



ANEXO 1

Expediente: CDHDF/III/122/XOCH/17/P8643

Víctima directa: [Víctima directa 1]

Víctimas indirectas: [Mujer Víctima indirecta 1], [Niña Víctima indirecta 2] y [Víctima indirecta 3]

1. Historia clínica psiquiátrica de 5 de julio de 2017, signada por el Dr. Jorge Legorreta Aponte, adscrito a la Unidad Médica del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (en adelante UMCEVAREPSI), de la entonces Dirección de Servicios Médicos Legales y en Reclusorios, actual Dirección de Servicios Médicos Legales y en Centros de Readaptación Social (en adelante DSMLCRS), dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (en adelante SEDESA), de la cual se desprende lo siguiente:

[Víctima directa 1]

[...]

Padecimiento actual,

XX
XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Examen mental

XX
XX.

Exploración física

XX
XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX [...].

Estudios de Laboratorio y Gabinete (incluyendo Pruebas Psicológicas)
(Ilegible)

Diagnósticos (ICD-10)

Eje I XXXXXXXXXXXXXXXX.

Eje II

Eje III XX

Eje IV

Eje V

Eje VI

Tratamiento actual

1) XXXXXXXXXXXXXXXX

2) XXXXXXXXXXXXXXXX

Pronóstico

XXXXXXXXXXXX.



Conclusiones y comentarios

XX
XXXXXXXXXXXX
[...]

2. Cédula de evaluación de discapacidades de 12 de julio de 2017, signada por el licenciado Gumaro Salmerón Nájera, adscrito al Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CEVAREPSI), de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario (en adelante SSP), dependiente entonces de la Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México y actualmente de la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México (en adelante SSC), de la cual se desprende lo siguiente:

Nombre del Paciente: **[Víctima directa 1]**

Dormitorio: D6

Fecha de aplicación: 13-07-17

Nombre del médico evaluador: Lic. Gumaro Salmerón Nájera

Nivel de funcionamiento: (1) 2 3.

CÉDULA DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDADES.

CARACTERISTICAS CLÍNICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN
- XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX - XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX - XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX - XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXX	BUENA RESPUESTA (Si están todos los criterios presentes) XXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX.	RESPUESTA PARCIAL (Si están todos los criterios presentes) XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX - XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX - XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXX: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	MALA RESPUESTA (Si están cualquiera de los criterios presentes) XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX	
--	--

3. Escala de Plutchik aplicada el 20 de julio de 2017 a **Víctima directa 1**, suscrita por la Psicóloga María Alejandra García de la Torre, Encargada de la Jefatura de Unidad Departamental de Seguimiento y Apoyo Técnico del CEVAREPSI, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima directa 1]

PROGRAMA “DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA”

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho.

Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un “SI” o “NO”.

	SÍ	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está usted separado/a, viudo/a, divorciado/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

4. Estudio criminológico de clasificación de 24 de julio de 2017, signado por el licenciado Fermín Carlos Camacho Valencia, adscrito al CEVAREPSI, así como por el licenciado Jaime Abasolo Rizada, director de dicha institución, del cual se desprende lo siguiente:



[...].

[Víctima directa 1]

[...]

XX
XX
XX
XX
XXXXXXXXXX".

[...]

Diagnóstico de la Unidad Médica con especialidad en CeVaRePsi:
"XXX."

[...]

El paciente procesado **[Víctima directa 1]** está ubicado en el Dormitorio 6 Zona 2 Estancia 5, en la entrevista tuvo una actitud de cooperación, está orientado en persona tiempo y lugar, con un lenguaje congruente-coherente; se reporta por el área de Psicología, la Lic. Alejandra, que la persona procesada le externó que fue agredido por el paciente sentenciado [...], asunto que se ventiló en el Comité Técnico, teniendo la persona sentenciada [...] una llamada de atención.

El que nos ocupa se observa con impacto ante el internamiento, se apega a las normas de la institución y sigue indicaciones por figura de autoridad; no presenta pensamiento suicida, ni ideas homicidas o de muerte; apoya con la limpieza de la estancia y del pasillo del dormitorio. Así mismo asiste al grupo de Alcohólicos Anónimos; recibe visita dos veces a la semana, por parte de la esposa, la prima y un hermano.

La persona privada de su libertad **[Víctima directa 1]** tiene perfil para ser ubicado en el dormitorio 4, pero se sugiere ubicarlo en el dormitorio 1/ 2, tiende a presentar una alta funcionalidad, no refleja ser abusivo con sus compañeros, respeta las normas de la institución y tiende a ser vulnerable ante pares de mayor nocividad en el Dormitorio 4/ 5; se le realizará el seguimiento conductual en Criminología.

Riesgo social

Persona privada de libertad **[Víctima directa 1]** se observa que (sic) bajo apego al tratamiento psiquiátrico, contención social, no se desorganiza en su conducta, ni tiene fallas en el control de impulsos; se recomienda trabajar con el paciente procesado en la conciencia de enfermedad y reforzamiento de la capacidad de prevención de riesgos.

[...]

5. Nota médica de 29 de octubre de 2017, signada por el Dr. José Ángel Ramírez Gutiérrez, Médico Psiquiatra adscrito a la UMCEVAREPSI, en la cual consta lo siguiente:



[...].

