

1. Presentación.

La presente Directiva se elabora a iniciativa de la Dirección General de Sanidad y en coordinación con la Dirección General de Justicia Militar, de acuerdo con las disposiciones que rigen en la materia contenidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, el Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional y el Reglamento General de las Prisiones Militares, así como en la normatividad contenida en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, la Declaración Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, **el Protocolo de Estambul**, el Pacto de San José, las Reglas sobre Administración de Justicia y Tratamiento de Detenidos, Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, Principios de Ética Médica aplicable a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas, contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; Lo anterior, para contribuir con el proceso de readaptación del personal militar sentenciado con el objeto de lograr su reinserción a filas y en condiciones de observar la disciplina militar, superando aquellos factores que le llevaron a infringirla, de tal forma que pueda continuar prestando sus servicios en el Instituto Armado conforme a las exigencias castrenses para el buen servicio.

2. Introducción.

El proceso de readaptación del personal militar que ha presentado una conducta desviada demanda de un esfuerzo conjunto de las áreas involucradas con el logro de tal proceso. Para ello se deberán detectar y atender los factores que contribuyen a tal desviación, tomando las medidas necesarias para su prevención, tratamiento y control, empleando, además de los recursos materiales con que se cuenta, todos aquellos recursos que la ciencia ofrece para lograr la comprensión de los motivos que inducen al individuo a actuar de manera desadaptada o francamente antisocial y de los mecanismos que favorecen la corrección de esas conductas y permiten el desarrollo del potencial humano, de manera plena y satisfactoria en el contexto social donde se desenvuelve.

Uno de los aspectos que, en mayor medida contribuyen al desarrollo del potencial humano es, precisamente, la salud mental. Su atención integral merece especial cuidado. Su organización y sistematización es indispensable para que apoye el proceso de readaptación desde el ingreso, durante la estancia y hasta el egreso del personal procesado y sentenciado, **proponiendo acciones preventivas y terapéuticas en materia de Salud Mental.** La presente directiva establece las actividades y los procedimientos para cada una de las fases señaladas y su aplicación contribuirá a unificar criterios y definir las responsabilidades, alcances y limitaciones de la Subsección de Psicología, dentro del equipo multidisciplinario de la Sección de Readaptación de cada una de las prisiones militares, de tal manera que se optimice la labor del personal de psicólogos en la realización del objetivo de obtener la readaptación del personal militar que contraviene la disciplina castrense.

3. Objetivos.

3.1 General.

Esta directiva tiene por objeto uniformar los procedimientos aplicables a las actividades que desarrolla el personal de psicólogos en las prisiones militares, así como los criterios, estrategias y técnicas a seguir para la atención psicológica integral al personal perteneciente a los grupos de militares procesados y sentenciados de la República, con el propósito de apoyar su proceso de readaptación y reincorporación al medio castrense.

3.2 Específicos.

3.2.1 Proporcionar a la Sección de Readaptación en cada una de las prisiones militares, los elementos que le permitan conocer las variables psicológicas que han predisuesto a una persona para delinquir y, con ello, determinar las variables de perfil delictivo que pudieran incidir en su reincidencia.

3.2.2 Conocer los factores psicosociales que sea necesario corregir, a efecto de que el personal militar que ha delinquido sea reinsertado social y laboralmente, **previniendo la reincidencia.**

3.2.3 **Identificar cuáles son los factores conductuales, educativos, familiares y psicosociales que pueden ser utilizados para fortalecer el proceso de readaptación en el interno reforzándolo positivamente, encaminado a elevar su moral y apego hacia sus redes de apoyo (familia y amigos) con miras a su reinserción al medio.**

3.2.4 Aportar elementos de juicio para tomar decisiones en los siguientes aspectos, inherentes a la vida del personal militar procesado o sentenciado:

- **Identificar y prevenir cualquier situación de maltrato y/o tortura desde su ingreso y estancia del personal.**

- **Identificar y prevenir cualquier situación relacionada con problemas de adicción desde su ingreso y estancia del personal, hasta su egreso.**

- Clasificación de los internos en función de su grado de riesgo social.

- Adecuaciones al tratamiento psicológico, en función de las progresiones y regresiones de grado observadas en el paciente.

