo verdosas en las siguientes regiones: abdomen, muslo derecho, muslo, rodilla y pierna izquierda. Esto permite establecer que las equimosis de estas regiones tenían al menos 18 horas de haber sido producidas, es decir, no se relacionan con la precipitación que sufrió **[Víctima Directa 1]**.

Un punto a destacar es que una equimosis puede no tornarse amarilla, por lo que no se descarta que algunas de las equimosis que tienen otras coloraciones pudieran ser producidas previo a la precipitación. Se ha descrito que el patrón de las equimosis y su correlación con la historia de hechos tiene mayor relevancia que solo la estimación de la cronología en la investigación de casos.

A continuación, se analizan las equimosis que presentó el cuerpo de **[Víctima Directa 1]** en las distintas regiones corporales:

Región corporal	Dictamen de Criminalística 29/10/2017	Certificado médico de cadáver 29/10/2017
Tórax	Zona equimótica de forma irregular que se ubica en región cono esternal hasta región subclavicular izquierda de 20 centímetros de longitud y 17 centímetros de anchura, que se ubica sobre la línea media del cuerpo y a 130 centímetros del plano de sustentación.	Área de equimosis irregulares bicromáticas negro violáceas de 17 por 7 cm en región esternal y pectoral izquierdo. Zona equimótica de 13 por 3 cm en región supraclavicular y tercio medio de clavícula izquierda.
Abdomen	Zona equimótica de forma irregular que se ubica en región de mesogastrio, flanco izquierdo y flanco derecho en un área de 23 centímetros de longitud y 13 centímetros de anchura, a 95 centímetros del plano de sustentación	Múltiples equimosis amarillo verdosas la mayor de 2 por 1 cm y la menor de 1 cm en abdomen. Equimosis violáceas de 8 por 15 cm en cresta iliaca izquierda.
Sacro, coxis y glúteos	Zona equimótico excoriativa que se ubica en sacra, en un área de 8 centímetros de longitud y 7 centímetros de anchura y a 79 centímetros del plano de sustentación	Equimosis de 13 por 6 cm en cuadrante inferointerno de glúteo izquierdo y equimosis de 8 por 2 cm en región coxal y cuadrante supero interno derecho. Múltiples equimosis excoriativas de 2.5 2.0 cm en región coccígea

Región corporal	Dictamen de Criminalística 29/10/2017	Certificado médico de cadáver 29/10/2017
Miembro torácico derecho	Zona equimótica de forma irregular que se localiza en cara anterior de antebrazo derecho hasta cara posterior de antebrazo izquierdo, en los tercios proximal, medial y distal, con una superficie de 23 centímetros de longitud y 12 centímetros de anchura. Se observa zona equimótica en dedo pulgar de mano derecha	
Miembro torácico izquierdo	Zona equimótica con equimosis de formas circulares que abarca tercio medio, proximal y distal de brazo izquierdo en cara anterior, con una longitud de 24 centímetros y una anchura de 16 centímetros, iniciando en región del acromion. Zona equimótica de forma que abarca tercio proximal, medial y distal de antebrazo izquierdo, que abarca cara anterior y posterior, con una longitud de 27 centímetros y una anchura de 22 centímetros. Equimosis de color violácea que se encuentra en falange proximal de dedo anular izquierdo.	Zona de múltiples equimosis excoriativas en un área de 6 por 6 cm en cara anterointerna, tercio distal de antebrazo izquierdo. Múltiples equimosis bicromáticas negro violáceas en miembro superior izquierdo siendo la mayor de 3 por 2 cm y la menor de 1 cm. Múltiples equimosis bicromáticas negro violáceas la mayor de 3 por 2 cm y la menor de 0.5 por cm en brazo izquierdo.
Miembro pélvico derecho		Equimosis amarillo verdosa de 12 por 4 cm en tercio medio cara anterointerna de muslo derecho.
Miembro pélvico izquierdo	Zona equimótica en cara externa de muslo izquierdo que abarca tercio proximal, medial y distal, en un área de 28 centímetros de longitud y 8 centímetros de anchura Zona equimótica en región de rodilla izquierda, en un área de 24 centímetros de longitud y 8 centímetros de anchura, y a 34 centímetros del plano de sustentación. Equimosis violácea con presencia de inflamación en cara externa del pie izquierdo, en un área de 11 centímetros de longitud y 9 centímetros de anchura. Zona equimótica en muslo izquierdo, en un área de 8 centímetros de longitud y 5 centímetros de anchura, y a 75 centímetros del plano de sustentación	Múltiples equimosis violáceas y amarillo verdosas la mayor de 4 por 2.5 cm y la menor de 0.5 cm en cara externa de muslo izquierdo, rodilla y cara externa tercio proximal de la misma pierna. Deformidad en tobillo izquierdo con aumento de volumen y equimosis violácea en maléolo interno y externo y tercio proximal del dorso de pie del mismo lado