[Víctima directa 1]

Masc. de [...] a XX
XXXXXXXXX Acude a consulta refiriendo tristeza e insomnio inicial. Lo anterior desde hace 3-4 días luego que se le informó por jurídico que su sentencia probable será (ilegible). Solicita instalación de antidepresivo (ilegible) juicio dentro del (ilegible) realidad, no psicosis, afecto triste (ilegible), no ideas de muerte, no alteraciones en la sensopercepción. Se le explicó al PPL que hay un factor estresor evidente y de corta duración, por lo que es importante realizar actividades, como continuar limpieza de centro escolar, como también sus actividades de artesano.

6. Nota de seguimiento de 9 de noviembre de 2017, signada por la Psicóloga M. Alejandra García de la Torre, adscrita al CEVAREPSI, de la que se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

Se asiste a **[Víctima directa 1]** quien es referida como deprimida. Se presentó en adecuadas condiciones de higiene y aliño, porta anteojos. Al invitarlo a hablar refiere que está arrepentido de su conducta (el ilícito) y piensa que ya no puede hacer nada. Se propicia revisión de su conducta, aparece la presencia de alucinaciones como causa: se lleva al paciente a la reflexión y se pide describa un día normal a propósito de la percepción “antes y ahora” (sic, ppl) (sic). Sin embargo no concluye, manifiesta llanto y decide no continuar. Se realiza ejercicio de relajación y se propone continuar el trabajo de reflexión.

7. Nota médica de 2 de diciembre de 2017, signada por el Dr. Mario Antonio Lara Ruiz, Médico Psiquiatra adscrito a la UMCEVAREPSI, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

[Víctima directa 1]

2-Diciembre-2017 14:50 siendo aproximadamente las 14:40 hrs. del día 2 de diciembre de 2017, acudió un elemento de Seguridad y Custodia al Servicio médico para informarnos que había una emergencia en el dormitorio 2 del CEVAREPSI, mencionando que habían encontrado a una persona “colgada”. Acudimos inmediatamente al dormitorio los enfermeros Alfonso Rodríguez Sánchez, Ricardo Castro Montes y quien suscribe, Dr. Mario Antonio Lara Ruiz. Los propios custodios nos

condujeron al primer piso del dormitorio 2, encontrando a una persona que posteriormente nos mencionaron se llamaba **[Víctima directa 1]**, entre la celda y el pasillo, tirado en el piso, en decúbito ventral, vestido y con calzado, con el abdomen descubierto, con los ojos cerrados, inmóvil, con la piel de la cara de color violáceo y con secreciones mucosas en nariz y boca. Procedimos a tratar de detectar la presencia de signos vitales, pero ya no encontramos latido cardíaco, pulso ni movimientos ventilatorios. Las pupilas midriáticas.

El personal de Seguridad y Custodia nos informaron que lo encontraron previamente con unos trozos de cobija entorno (sic) a su cuello, amarrados en herrajes de los camarotes y que procedieron a retirárselos, para acostarlo en el piso.

[illegible]

8. Oficio SG/SSP/349/2017, Parte Informativo de 2 de diciembre de 2017, signado por el C. Isidro Saldaña Martín, Encargado del dormitorio 2 y el C. Valdez Guerrero Jesús, Encargado del dormitorio 1, ambos adscritos al CEVAREPSI, del cual se desprende lo siguiente:

[...] siendo aproximadamente las 14:40 hrs., del día de la fecha, me grita de la zona 2, la Persona Privada de la Libertad [...], del Dormitorio 2, Zona 2, Estancia 4, que su compañero de Estancia, la Persona Privada de la Libertad **[Víctima directa 1]**, de la misma ubicación, estaba colgado dentro de la Estancia, solicitando apoyo vía radio, al mismo tiempo que me dirijo al lugar, llegando también mi compañero Técnico en Seguridad Valdez Guerrero Jesús, quien se dirige al área de Servicio Médico para solicitar el apoyo del Médico de Guardia, observando el que suscribe que la Persona Privada de la Libertad [...] sostenía cargando de las piernas a su compañero **[Víctima directa 1]**, tratando de retirarle el tramo de cobija, mencionándome “jefe se está moviendo”, auxiliándolo a cargarlo y la Persona Privada de la Libertad [...], le retira la soga del cuello, bajándolo y recostándolo en el suelo, arribando aproximadamente a las 14:40 hrs., el Dr. Mario Antonio Lara Ruiz, quien nos informa en ese momento el deceso de la Persona Privada de la Libertad **[Víctima directa 1]**, llegando al lugar el Supervisor de Dormitorio Vidal Leyva Ricardo, Morales Esquivel Jorge, Líder Coordinador de Proyectos “A” y Almazán Manjarrez Marcelino, Jefe de la U.D. “A”, dando la orden de proceder a realizar el protocolo para salvaguardar el lugar de los hechos y realizar el parte correspondiente.

9. Nota informativa de 2 de diciembre de 2017, signada por Jesús Martínez Cruz, Técnico Penitenciario del Turno A, adscrito al CEVAREPSI, de la cual se desprende lo siguiente lo siguiente:



[...].