- Ponderar el clima institucional dentro de la instalación carcelaria a fin de lograr un ambiente propicio a los fines de la readaptación y reinserción del personal militar que ingresa a las prisiones castrenses (con excepción del personal arrestado)

-Aplicación de tratamientos grupales e individuales, en atención a la sintomatología detectada en cada caso específico.

-Resoluciones del Consejo Técnico Interdisciplinario respecto de las solicitudes que eleva el personal sentenciado para que se le concedan los beneficios de la reducción de pena, el indulto, la libertad preparatoria o cualesquiera otros beneficios y estímulos de la competencia de dicho Consejo.

3.2.5 Conocer los fenómenos económicos, sociales y culturales del entorno social del individuo y del interior de las prisiones militares que propician y provocan la delincuencia, a fin de determinar las acciones preventivas y correctivas necesarias para la preservación de la disciplina dentro de las prisiones militares y la readaptación social.

3.2.6 Identificar y prevenir si entre el personal de procesados y sentenciados existe evidencia de casos de tortura

4. Campo de Aplicación.

Esta Directiva es de observancia obligatoria para el desarrollo de las actividades que en materia de salud mental, psiquiatría, psicología, trabajo social psiquiátrico y otras relacionadas, se lleven a cabo en las prisiones militares, siendo responsabilidad de los directivos de las mismas supervisar su aplicación y de las Dirección Generales de Justicia y Sanidad Militar el proporcionar la asesoría técnica correspondiente.

5. Marco Legal

5.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ART. 13.- "... Subsiste el fuero de guerra para los delitos y faltas contra la disciplina militar ...".

Artículo 18. Solo por delito que merezca pena corporal habrá lugar a prisión preventiva. El sitio de ésta será distinto del que se destinare para la extinción de las penas y estarán completamente separados.

Los Gobiernos de la Federación y de los Estados organizarán el sistema penal, en sus respectivas jurisdicciones, sobre la base del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación como medios para la readaptación social del delincuente. Las mujeres compurgarán sus penas en lugares separados de los destinados a los hombres para tal efecto.

Los Gobernadores de los Estados, sujetándose a lo que establezcan las leyes locales respectivas, podrán celebrar con la Federación convenios de carácter general, para que los reos sentenciados por delitos del orden común extingan su condena en establecimientos dependientes del Ejecutivo Federal.

La Federación, los Estados y el Distrito Federal establecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, un sistema integral de justicia que será aplicable a quienes se atribuya la realización de una conducta tipificada como delito por las leyes penales y tengan entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad, en el que se garanticen los derechos fundamentales que reconoce esta Constitución para todo individuo, así como aquellos derechos específicos que por su condición de personas en desarrollo les han sido reconocidos. Las personas menores de doce años que hayan realizado una conducta prevista como delito en la ley, solo serán sujetos a rehabilitación y asistencia social.

La operación del sistema en cada orden de gobierno estará a cargo de instituciones, tribunales y autoridades especializados en la procuración e impartición de justicia para adolescentes. Se podrán aplicar las medidas de orientación, protección y tratamiento que amerite cada caso, atendiendo a la protección integral y el interés superior del adolescente.

Las formas alternativas de justicia deberán observarse en la aplicación de este sistema, siempre que resulte procedente. En todos los procedimientos seguidos a los adolescentes se observará la garantía del debido proceso legal, así como la independencia entre las autoridades que efectúen la remisión y las que impongan las medidas. Estas deberán ser proporcionales a la conducta realizada y tendrán como fin la reintegración social y familiar del adolescente, así como el pleno desarrollo de su persona y capacidades. El internamiento se utilizará solo como medida extrema y por el tiempo más breve que proceda, y podrá aplicarse únicamente a los adolescentes mayores de catorce años de edad, por la comisión de conductas antisociales calificadas como graves.

Los reos de nacionalidad mexicana que se encuentren compurgando penas en países extranjeros, podrán ser trasladados a la República para que cumplan sus condenas con base en los sistemas de readaptación social previstos en este artículo, y los reos de nacionalidad extranjera sentenciados por delitos del orden federal en toda la República, o del fuero común en el Distrito Federal, podrán ser trasladados al país de su origen o residencia, sujetándose a los Tratados Internacionales que se hayan celebrado para ese efecto. Los gobernadores de los Estados podrán solicitar al Ejecutivo Federal, con apoyo en las leyes locales respectivas, la

inclusión de reos del orden común en dichos Tratados. El traslado de los reos sólo podrá efectuarse con su consentimiento expreso.