Algunas de las equimosis esquematizadas en la figura previa guardan relación con las zonas fracturadas. Es el caso de la equimosis de la región pectoral que se relaciona con la fractura esternal; la equimosis de muñeca izquierda, con la fractura de cubito y radio; las equimosis en sacro, región glútea y cresta iliaca, con la fractura de la rama isquiopúbica izquierda, y la equimosis de maléolos y pie izquierdo, con la fractura de tibia y peroné,

por lo que es posible determinar que estas equimosis están estrechamente relacionadas con la precipitación y no con un evento anterior.

Atendiendo lo expuesto, de las equimosis descritas en los diversos documentos médicos, las ubicadas en miembros torácicos (a excepción de muñeca izquierda), abdomen y muslo derecho no son explicadas por la precipitación que sufrió **[Víctima Directa 1]**.

Existe evidencia de que **[Víctima Directa 1]** presentaba lesiones un día previo a su fallecimiento, estas quedaron documentadas en el Certificado de estado psicofísico del 27 de octubre de 2017, en este se anotó que presentaba:

(...) múltiples equimosis circulares obscura de un cms cada una en hombro y brazo izquierdo tercio proximal (...) y una equimosis rojiza de un cms tercio medio de antebrazo izquierdo

Las lesiones descritas guardan relación con lo observado en la fijación fotográfica del peritaje de necropsia, donde es posible observar múltiples equimosis en la cara posterior de ambos brazos y antebrazos, todas son de forma irregular.

En el lado derecho se contabilizaron al menos doce equimosis, mismo número de equimosis que en el lado izquierdo. Debe tomarse en consideración que en las fotografías solo se pudieron observar las caras posterior y externa de cada miembro debido a que no hay fijación fotográfica de las caras anteriores e internas.

Por otro lado, se describieron equimosis en abdomen. En las fijaciones fotográficas proporcionadas se pueden observar al menos nueve de ellas.

La cuestión a señalar es si las lesiones que **[Víctima Directa 1]** presentaba previo a su precipitación son concordantes con posibles actos de malos tratos o tortura.

De la revisión del expediente de queja se advierte que existieron al menos dos momentos en que personal de seguridad y custodia estuvo en contacto con **[Víctima Directa 1]**. En primer lugar, la noche del 27 de octubre de 2017 **[Víctima Directa 1]** y su compañera **[Víctima Directa 2]** se encontraban afuera de su estancia [...], personal de custodia menciona que son conducidas a la reja de su estancia donde las personas privadas de libertad se resisten y se tornan violentas **[Víctima Directa 1]** por lo que las “controlan” y “proceden a la reducción física”; por otro lado, **[Víctima directa 2]** menciona en la entrevista con base en el Protocolo de Estambul [...] que llegó el rondín y las subieron “a jalones a la estancia”, mencionó además que:

“Eran muchas jefas, todas me detenían, no sé quién me agarraba más, lo único que ellas querían era meternos, y entonces nos empezaron a jalar,

ya después **amanecí con moretones, de los brazos, de los dos lados** (...) *tenía miedo a que no podía con ellas*”.