Alrededor de las 14:45 encontrándome en el área de las esclusas de control de dormitorios nos percatamos que personal de seguridad y custodia tanto como del servicio médico se dirigen al dormitorio 3 zona 2 y en la estancia 4 se encontraba en el piso el cuerpo del interno **[Víctima directa 1]** al parecer ya sin vida, confirmándolo enseguida personal del servicio médico, por lo que procedieron a acordonar el área y hacer los trámites pertinentes.

10. Protocolo de necropsia de 3 de diciembre de 2017, signado por Jorge N. Cárdenas Gómez, Perito Médico Forense adscrito al entonces Instituto de Ciencias Forenses, actual Instituto de Servicios Periciales y Ciencias Forenses (en adelante INCIFO), del cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 1]

[...]

EXTERIORMENTE PRESENTA: surco único equimótico, excoriativo, apergaminado, alrededor del cuello, que abarca cara anterior y ambas caras laterales del cuello, incompleto, de dirección oblicua, alto, que pasa a nivel supra tiroideo, desde ángulo mandibular izquierdo, hasta cara lateral derecha del cuello, midiendo 22 centímetros de longitud, midiendo 2 centímetros en su mayor anchura en cara anterior del cuello y un centímetro en su menor anchura en cara lateral del cuello, con puente de piel íntegra de 27 centímetros, en cara posterior del cuello, incluyendo la nuca y con una profundidad de un milímetro.

ABIERTAS LAS GRANDES CAVIDADES ENCONTRAMOS [...]

EN EL CUELLO: Hecha la disección de la región observamos infiltraciones hemáticas evidentes en músculos superficiales, medio y profundos del cuello, de ambos paquetes neurovasculares del cuello. Fractura del cuerpo del hueso hioides y cartílago tiroides. Además de lo descrito laringe, tráquea, faringe y esófago con sus mucosas congestionadas y libres en su luz.

[...]

CONCLUSIÓN: **[Víctima directa 1]** falleció de asfixia por ahorcamiento.

[...]

11. Dictamen pericial en criminalística de campo, de 3 de diciembre de 2017, signado por el licenciado Lázaro Guzmán Zerqueda, Perito en Criminalística adscrito a la Coordinación General de Servicios Periciales de 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:

[...].



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se presente en el lugar de los hechos a efecto de realizar el levantamiento del cadáver, búsqueda de huellas e indicios en el lugar así como a los alrededores, y el traslado del cadáver al anfiteatro de esta Coordinación XO-2, para su debida intervención. Asimismo informar si la celda debería de quedar en custodia para futuras intervenciones de servicios periciales.

[...]

DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE INVESTIGACIÓN:

[...] se observa una estancia 4, zona 2, dormitorio 2, con un acceso por medio de una reja metálica de una hoja color gris; que mide 0.79x2.02 metros de altura, con cerrojo manual tipo corredizo protegido dentro de una caja metálica que se abre solamente por fuera y junto a la entrada de dicha estancia cuenta con dos planchas de concreto adosadas al muro norte y una plancha de concreto adosada al muro sur, a manera de camas con ropa y cobijas encima, una barra y una base de concreto en el lado sur, colocadas a manera de mesa, se observó el cadáver de una persona del género masculino de [...] años de edad aproximadamente, vestido y calzado, en la siguiente posición y orientación:

UBICACIÓN, POSICIÓN Y ORIENTACIÓN DEL CADAVER: En posición decúbito dorsal, con la cabeza orientada en dirección al poniente y la región facial al cenit, los miembros superiores en extensión y aducción, los miembros inferiores en extensión en aducción, separados ambos talones 32 centímetros, en dirección al oriente, la cabeza se observó separada a 1.59 metros al norte de la línea imaginaria del muro sur y a 1.16 metros al oriente del borde poniente del pasillo señalado, fuera de la estancia, los pies se localizaron dentro de la estancia a 0.90 metros al norte del muro sur y a 2.26 metros al poniente del muro oriente de la estancia señalada.

EXAMEN DEL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN: A nuestra llegada al lugar de la investigación se encontraban en el lugar personal de custodios del Sistema Penitenciario de la Ciudad de México, resguardando el lugar con acordonamiento de cinta plástica de color amarillo, pero sin cadena de custodia del lugar señalado como dormitorio 2, zona 2, estancia 4.

[...]

BÚSQUEDA DE INDICIOS EN EL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN:

A.- CADAVER del sexo masculino de [...] años de edad aproximadamente, se observa a simple (sic) vestido y calzado, con las ropas en regulares condiciones, a simple vista se observa con un surco en el cuello cara anterior y lateral izquierdo, al realizar el levantamiento del cuerpo no se localizó ningún otro indicio de índice criminalístico.

Se localizó lo siguiente:



1.- Un pedazo de cobija de tela de color gris, que mide de largo 2.25 metros y de ancho 8 centímetros en su parte más ancha y 2 centímetros en su parte más angosta, amarrada con doble nudo a la escalera metálica de la estancia en el lado norte, formando una gasa, el nudo se localiza a 1.55 metros por arriba del nivel del piso y la finalización de la gasa a 0.70 metros por arriba del nivel del piso, dicha escalera construida de barra solera metálica de 5 mm de grosor y 4 centímetros de diámetro, dicha escalera metálica adosada del piso al techo de 2.40 metros de altura, junto y al inicio de la plancha de concreto adosada al muro norte lado oriente y a 0.87 metros al sur del muro norte.