Los sentenciados, en los casos y condiciones que establezca la ley, podrán compurgar sus penas en los centros penitenciarios más cercanos a su domicilio, a fin de propiciar su reintegración a la comunidad como forma de readaptación social.

5.2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal:

art. 29.- *A la secretaría de la Defensa Nacional le corresponde el despacho de los siguientes asuntos: ...*

x. Administrar la Justicia Militar;...

5.3 Código de Justicia Militar:

Artículo 129. Los condenados a prisión la compurgarán en la cárcel militar o común o en el lugar que la autoridad competente designe.

5.4 Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos:

Artículo 92. El servicio de justicia tendrá a su cargo la procuración y la administración de la justicia por los delitos del fuero de guerra y vigilar el cumplimiento de las penas impuestas por las dependencias encargadas de administrar la justicia;...

ii. organizar, dirigir y supervisar el funcionamiento de las prisiones militares, unidades disciplinarias y otras dependencias e instalaciones similares;

iii. vigilar que los militares procesados y sentenciados, conserven su capacidad física y la profesional en su caso, hasta su reincorporación a las actividades militares o civiles; ...

5.5 Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional:

Artículo 41. Corresponde a la Dirección General de Justicia Militar: ...

xi. Organizar, Dirigir y Supervisar el funcionamiento de las prisiones militares, grupos de sueltos, unidades disciplinarias y otras dependencias e instalaciones similares; y

xii. Proponer Innovaciones en la Organización y funcionamiento de las prisiones militares.

5.6 Reglamento General de Prisiones Militares

“...ARTÍCULO 6o.- Las prisiones militares tienen como objetivos:

I. Controlar y custodiar al personal militar, privado o restringido de su libertad;

II. Concienciar al personal sentenciado a fin de lograr su readaptación;

III. Motivar al personal interno a participar en los programas que se desarrollarán en las mismas;

IV. Conservar la capacidad física y profesional de los militares procesados y sentenciados para su reincorporación a sus actividades militares cuando corresponda y

V. Procurar que el personal que obtenga su libertad lo haga en las mejores condiciones físicas, morales y psicológicas.

ARTICULO 9o.- Para su funcionamiento interno las prisiones militares contarán con:

IV. Sección de Readaptación:

- A. Jefatura.
- B. Subsección de Psicología.
- C. Subsección de Psiquiatría.
- D. Subsección de Trabajo Social.
- E. Subsección de Educación y
- F. Subsección de Terapia Ocupacional..."

6. Definiciones.

Para los fines de esta directiva son aplicables las definiciones siguientes:

6.1 Adicción o dependencia,

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

6.2 Atención Integral en Salud Mental.

Es el conjunto de servicios que se proporcionan al interno con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral en las fases de ingreso, estancia y egreso.

Conducta antisocial.

6.3 Es la contraria al bien común. Atenta contra la estructura básica de la sociedad, destruye sus valores fundamentales, lesiona las normas elementales de convivencia.

6.4 Conducta desadaptada.

Conducta que se desvía de la norma considerada apropiada para una situación específica. El desadaptado muestra defectos en las áreas del funcionamiento cognoscitivo, comportamiento social y/o autocontrol o angustia excesiva.

6.5 Conducta Parasocial

Es la que se presenta en un contexto social, pero es diferente a las conductas seguidas por la mayoría de ese conglomerado social. Implica la no aceptación de los valores adoptados por la colectividad, pero sin destruirlos; no realiza el bien común pero no lo agrede.

6.6 Criminodinámica.

Explicación de los procesos seguidos para llegar a la conducta antisocial.

6.7 Criminogénesis.

Estudio del origen o principio de la conducta criminal. Conjunto de factores y causas que dan por resultado la conducta antisocial.

6.8 Criminología.

Ciencia sintética, causal explicativa, natural y cultural de las conductas antisociales.

6.9 Diagnóstico clínico psicológico de trabajo.

Es el diagnóstico clínico psicológico provisional o preliminar con el que se orienta el trabajo clínico para el establecimiento del diagnóstico definitivo. El diagnóstico de trabajo

puede coincidir con el diagnóstico definitivo, pero en ocasiones, puede ser diferente a este.