Las lesiones que narra [Víctima Directa 2], compañera de [Víctima Directa 1], son de características similares a las descritas en [Víctima Directa 1]. Se establece que **existe una firme relación entre las equimosis en miembros torácicos con el mecanismo señalado por [Víctima Directa 2], en el sentido de que recibieron jalones por parte de personal de seguridad y custodia.**

Las equimosis son contusiones simples, uno de los mecanismos de producción de estas es por presión, en este caso, es posible establecer que la presión ejercida sobre los miembros torácicos de [Víctima Directa 1] venció la resistencia de los vasos sanguíneos subyacentes ocasionando infiltración sanguínea observable como equimosis. Estas lesiones se consideran de origen externo y, por el número de estas, para su producción fue necesaria la participación de más de un agresor.

Por otro lado, las equimosis localizadas en abdomen no fueron certificadas la noche del 27 de octubre de 2017 [...], ya sea porque no fueron observadas o porque aún no existían; esto nos lleva al segundo momento en que [Víctima Directa 1] tuvo contacto con personal de seguridad y custodia.

En el expediente de queja se menciona que la tarde del 28 de octubre de 2017 [Víctima Directa 2] y [Víctima Directa 1] solicitaron iniciar una queja por los hechos de un día previo, sin embargo, personal de seguridad se negó y las golpeó [...]; por su parte, personal de seguridad mencionó que [Víctima Directa 1] y [Víctima Directa 2] se encontraban discutiendo [...] al separarlas se tornaron violentas contra el personal de custodia y las ingresaron a estancias separadas.

Al respecto se observó **una relación firme entre las lesiones descritas en abdomen y los golpes narrados por [Víctima Directa 2]**, es decir, que las lesiones pueden haber sido causadas por los traumatismos que se describen y son pocas las otras causas posibles. Si bien es cierto, no se mencionó un tipo específico de golpes en la región, también lo es que en las entrevistas del personal de seguridad y custodia no se identifica alguna agresión en particular entre ambas personas privadas de libertad.

Se señaló previamente que las equimosis son contusiones simples; uno de los mecanismos que menciona la literatura es la percusión de un objeto duro de bordes romos, sin filo sobre la piel (como pies o manos empuñadas). Es posible establecer que son de origen externo y existe consistencia en que para su producción fuera necesaria la participación de al menos un agresor.

Como se mencionó párrafos arriba, es posible que la precipitación haya sido de forma lateral en virtud de las fracturas que presentó, por lo que las equimosis que se describieron en el miembro pélvico izquierdo (muslo,

rodilla y pierna) pueden guardar relación con este evento, sin embargo, al presentar coloración amarilla [...] existe consistencia en que hayan sido producidas previo a la precipitación. Llama la atención la forma de las equimosis localizadas en el muslo ya que presentan un patrón repetido de forma irregularmente lineal que pudieron ocasionarse al contundir con el piso. Por lo que no se excluye que en esa misma región se produjeran equimosis por la precipitación. De esta forma, **existe una relación probable entre las lesiones descritas en miembro pélvico izquierdo (muslo, rodilla, pierna) y traumatismos por objeto contundente previo a la precipitación de [Víctima Directa 1].**

Por otro lado, hay un grupo de lesiones por analizar, el de aquellas localizadas en el miembro pélvico derecho. En los documentos periciales se describió:

Dictamen de Criminalística 29/10/2017	Certificado médico de cadáver 29/10/2017	Peritaje de necropsia 29/10/2017
Zona equimótico excoriativa que se ubica en el tercio distal y medial de muslo derecho, con presencia de formación de costra hemática, en un área de 16 centímetros de longitud y 10 centímetros de anchura, que se encuentra a 55 centímetros del plano de sustentación. Zona equimótico excoriativa que se ubica en tercio medial de pierna derecha, en cara externa, con presencia de formación de costra hemática, en un área de 10 centímetros de longitud y 7 centímetros de anchura, que se encuentra a 33 centímetros del plano de sustentación.	Cinco costras irregulares la mayor de 6 mm de circunferencia y la menor de 2 mm todas con equimosis amarillo verdosa perilesional, ubicadas en tercio distal de muslo y cara anterior de rodilla derecha. Seis costras irregulares la mayor de 6 por 3 mm y la menor puntiforme en cara externa tercio proximal y medio de pierna derecha. Equimosis amarillo verdosa de 12 por 4 cm en tercio medio cara anterointerna de muslo derecho.	Siete heridas producidas por contusión, de forma irregular, siendo la mayor de estas de 0.5 por 0.5 centímetros y la menor de 1 por 1 milímetros; de la primera a la quinta de estas, situadas en un área de 10 por 9 centímetros, localizada en el tercio distal cara anterior del muslo derecho y la sexta y la séptima, en un área de 3 por 1 centímetros, localizada en el tercio medio cara lateral de la pierna derecha, estas siete heridas interesan piel y tejido subcutáneo únicamente y cada una de ellas se encuentra rodeada por una zona equimótica de forma irregular, de color azul de 4 por 2 centímetros.

Existe evidencia documental que estas lesiones existían previo a la precipitación de **[Víctima Directa 1]**, ya que fueron descritas en el Certificado de estado psicofísico del 27 de octubre de 2017 de la siguiente forma:

(...) Cuatro lesiones puntiformes de dos mm cada una en tercio medio de muslo derecho cara [ilegible por sello] y cuatro lesiones con costra hemática fresca de dos mm cada una en tercio proximal de pierna derecha

En cuanto al mecanismo de producción de estas lesiones, por un lado **[Víctima Directa 2]**, la compañera de **[Víctima Directa 1]**, relata que personal de custodia le dio a esta última “piquetes con llaves” en el “chamorro derecho” [...], asimismo, en el dictamen con base en el Protocolo de Estambul de su caso [...], señala que una vez que llegó el rondín “nos empezaron a subir a jalones a la estancia, donde mi amiga **[Víctima directa 1]** con la escalera de fierro de metal que está ahí en Santa Martha se pica todo el pie y traía piquetes de llaves también en su pie”.

Por otro lado, personal de seguridad y custodia refiere que **[Víctima directa 1]** portaba un *objeto punzocortante* con el que se autolesionó la pierna derecha el 27 de octubre de 2017 [...] cuando se encontraban afuera de su estancia; es específicamente en la entrevista a [...], técnico en seguridad que se menciona:

*(...) teníamos que encontrar el objeto con que se había dañado **[Víctima Directa 1]**, comenzamos la búsqueda obteniendo como resultado la localización de la mitad de unas tijeras punto romo, un gancho de tejer y un pedazo de antena de televisión (...)*

El único documento en el que se describe el tipo específico de lesión que presentó **[Víctima directa 1]** en esa área anatómica es en el Peritaje de necropsia, en el cual se menciona se trata de heridas por contusión. Los objetos mencionados en ambas versiones (llaves, mitad de tijera con punto (sic) romo, un gancho de tejer y un pedazo de antena de televisión) son posibles productores de lesiones de este tipo, sin embargo, por la localización anatómica de las lesiones distribuidas en cara anterior de muslo y lateral de pierna derecha, repetición y patrón de distribución anatómica no se excluye que hayan sido autoinfligidas tal como lo refirió el personal de custodia.