[...]

HERIDAS Y LESIONES AL EXTERIOR DEL CUERPO:

1. Un surco equimótico-excoriativo, incompleto, irregular, oblicuo, supraioideo, de 15 centímetros de longitud, 12 mm en su parte más ancha y 7 mm, en su parte más angosta, en cara anterior y lateral lado izquierdo del cuello.

OTROS HALLAZGOS: SE OBSERVA CIANOSIS EN REGIÓN FACIAL Y EN LECHOS UNGUEALES.

DESCRIPCIÓN Y EXAMEN DE ROPAS:

[...]

SE OBSERVAN LAS ROPAS EN REGULARES CONDICIONES DE USO SIN DAÑOS, SIN ORIFICIOS, SIN DESGARROS, SIN DESCOSEDURAS.

[...]

CONSIDERACIONES:

Con los elementos de carácter técnico, con los que se cuenta hasta el momento de rendir el presente documento, estoy en posibilidad de exponer las siguientes:

CONCLUSIONES.

PRIMERA.- Con base a la observación del lugar de investigación, la presencia del cadáver y el pedazo de cobija, se puede establecer que el referido lugar es el lugar de los hechos.

SEGUNDA.- Con fundamento a la posición y la situación en que se observó el cadáver sobre el piso del acceso a la estancia descrita, se establece que dicha posición no corresponde a la original ni final al momento de su deceso.

TERCERA.- Con base en la interpretación de los signos cadavéricos y considerando el clima imperante, se deduce que la muerte del ahora occiso le aconteció aproximadamente en un lapso de tiempo menor a dos



horas y mayor a seis horas, anteriores a nuestra intervención criminalística en el lugar de la intervención (sábado 02 de diciembre de 2017 a las 22:00 horas.)

CUARTA.- Con base a la ausencia de lesiones con características típicas a las realizadas en maniobras de lucha, defensa, forcejeo o protección, se infiere que el ahora occiso no realizó ni llevó a cabo dichas maniobras en los momentos previos a su fallecimiento.

QUINTA.- Con fundamento de la observación del lugar de intervención, el pedazo de cobija localizada amarrada en la escalera metálica de la plancha de concreto, a la presencia de cianosis en la región facial y lechos ungueales y que se observó a simple vista un surco en el cuello del cadáver en la estancia señalada, se puede establecer que dicha lesión en cuello es de las producidas en una muerte por asfixia por ahorcamiento, lo que se corroborará, ratificará o rectificará, según corresponda con el resultado de la necropsia médico legal que se le practique al ahora occiso.

SEXTA.- Se infiere criminalísticamente que las lesiones por ahorcamiento son de las realizadas en su mayoría de veces en maniobras de carácter suicida.

[...].

12. Oficio SSDF/SSMI/DSMLR/JUDSMR/UMCEVAREPSI/040/2018, de 25 de enero de 2018, signado por el Dr. José Luis Gaona Ortiz, Responsable de la UMCEVAREPSI, del cual se desprende lo siguiente:

a) Informe la fecha en que se realizó el examen médico de ingreso del paciente, diagnóstico emitido y tratamiento indicado.

R.- La PPL **[Víctima directa 1]** ingresó oficialmente al CEVAREPSI el 05/07/17, emitiendo el Dx. de Ingreso de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XX
XX.

b) Indique la periodicidad con la que se valoraba al paciente. Señale las fechas y servicios de especialidad que lo atendieron.

R.- 13/07/17 Psicología: Aplicación de las cédulas de Habilidades y Discapacidades, en donde los resultados de la evaluación arrojaron datos como XX
XXXXXXXXXXXX. Se registró XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XX.

24/07/17 Psiquiatría: Se refiere con XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.
[...].

29/07/17 Psiquiatría: Ya no se detecta XXXXXXXX.

[...]

01/11/17 Psiquiatría: Se le sugiere realizar más actividades con la

finalidad de contrarrestar su estado anímico.

02/11/17 Psiquiatría: Se reajusta dosis de XXXXXXXXXXXXXXXX. Se mostraba angustiado por la proximidad del dictamen de su sentencia.



04/11/17 Psiquiatría: Se le detecta ansioso ante la sentencia, se incrementó XXXXXXXXXXXXXXXX.

24/11/17 Psiquiatría: Se le observa con mejor control, niega síntomas afectivos, adecuado patrón de sueño, el mismo solicitó disminución de la dosis del medicamento, se encontró estable y no se modifica el esquema establecido.

c) Señale si durante el tiempo que permaneció privado de su libertad se realizaron pruebas y/o test de salud mental, en particular, escalas de intencionalidad suicida.

R.- Por parte del Servicio Médico únicamente las antes señaladas por nuestra área de Psicología.

c.1) Por parte de Psicología del Sistema Penitenciario sí se realizó el día 20 de julio de 2017, obteniéndose un puntaje de 3 SIN RIESGO en el momento de su elaboración.

d) Aunado a lo anterior envíe un resumen clínico.

R.- Resumen clínico

Nombre: **[Víctima directa 1]**

[...]

Fecha de ingreso al CE.VA.RE.PSI.: Desde el 05/07/2017 hasta su defunción el 02/12/2017, procedente de la PGJ.

[...].

AHF: Niega antecedente de XXXXXXXXXXXXXXXX en la familia.