6.10 Enfermedad mental.

De conformidad con la Norma Oficial Mexicana **NOM-025-SSA2-1994**, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica: es aquella considerada como tal en la Clasificación Internacional de enfermedades mentales vigente, de la Organización Mundial de la Salud que en el capítulo dedicado a Trastornos Mentales y del Comportamiento, dice: "Este grupo comprende una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás... Representan desviaciones extremas o significativas con respecto a la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás... Estos esquemas conductuales tienden a ser estables y abarcar múltiples dominios del comportamiento y del funcionamiento psicológico. Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y de deterioro de la actuación social."

6.11 Estudio de personalidad.

Información detallada de las características de personalidad que incluye pensamientos, motivos, emociones, intereses, actitudes, habilidades, que se obtiene a través de la investigación y los instrumentos de evaluación y se analiza a la luz de la teoría de la personalidad.

6.12 Expediente único interdisciplinario.

Documento que se integra con los informes o reportes emitidos por cada una de las Subsecciones de la Sección de Readaptación.

6.13 Personalidad.

Organización integrada por todas aquellas características cognitivas, afectivas, volitivas y físicas de un individuo, tal y como se manifiesta a diferencia de otros.

6.14 Psicología:

Ciencia de la mente y sus procesos, y de la conducta expresa y de las experiencias subjetivas que son producto de estos procesos.

6.15 Psicólogo.

Profesional con entrenamiento acreditado en la psicología, sin importar el campo específico al que se dedique, versado en los hechos, teorías, procedimientos y aplicaciones prácticas de la psicología.

6.16 Psiquiatra.

Especialista en el estudio y tratamiento de trastornos mentales, incluyendo el aspecto psicopatológico y médico general de estos estados.

6.17 Psiquiatría.

Área del conocimiento médico científico que se ocupa del diagnóstico y terapéutica de los trastornos mentales en sus diferentes aspectos etiológico, clínico, diagnóstico y pronóstico.

6.18 Readaptación:

Finalidad del conjunto de acciones y programas que realizan las Secciones de Readaptación de las Prisiones Militares, dirigidas a reformar la conducta delictiva del interno y prevenir la comisión de nuevos delitos, alimentando sus potenciales de crecimiento personal junto con su capacidad de enfrentamiento de situaciones de manera funcional y adaptativa, bajo un régimen de adiestramiento, disciplina, moral, trabajo y educación, cuyo resultado final es lograr la reincorporación del personal sentenciado, a la vida militar activa.

6.19 Reinserción.

Resultado último del proceso de readaptación que permite al militar que ha presentado un comportamiento desviado, reincorporarse a un organismo castrense y ejercer sus actividades de forma funcional y con apego a las leyes y reglamentos militares.

6.20 Salud mental.

Estado de bienestar emocional y psicológico que le permite al individuo la adaptación social al utilizar sus habilidades cognitivas para resolver las demandas de la vida diaria y responder a las expectativas del grupo social en el que se desenvuelve.

6.21 Sistema Penitenciario Militar.

Sistema en el que concurren diversas disciplinas tendientes a la readaptación social del delincuente, mediante un tratamiento individualizado, en el que se tomen en consideración las circunstancias personales del sentenciado para su reinserción a las actividades militares, mediante un régimen de adiestramiento, disciplina, moral, trabajo, salud, deporte y educación.

6.22 Tortura.

Es todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.