Finalmente, en el expediente clínico de la Unidad Médica del centro de reclusión se encontraron diversos certificados médicos previos al 27 de octubre de 2017:

12/10/2017	Certificado de estado psicofísico	Consciente, marcha normal, sin lesiones externas visibles.
16/10/2017	Certificado de estado psicofísico	Consciente, orientada, buen estado de hidratación. Sin huella de lesiones recientes al exterior.
20/10/2017 10:05 hrs.	Certificado de estado psicofísico	Ubicada en 3 esferas, Romberg negativo, aliento sui generis, presenta múltiples equimosis color negro, la mayor de 2 cm, la menor de 1 cm en cara [ilegible] línea media lado izquierdo, brazo izquierdo con equimosis color morado de 2 cm en tercio medio interno.

22/10/2017 21:02 hrs.	Certificado de estado psicofísico	Consciente, orientada, pupilas normal, marcha normal. Romberg negativo. Sin huella de lesiones traumáticas externas aparentes.
--------------------------	-----------------------------------	--

Es posible observar que, de los cuatro certificados encontrados, solo en el de fecha 20 de octubre de 2017 se encontraron lesiones. Se encontraron dos equimosis, una de ellas en brazo izquierdo y la segunda no es posible determinar su ubicación al ser ilegible esa parte del documento. En la entrevista realizada por el agente del Ministerio Público a una persona privada de libertad [...] se mencionó que aproximadamente diez días antes de la muerte de [Víctima Directa 1], es decir, dos días previos a esta certificación, [Víctima Directa 1] y la entrevistada fueron agredidas con puñetazos y patadas en diferentes partes del cuerpo.

Tal como se señaló con anterioridad, las equimosis son contusiones simples que pueden ser ocasionadas por percusión o presión. De esta forma, el mecanismo narrado por la persona privada de libertad es consistente con el tipo de lesiones presentadas por [Víctima Directa 1] el 20 de octubre de 2017 y el grado de correlación encontrado es probable.

En el segundo planteamiento del problema se me solicitó:

VI.2 Correlacionar si existe concordancia entre los hallazgos físicos de [Víctima Directa 1] con el conocimiento de los métodos de tortura utilizados en una determinada región y sus efectos posteriores comunes.

Como se mencionó en la respuesta al planteamiento anterior, en el cuerpo de [Víctima Directa 1] se describieron lesiones que se relacionan de forma estrecha con la precipitación que sufrió, además de algunas cuyo origen no puede excluirse sean autoinfligido (miembro pélvico derecho), sin embargo, las equimosis localizadas en miembros torácicos (a excepción de muñeca izquierda) y abdomen, tienen un origen externo y son compatibles con traumatismos contundentes (presión y percusión).

Se indica con base en los casos documentados por el que suscribe que este método de maltrato, consistente en traumatismos con objetos contundentes, descrito en el Protocolo de Estambul como traumatismos causados por golpes, es practicado por personal de seguridad y custodia a personas privadas de libertad en la Ciudad de México.

En el tercer planteamiento del problema se solicitó:

VI.3 Establecer si los métodos de tortura o maltrato físico detectados provocan dolores o sufrimiento físico en una persona con las características físicas de [Víctima Directa 1].

Lo que tomé como parámetro para emitir la conclusión respectiva, es si una persona promedio, con las características de [Víctima Directa 1],

hubiera sufrido físicamente al producirse las equimosis en miembros torácicos y abdomen.

El Diccionario de la Real Academia Española define al *sufrimiento* como dolor o padecimiento físico o moral. De ello se puede establecer que en términos coloquiales dolor y sufrimiento son sinónimos.

La literatura médica establece que el dolor se puede clasificar. Por su duración en agudo y crónico. Por su patogenia (conjunto de mecanismos biológicos, físicos o químicos que llevan a la producción de una enfermedad) en neuropático (producido por estímulos al sistema nervioso central o periférico), nociceptivo (por la estimulación del sistema nervioso a nivel somático o visceral) y psicógeno. Por su localización en somático (piel, músculos, vasos) y visceral (corazón, estómago, intestinos). Según su curso en continuo o irruptivo. Por su intensidad en leve, moderado o severo.