APnoP: Sin relevantes a consignar.

XXX.

APP: Lo inicia a los XX años, por un cuadro de "XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX" y otra por el mismo motivo a los XX años de edad en la XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX fue diagnosticado con XXXXXXXXXXXXXXXX, con cuadros de XXXXX. Recibiendo tratamiento farmacológico mediante uso de XXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXX y XXXXXXXXXXXXXXXX, asegurando que desde el 2008 no lleva ningún tratamiento ni seguimiento médico, pues no tiene trastorno mental en realidad.

[...].

13. Acta circunstancia de 2 de marzo de 2022, suscrita por un visitador adjunto de este Organismo, en la cual consta la entrevista a **[Víctima indirecta 3]**, de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

La **[Víctima indirecta 3]**, hermano de la **[Víctima directa 1]**, lo visitaba de manera frecuente, a pesar de no vivir en la Ciudad de México, por lo que tenía que desplazarse desde su lugar de origen y dejar sus responsabilidades laborales. Además, fungía como "enlace" con otros familiares directos que por su edad, cuestiones económicas y de salud no podían desplazarse hasta el CEVAREPSI.



Tenía conocimiento de que su hermano vivía con discapacidad psicosocial, sin embargo, pensaba que se encontraba siendo atendido, por lo que le sorprendió mucho el desenlace, el cual le generó sentimiento de culpa pues sintió que se debió haber hecho, o bien, que algo faltó por hacer para prestarle la atención que requería en esos momentos.

Cuando falleció su hermano se hizo cargo de los trámites legales para la entrega del cuerpo y su traslado a su lugar de origen para llevar a cabo el sepelio de acuerdo con sus costumbres.

Considera que la imagen de su hermano debe ser reivindicada y las autoridades deben reconocer las omisiones en su atención.

[...]

14. Acta Circunstanciada de 20 de abril de 2022, suscrita por dos visitadoras adjuntas de la CDHCM, donde consta la reunión de trabajo que se llevó a cabo con el Director del CEVAREPSI, licenciado Jaime Abasolo Rizada y con la Subdirectora Técnica Jurídica licenciada Montserrat Lorences Camargo, de la cual se desprende lo siguiente:

[...].

A pregunta expresa, en relación al desarrollo institucional de la **[Víctima directa 1]**, la Encargada de la JUD de Seguimiento y Apoyo Técnico, licenciada María Alejandra García de la Torre, manifestó lo siguiente:

Es oportuno mencionar que ingresó el 4 de julio del 2017, [...]. Una vez sujeto a tratamiento, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX "XXXXX" (sic), su diagnóstico fue XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, recibió seguimiento por el área de Psicología, se integró parcialmente a las actividades, se le mantuvo en seguimiento porque se manifestaba triste e incluso se entrevistó a su tía para conocer su historia de vida e intenta manejar conciencia de enfermedad, situación que no aplican en la actualidad a partir de los criterios que establece la Ley Nacional de Ejecución Penal. De la entrevista con los familiares se desprendió que tuvo una adolescencia normal, comprometido con sus padres, sin conflictos, pero sin apego al tratamiento psiquiátrico, recibió visita de tía, esposa y alguna amistad.

Finalmente, el Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial proporcionó la siguiente información:

[...]

Es necesario aclarar que un 60 por ciento de la población de CEVAREPSI está conformada por personas que se encuentran en situación de calle o abandono familiar, por ello, es prioritario aprovechar cualquier vínculo o contacto con la familia y amistades que pudieran recibirlos una vez que termine su medida de tratamiento. En ese sentido, se brindan facilidades



para la visita de personas que acudan a solicitar información y/o entrevistarse con alguno de sus internos, siempre y cuando éstos los conozcan y acepten recibirlos, situación que ocurrió en el caso de **[Víctima directa 1]**.

Posteriormente acudimos a la Unidad Médica al interior del Centro de Rehabilitación, donde en entrevista realizada al Dr. Miguel Ángel García Estrada, médico Psiquiatra a cargo del Turno Vespertino en dicha área, proporcionó la siguiente información, respecto a la operatividad del Mecanismo de Prevención, Detección y Atención de Conductas Autolesivas, y consumo de sustancias (adicciones) por parte de personas privadas de la libertad en la Ciudad de México:

Cuentan con el apoyo de 5 psiquiatras, pero requieren un psiquiatra para cubrir el horario de 24 horas, en los días miércoles, jueves y sábado. En cuanto a la implementación del Mecanismo para la Detección de Conductas Suicidas, refieren que personal técnico penitenciario y de seguridad, identifican (sic) a las personas privadas de libertad en conductas de riesgo y las canalizan para valoración médica y psiquiátrica, aunque ante señales de riesgo inminente se les remite de inmediato.

Una vez valorados por el psiquiatra se envían al Dormitorio 6 para vigilancia estrecha y contener la impulsividad, aplica para casos de intentos previos suicidas, la necesidad de ajustar la medicación o recurrir a la sedación para contener y estabilizar al paciente por el tiempo que sea necesario. Se intenta explicar al paciente que se tiene que aislar, y en muchas ocasiones, son los pacientes quienes piden ser ubicados en el Dormitorio 6, o bien, se identifican con sintomatología de riesgo durante la consulta mensual.