7. Disposiciones generales.

- 7.1 La Dirección General de Sanidad, a través de la Sección de Salud Mental y en coordinación con la Dirección General de Justicia Militar normarán y supervisarán la realización de las actividades de atención en salud mental que se lleven a cabo en las prisiones militares, en función del objetivo de la readaptación del personal militar.
- 7.2 La Dirección General de Sanidad, a través de la Subdirección Operativa (Sección de Salud Mental), tendrá a su cargo la capacitación y actualización del personal de salud mental (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y demás personal de áreas relacionadas) adscritos a prisiones militares, en los aspectos técnicos de la especialidad.
- 7.3 La Dirección General de Justicia Militar, a través de la Subdirección Técnica-Administrativa (Sección Técnica) y en coordinación con la Dirección General de Sanidad (Sección de Salud Mental) tendrá a su cargo la capacitación del personal de salud mental adscrito a las prisiones militares, en los aspectos jurídicos relacionados con la materia de la readaptación social.
- 7.4 Cuando se designe personal de salud mental (psicólogos o psiquiatras, trabajadores sociales psiquiátricos, enfermeros especialistas en psiquiatría y/o personal de áreas relacionadas, a las prisiones militares, en la semana previa a que tomen posesión de su cargo, se les impartirá un curso de inducción al puesto por parte de las Direcciones Generales de Justicia Militar y de Sanidad, conforme a los planes y programas que al efecto se elaboren.
- 7.5 El personal de salud mental adscrito a las prisiones militares se apegarán para su desempeño profesional a lo establecido en la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, así como a las Leyes y reglamentos aplicables a su cargo y especialidad en los ámbitos civil y militar.
- 7.6 Toda evaluación y todo tratamiento clínico se efectuarán con el Consentimiento Válidamente Informado del interesado, de conformidad con la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- 7.7 Las Subsecciones de Psicología y de Psiquiatría de las prisiones militares deberá contar con los recursos mínimos indispensables para la realización de sus actividades, en función de la cantidad de procesados y sentenciados que existe en cada una de ellas.

7.7.1 Personal mínimo indispensable en de salud mental en las prisiones militares:

El trabajo de psiquiatría y psicología deberá desarrollarse en conjunto como equipo de salud mental compartiendo y complementandose tanto en aspectos técnicos como administrativos.

7.7.1.1 Personal de psicólogos:

- Prisión de la I Región Militar:

Un psicólogo jefe de la subsección de psicología, 5 psicólogos adscritos a la subsección, 2 elementos oficinistas, 1 elemento archivista.

- Prisiones Militares de las III y V RR.MM:

Un psicólogo jefe de la subsección de psicología, 1 psicólogo adscrito a la subsección, 1 elemento oficinista.

7.7.1.2 Personal de psiquiatras:

- Prisión de la I Región Militar:

Dos psiquiatras, uno como Jefe de la Subsección de Psiquiatría y uno adscrito a la misma.

- Prisiones Militares de las III y V RR.MM: Un Psiquiatra como jefe de las Subsecciones correspondientes.

7.7.1.3 Personal administrativo:

- Prisión de la I Región Militar:

2 elementos oficinistas, 1 elemento archivista.

- Prisiones Militares de las III y V RR.MM:

Un elemento oficinista.

7.7.2 Instalaciones apropiadas para el cumplimiento de sus funciones:

7.7.2.1 Prisión Militar de la IRM: Cuatro oficinas o cubículos en la sección sanitaria para atención psicológica y psiquiátrica, una oficina en el área de gobierno de la prisión, para efectuar el trabajo administrativo y para la concentración del archivo clínico psicológico y un área para la aplicación de evaluaciones psicológicas grupales;

7.7.2.2 Prisiones Militares de las III y V RR.MM., Dos oficina o cubículos en la sección sanitaria para atención psicológica y psiquiátrica, una oficina en el área de gobierno de la prisión, para efectuar el trabajo administrativo y para la concentración del archivo clínico psicológico y un área para la aplicación de evaluaciones psicológicas grupales.

7.7.2.3 En todos los casos, las instalaciones deben reunir las condiciones de privacidad, buena iluminación, ventilación y seguridad donde se respete el derecho a la privacidad de las personas y se favorezca el rapport y la empatía requerida para el trabajo psicológico y psiquiátrico, permitiendo la alianza terapéutica entre psicólogo y paciente, con lo cual se obtendrán mejores resultados en la labor de la readaptación.

7.7.3 Equipamiento adecuado: un escritorio o mesa de trabajo, sillas, diván, equipo de cómputo, archiveros y material de papelería necesaria para integrar los expedientes clínicos psicológicos.

7.7.4 Instrumentos psicológicos: vigentes, completos: guía de aplicación, plantillas de calificación, baremos y protocolos de aplicación originales. Dichos instrumentos deberán mantenerse actualizados y serán solicitados oportunamente a las autoridades de la Prisión para su consideración oportuna dentro del presupuesto correspondiente (Anexo 1)

7.7.5 Material de papelería: fólderes, lápices, hojas blancas, bolígrafos y los demás materiales que sean necesarios para la realización de las actividades. Su solicitud deberá realizarse en forma oportuna para su consideración dentro de los planes presupuestarios.