Como se observa, no existe el *dolor grave como tal*, o cuando se hace referencia a este, médicamente se entiende que se refiere al que tiene cierto grado de intensidad del dolor, por lo que en todo caso el *dolor grave* sería el *dolor severo* o el *dolor intenso*. También se señala que, médicamente, el *dolor intenso, severo o grave*, no está vinculado con la afectación de las estructuras anatómicas en donde se genera el dolor, como las terminaciones nerviosas a nivel de la piel, las vísceras, músculos, vasos, entre otros, pues habrá ocasiones en que por ejemplo se pinche con agujas pequeñas los tejidos que están por debajo de las uñas y ello provoque un *dolor intenso, severo o grave*, y se observe que las lesiones físicas tardan escasos días en volver a su situación anterior. De esta manera se observa que no habría relación necesaria entre el daño que sufrirían las estructuras anatómicas con la intensidad o *gravedad* del dolor.

Por lo que, en el presente asunto se puede establecer, con base en las lesiones observadas en miembros torácicos y abdomen, que **[Víctima Directa 1]** sufrió dolores físicos por los traumatismos con objetos contundentes.

VI.4 Establecer si a [Víctima Directa 1] le aplicaron métodos tendientes a anular o a disminuir su capacidad física, aunque no cause dolor físico.

Por disminución de la capacidad física, se entiende la aplicación de medicamentos o de otras técnicas que logran que la persona pierda el control parcial o total de sus funciones físicas o cerebrales con objeto de obtener información que no desee proporcionar de manera voluntaria. En este caso no hay datos clínicos o documentados en los dictámenes químico-toxicológicos que me hagan inferir que se haya llevado alguna acción en tal sentido.

VI.5 Exponer la opinión personal sobre la concordancia que existe

entre todas las fuentes de información con posibles malos tratos físicos o tortura.

Con base en todas las fuentes de información a las que se tuvo acceso, incluidas las entrevistas a las personas testigas y las lesiones documentadas en los diversos documentos periciales, en las que se encontró que los hallazgos físicos en miembros torácicos (a excepción de muñeca izquierda) y abdomen tienen un grado de concordancia firme, se establece que existe consistencia en que **[Víctima Directa 1]** hubiera sido agredida físicamente en la modalidad de traumatismos con objetos contundentes.

Con base en lo antes expuesto, se llegó a las siguientes:

VII. CONCLUSIONES:

PRIMERA.- Las fracturas, equimosis asociadas a estas y lesiones viscerales descritas en el cuerpo de **[Víctima Directa 1]** se relacionan de forma estrecha con la precipitación que sufrió.

SEGUNDA.- Las heridas descritas en miembro pélvico derecho fueron ocasionadas por instrumento por objeto contundente y no se excluye que sean autoinfligidas.

TERCERA. – Las equimosis descritas en miembros torácicos (a excepción de muñeca izquierda) y abdomen guardan una relación firme con traumatismos por objetos contundentes ocasionados por presión y percusión.

CUARTA. – Existe consistencia en que los hallazgos físicos (equimosis) se produjeran por traumatismos por objetos contundentes. Se indica, con base en la experiencia del que suscribe en este tipo de asuntos, que este método de maltrato (traumatismos con objetos contundentes) es descrito de forma frecuente en hechos de malos tratos físicos al interior de centros de reclusión en la Ciudad de México.

QUINTA.- Con base en las lesiones observadas en miembros torácicos, abdomen y miembro pélvico izquierdo, es posible establecer que **[Víctima Directa 1]** sufrió dolores físicos por los traumatismos con objetos contundentes que recibió.

SEXTA.- No hay datos clínicos o documentados en los dictámenes químico-toxicológicos que me hagan inferir que a **[Víctima Directa 1]** se le hubieran aplicado métodos tendientes a anular o a disminuir su capacidad física.