La sujeción terapéutica ante riesgo inminente suicida, aplica para conductas auto o hetero lesivas, el procedimiento que se lleva a cabo es con sujeciones especiales de seguridad en cama, en cuatro puntos sujetos de las extremidades para verificar que los pacientes no se hagan daño. Es el personal de seguridad quien aplica la sujeción, con las indicaciones verbales que emite el psiquiatra, quien procura que existan 2 dedos de espacio en los amarres de la sujeción para evitar algún compromiso cardiovascular, se aseguran que el paciente respire bien y se encuentre en una posición cómoda. El tiempo aproximado de sujeción forzada puede ser de 60 a 120 minutos, periodo en el que son revalorados por el psiquiatra, quien gradualmente va soltando las extremidades, aunque si está agitado o intenta autolesionarse, se prolonga la sujeción, esto aplica para casos de patologías psicóticas y es común en pacientes con trastorno disocial que presenten agitación de difícil control. Es el personal de seguridad quien los mantiene en observación con la indicación de reportar de manera inmediata cualquier síntoma o modificación en la condición del paciente (broncoaspiración y/o convulsión, etc.).

Si el riesgo suicida no es inminente, el paciente se turna con el área de psicología, donde se aplica la escala Plutchik, aunque la consideran un



mecanismo de medición que resulta obsoleto, en virtud de que puede arrojar una puntuación baja, aun con indicadores de alto riesgo suicida, y obligadamente debe complementarse con la entrevista clínica del paciente por parte del psiquiatra. Las valoraciones por psiquiatría son mensuales para la población, y ahí también se pueden identificar factores de riesgo suicida.

El abordaje farmacológico, más la aplicación de escalas de medición de riesgo suicida como Plutchik, Columbia, Beck, Hamilton y el seguimiento terapéutico por el área de psicología, aportan elementos para identificar el riesgo suicida. Incluso el preguntar al paciente qué es lo que está viviendo, si es que tengo dudas en las escalas, aunque muchos pacientes se llegan a encontrar en psicosis o deterioro cognitivo que no les permite comentar su estado anímico. No obstante, se debe priorizar la contención de la conducta suicida mediante una entrevista que puede tomar de 15 a 20 minutos, es importante que cuando estén alterados por características propias de sus rasgos disociales, se muestre una conducta de disposición y estar ahí para atenderlos. Se requieren terapeutas “para estar con el objeto analítico” cada vez que tengan riesgo suicida, es necesario considerar la historia clínica del trastorno mental.

Cada psiquiatra maneja una clínica con 50 pacientes que son evaluados mensualmente para determinar ajustes o continuidad en la medicación y se elabora una nota de evolución. De manera adicional cada psiquiatra entrega al encargado de la Unidad Médica un “censo de pacientes” que consiste en un listado de personas atendidas mensualmente, documento en el que se especifica diagnóstico y comorbilidades.

Es importante destacar que todos los pacientes manifiestan ansiedad derivada de la condición de reclusión en que se encuentran.

En cuanto al porcentaje de patologías que advierte en su clínica de pacientes, considera que hay un 40 a 45% de personas privadas de libertad con trastornos mentales y del comportamiento secundario a consumo de sustancias, desagregados en consumo perjudicial y abstinencia de sustancias; de un 25 a 30% con esquizofrenia, trastornos psicóticos primarios, o bien con diagnósticos en los que no se tiene evidencia que presenten ese trastorno; de un 10 a 15% con trastorno disocial o de la personalidad, y se trata de pacientes de los que se desconoce por qué están en CEVAREPSI, ya que no presentan otra patología de salud mental, no obstante, por alguna situación lograron, durante el periodo de su detención, que se les considerara como inimputables; de un 10 a 15% de pacientes con retraso mental; de un 8 a 10% de epilepsia o secuelas neurológicas y trastornos del afecto o bipolaridad, en los casos de pacientes que cometen el delito en un contexto de manía.

En el caso de pacientes que son derivados a CEVAREPSI por las Unidades Médicas de otros centros de reclusión en la Ciudad, conforme al Protocolo de Riesgo Suicida se evalúa el estado en que se encuentran, si lo requieren, se mantienen bajo vigilancia hasta que remiten el cuadro

y regresan a su centro de origen con sugerencia de incorporarlos al Programa de Adicciones. En este sentido, el acceso de las personas privadas de libertad al consumo de drogas es un indicador que obstaculiza el resultado de toda intervención en materia de salud mental, y en general, a todo aspecto de reinserción social y rehabilitación psicosocial.

$$[\dots]$$

15. Oficio SSC/SSP/DC/106/2022 de 6 de mayo de 2022, firmado por el Lic. Jaime Abasolo Rizada, Director del CEVAREPSI, del que se desprende lo siguiente:

[...].

En referencia al suicidio de la persona privada de la libertad **[Víctima directa 1]**, comparto con Usted algunas puntualizaciones, obtenidas del expediente médico.

[illegible]

En observaciones del día previo a su ingreso a este Centro, el médico experto refiere que la persona que nos ocupa "no tiene capacidad para conocer, querer y entender el significado del hecho delictivo que se le imputa".

[illegible]

El 24 de julio en nota de psiquiatría emitido (sic) por el Dr. José Ángel Ramírez Gutiérrez, donde refiere un diagnóstico de XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX "ahora estable con tratamiento farmacológico, juicio dentro del marco de la realidad"

El 19 de octubre refiere tristeza e insomnio inicial desde hace 3 o 4 días por jurídico de su sentencia, probable sentencia de 2 a (sic). "solicita intervención de antidepresivo", "juicio dentro del marco de la realidad, no psicosis, afecto triste resonante, no ideas de muerte, no alteraciones en la sensopercepción"

El 01 de noviembre es referido a psiquiatría por medicina general, por síntomas depresivos, presentó hoy pseudo crisis. Refiere sentirse triste por distancia con la familia y por haber tenido audiencia; alerta, cooperador, juicio dentro del marco de la realidad, no ideas delirantes, no ideas de muerte, ni alteraciones en la sensopercepción.

El 04 de noviembre atendido por Dr. Rivera quien lo refirió consciente, alerta, orientado, de afecto triste y ansioso al referir que pronto será sentenciado. Cooperador, niega ideación suicida o delirante.

El 24 de noviembre atendido por la Dra. Eny Vázquez refiere niega síntomas afectivos, con adecuado patrón de sueño, solicita disminución del medicamento, afecto tendiente a la eutimia, coherente y congruente, sin ideas delirantes, juicio dentro de la realidad.

En lo referente a la atención en el área de psicología y Trabajo Social, se desprende lo siguiente:

Ingresó a este Centro el 04 de julio de 2017. Fue asignado en el área de Psicología a la psic. María Alejandra García De la Torre; se realizó ficha de ingreso de población psiquiátrica y aplicación de escala Plutchik el día 20 de julio de 2017, el puntaje obtenido fue de 03, a la entrevista solo refirió sentimientos de tristeza debido a condición situacional haciendo referencia a la reclusión. En fecha 12 de julio fue valorado por el psic. Gumaro Salmerón Nájera que aplica cédula de evaluación de discapacidades, esta cédula evalúa las características clínicas y la calidad de respuesta y tipo de intervención en tres niveles, siendo evaluado **[Víctima directa 1]** XXXXXXXXXX que la ausencia de conductas de



riesgo, disruptivas y síntomas negativos que no interfieren significativamente con la integración.

En el estudio psicológico de fecha 26 de julio realizado a la persona privada de la libertad se advierte cooperador, verborrérico (sic) y con para respuestas, de pensamiento funcional, juicios auto y hetero críticos disminuidos, mantiene distancia en los contactos interpersonales impresionando vulnerable frente a otros. Sobre control de padecimiento refiere inicio a la edad de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX, muestra dificultad para asimilar padecimiento.

En el seguimiento **[Víctima directa 1]** manifestó haber tenido dificultades con la persona privada de la libertad [...], debido a proceso de adaptación y la dificultad para aceptar la condición de reclusión fue evidente la dificultad para manejar límites dentro de su entorno de convivencia; describió sus actividades siendo funcional e integrándose a ellas y manteniendo autocuidado. Durante su permanencia en este centro personas que lo visitan menciona la presencia de **[víctima indirecta 1]**, refiriendo que ella no conoce de sus antecedentes de padecimiento ("hasta ahora" sic.), en referencia a su grupo familiar recibió visita frecuente de la señora [...], Sra. [...] y **[Víctima indirecta 3]** [...]. De la entrevista realizada a **[Víctima directa 1]** se estimó conveniente la entrevista familiar que permitiera obtener mayor información; se solicitó la presencia de los padres, los cuales no se presentaron justificándose que radican en [...], quien se presentó fue **[Víctima indirecta 1]**, hermano de **[Víctima directa 1]**; la información que proporcionó fue escasa pues menciona que su hermano vino del [...] para vivir con unas tías paternas quienes podrían proporcionar más datos. Acerca de la persona privada de la libertad, refirió que fue internado en clínica psiquiátrica Florida en el año 2002 donde lo diagnostican con manía.

En fecha 09 de noviembre asistido por Técnicos penitenciario (sic), la persona privada de la libertad fue canalizada al área de Psicología quien en apariencia lo menciona deprimido. Dijo sentirse arrepentido, en referencia a la conducta causa de ingreso la cual justificó debido a la presencia de alucinaciones; con dificultad para expresarse manifestó llanto y decidió no continuar la sesión. Se sugiere trabajar relajación y continuar proceso reflexivo.

Para contar con mayor información sobre historia de vida de la persona privada de la libertad, se entrevista a la tía paterna. En dicha entrevista refiere que **[Víctima directa 1]** vivió con ella desde la adolescencia sin presentar conflictos, refiriéndolo autosuficiente y responsable de los padres a quienes visitaba y apoyaba económicamente. Comenta que fue atendido en medio hospitalario de tipo psiquiátrico en clínica Florida y le fue prescrito tratamiento farmacológico, pero con escasa adherencia al mismo por lo que continuaban los delirios. No menciona antecedentes ni presencia de intentos suicidas, la conducta que más llamó su atención fue que incineró algunas de sus pertenencias sin que ella conociera el motivo.

De los numerales solicitados



[...].