SÉPTIMA.- Con base en todas las fuentes de información a las que se tuvo acceso, incluidas las entrevistas a las personas testigas y las lesiones documentadas en los diversos documentos periciales, se establece que existe consistencia en que **[Víctima Directa 1]** hubiera sido agredido físicamente en la modalidad de traumatismos con objetos contundentes un día previo a su fallecimiento.

37. Acta circunstanciada de 27 de octubre de 2022, suscrita por una visitadora adjunta de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la **[Víctima Indirecta 1]**, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

Cuando se enteró en el Hospital General Balbuena de que su hija **[Víctima Directa 1]** había muerto sintió un dolor enorme, “no se encontraba a sí misma”, se alejó de su familia, culpó a todos y se culpó a sí misma por no haber logrado que fuera liberada para que no siguiera en el centro donde constantemente era agredida por las custodias.

En las primeras horas se ocupó de los trámites para la entrega del cuerpo y el funeral, también de la denuncia ante el Ministerio Público y desde entonces continúa en su búsqueda de justicia porque, si su hija había cometido una falta, debía ser sancionada y no ser tratada como ocurrió ni haber perdido la vida. Ello la distanció de sus familiares y rompió la dinámica con las **[Víctimas Indirectas 2, 3 y 4]**.

Al paso del tiempo, en conjunto han logrado reencontrarse, todas han tenido que acudir a terapia, incluyendo la **[Víctima Indirecta 4]** que a su corta edad también ha resentido afectación por la muerte de **[Víctima Directa 1]**.

Aún vive con coraje ante la inesperada e injusta muerte de su hija, pero también vive con miedo de sufrir alguna represalia.

[...]

38. Acta circunstanciada de 31 de octubre de 2022, suscrita por una visitadora adjunta de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la **[Víctima indirecta 5]**, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

En octubre de 2017 era menor de edad y acudía a la visita en el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla, sin embargo, en las semanas previas a los hechos no permitieron el ingreso de los familiares pues **[Víctima Directa 2]** estaba sancionada. Cuando pudo visitarla ya se encontraba en el Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan y presentaba lesiones visibles; además, se notaba muy mal, triste y deprimida. Ver así a su familiar le generó sentimientos de tristeza y desesperación pues por su edad no podía acudir sola a la visita y tampoco brindarle el apoyo que requería.

[...]

39. Acta circunstanciada de 31 de octubre de 2022, suscrita por una visitadora adjunta de este Organismo, en la cual consta el análisis de la información

relacionada con las sanciones impuestas a la **[Víctima directa 1]** de marzo a octubre de 2017, por el Comité Técnico del CFRSSMA, de la cual se desprende lo siguiente:

Fecha	Número de Sesión	Determinación/Sanción
29 de marzo de 2017	Décimo Tercera Sesión Ordinaria	Reubicación temporal al dormitorio A-309 por periodo de quince días (26 de marzo de 2017 a 9 de abril de 2017)
		Reubicación temporal al dormitorio A-309 por periodo de quince días (9 de abril de 2017 a 23 de abril de 2017)
19 de abril de 2017	Décimo Sexta Sesión Ordinaria	Reubicación temporal al dormitorio A-309 por un periodo de quince días (23 de abril de 2017 a 8 de mayo de 2017)
24 de mayo de 2017	Vigésimo Primera Sesión Ordinaria	Traslado temporal al dormitorio A-214, por un periodo de 15 días (14 de mayo de 2017 al 28 de mayo de 2017).
20 de septiembre de 2017	Trigésima Octava Sesión Ordinaria	Traslado de dormitorio al A-309 por un periodo de 15 días (del 14 al 28 de septiembre de 2017).
25 de octubre de 2017	Cuadragésima Tercera Sesión Ordinaria	Traslado al dormitorio A-309 por un periodo de 15 días (17 al 31 de octubre de 2017).