10.- Ingresó a este Centro el 04 de julio de 2017. Fue asignado en el área de Psicología a la psic. María Alejandra García De la Torre; se realizó ficha de ingreso de población psiquiátrica y aplicación de escala Plutchik el día 20 de julio de 2017, el puntaje obtenido fue de XX, a la entrevista solo refirió sentimientos de tristeza debido a condición situacional haciendo referencia a la reclusión. En fecha 12 de julio fue valorado por el psic. Gumaro Salmerón Nájera que aplica cédula de evaluación de discapacidades, esta cédula evalúa las características clínicas y la calidad de respuesta y tipo de intervención en tres niveles, siendo evaluado **[Víctima directa 1]** con el nivel XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XX XXXXXXXXXXXX.

En el estudio psicológico de fecha 26 de julio realizado a la persona privada de la libertad se advierte cooperador, verborrérico (sic) y con para respuestas, de pensamiento funcional, juicios auto y hetero críticos disminuidos, mantiene distancia en los contactos interpersonales impresionando vulnerable frente a otros. Sobre control de padecimiento refiere inicio a la edad de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX, muestra dificultad para asimilar padecimiento.

En el seguimiento **[Víctima directa 1]** manifestó haber tenido dificultades con la personal privada de la libertad [...], debido a proceso de adaptación y la dificultad para aceptar la condición de reclusión fue evidente la dificultad para manejar límites dentro de su entorno de convivencia; describió sus actividades siendo funcional e integrándose a ellas y manteniendo autocuidado. Durante su permanencia en este centro personas que lo visitan menciona la presencia de su esposa, refiriendo que ella no conoce de sus antecedentes de padecimiento ("hasta ahora" sic.), en referencia a su grupo familiar recibió visita frecuente de Sra. [...], Sra. [...] y **[Víctima indirecta 3]** (hermano). De la entrevista realizada a **[Víctima directa 1]** se estimó conveniente la entrevista familiar que permitiera obtener mayor información; se solicitó la presencia de los padres, los cuales no se presentaron justificándose que radican [...], quien se presentó fue **[Víctima indirecta 3]**, hermano de **[Víctima directa 1]**; la información que proporcionó fue escasa pues menciona que su hermano vino del [...] para vivir con unas tías paternas quienes podrían proporcionar más datos. Acerca de la persona privada de la libertad, refirió que fue internado en clínica psiquiátrica Florida en el año 2002 donde lo diagnostican con manía.

En fecha 09 de noviembre asistido por Técnicos penitenciario (sic), la persona privada de la libertad fue canalizada al área de Psicología quien en apariencia lo menciona deprimido. Dijo sentirse arrepentido, en referencia a la conducta causa de ingreso la cual justificó debido a la presencia de alucinaciones; con dificultad para expresarse manifestó llanto y decidió no continuar la sesión. Se sugiere trabajar relajación y continuar proceso reflexivo.



Se asistió a la persona privada de la libertad abordando la conducta causas (sic) de ingreso, refiriendo al inicio la dificultad para aceptar la reclusión, manifestó haber estado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX en el cual se escucha inconstante. En la escala Plutchik su puntaje fue de XX, abordándose las respuestas dadas en relación a la intención suicida manifestando que esto es pensado a partir de encontrarse (sic) en situación de encierro; de los seguimientos a la persona privada de la libertad se obtiene que presentó dificultad para adaptarse, tuvo conflicto con una persona privada de la libertad, escuchándose la dificultad para poner límites, evidenció dificultad para asimilar su condición, expresó culpa por la conducta ilícita y refiriendo como causa la presencia de alucinaciones principalmente de tipo místico. El abordaje de la persona privada de la libertad fue bajo el enfoque cognitivo conductual, identificando ideas irracionales, la contención de alucinaciones auditivas y ejercicios de relajación.

16. Acta circunstanciada de 23 de septiembre de 2022, suscrita por visitantes adjuntos de este Organismo, en la cual consta la entrevista a la **[Mujer Víctima indirecta 1]**, de la cual se desprende sustancialmente lo siguiente:

La **[Mujer Víctima indirecta 1]** visitaba de manera constante a su esposo **[Víctima directa 1]**, a quien desde que ingresó al CEVAREPSI apoyaba económicamente y se hacía cargo de los gastos de la defensa legal (con apoyo de su cuñado **[Víctima indirecta 3]**, así como de los gastos de la casa y la manutención de **[Niña Víctima indirecta 2]** hija de ambos.

Se encontraba confiada porque en el CEVAREPSI le informaron que contaban con los especialistas para atender el padecimiento mental que había presentado [Víctima directa 1] y nunca se le indicó que se



encontrara mal, por lo que cuando recibió la llamada del Director de CEVAREPSI para informarle “que se había ahorcado” tuvo una reacción de sorpresa, incredulidad, tristeza y dolor, sentimientos que se agudizaron cuando en compañía de su cuñado, **[Víctima indirecta 3]**, acudió a la institución y le informaron las circunstancias del caso, lo que le causó desconfianza e incertidumbre.

Con la muerte de **[Víctima directa 1]** se ha tenido que hacer cargo sola de **[Niña Víctima indirecta 2]** (quien había formado un vínculo estrecho con su padre, a quien visitaba en CEVAREPSI), no solo en lo económico sino en lo emocional y lo afectivo, por lo que se ha tenido que mostrar fuerte para dar apoyo a su hija, sin embargo, la muerte de su familiar es una herida que aún no ha podido cerrar.