8. Actividades legales y forenses.

8.1 Evaluación psicológica del personal de internos.

8.1.1 Los psicólogos adscritos a prisiones militares realizarán los siguientes tipos de evaluaciones psicológicas:

8.1.1.1 De ingreso, a todo el personal militar que se encuentran sujetos a proceso. Poniendo especial énfasis en detectar problemáticas derivadas por malos tratos y/o tortura.(ver Anexo

8.1.1.2 De seguimiento, en los siguientes casos:

8.1.1.2.1 Cuando en la evaluación de ingreso se detecten indicadores e indicios de la presencia de psicopatología, siempre que la estancia del interno sea mayor a un año.

8.1.1.2.2 Por indicación del médico de la sección sanitaria cuando a juicio del mismo el caso lo amerite.

8.1.1.2.3 Cuando el interno presente cambios conductuales observables que sean reportados por personal de la prisión y/o por otros internos. Explorando enfáticamente si la problemática es derivada por probable situaciones que permitan sugerir malos tratos y/o tortura, deberán apoyarse en el protocolo de Estambul (VER ANEXO 19) para informar a la superioridad de manera extra-urgente y confidencial.

8.1.1.2.4 Por solicitud del propio interno.

8.1.1.2.5 Para actualización del expediente clínico psicológico una vez al año, en aquellos casos en los que la estancia del interno sea mayor de un año.

8.1.1.3 De egreso, en los siguientes casos:

8.1.1.3.1 Cuando el interno se mantuvo en seguimiento.

8.1.1.4 Evaluaciones psicológicas especiales en los siguientes casos:

8.1.1.4.1 Para el otorgamiento de algún beneficio.

8.1.1.4.2 Para la determinación de sanción.

8.1.2 La evaluación psicológica de ingreso se realizará en la primera semana de estancia del procesado para integrar el estudio de personalidad y elaborar el reporte psicológico correspondiente, que deberá proporcionar información sobre el estado de salud mental del evaluado a su ingreso, así como sobre su identificación con el medio militar, haciendo énfasis en los factores criminógenos relacionados con la conducta desadaptada que presentó.

- 8.1.3 La evaluación psicológica de egreso deberá proporcionar información sobre el estado de salud mental del evaluado a su egreso, así como sobre su grado de readaptación al medio militar.
- 8.1.4 Las evaluaciones psicológicas especiales se realizarán en los casos que se describen a continuación:
- 8.1.4.1 Para el otorgamiento de algún beneficio, llevando a cabo, además de la aplicación de la batería de pruebas psicológicas, la entrevista respectiva y el estudio del expediente único interdisciplinario a fin de encontrarse en posibilidad de emitir la opinión correspondiente sobre la viabilidad de ser o no acreedor, el interno, a algún beneficio.
- 8.1.4.2 Para la determinación de sanción, en los casos en que el interno será sancionado por haber transgredido la normatividad de la prisión, el psicólogo deberá apoyarse en el expediente único interdisciplinario y la nota informativa para, en su momento, sugerir la sanción conveniente de acuerdo a la falta cometida, así como el tratamiento que deberá seguir durante el cumplimiento de la referida sanción.
- 8.1.5 En todos los casos, el procedimiento para la evaluación psicológica comprenderá, previa firma del consentimiento válidamente informado:
- 8.1.5.1 Entrevista inicial, consistente en entrevista semiestructurada conforme al formato que se anexa a la presente Directiva. (Anexo No. 2)
- 8.1.5.2 Aplicación de pruebas psicológicas.
- 8.1.6 Para efectuar los estudios de personalidad de un individuo bajo proceso deben evaluarse sus capacidades, habilidades, e intereses desde tres aspectos principales:
- 8.1.6.1 Biológicos.- Para conocer o descartar la existencia de alteraciones orgánicas.
- 8.1.6.2 Psicológicos.- Para distinguir estados emocionales, comportamiento y alteraciones en la conducta, y
- 8.1.6.3 Sociales.- Para señalar la relación y adaptación en el grupo, así como la aceptación de normas y valores.
- 8.1.7 En el aspecto psicológico se evaluarán las tres áreas básicas para la elaboración del Reporte Psicológico: intelectual, organicidad y personalidad.
- 8.1.8 El Reporte Psicológico se elaborará conforme al formato anexo a la presente directiva. (Anexo No. 3)
- 8.1.9 La batería de pruebas a aplicar en las prisiones militares, se integrará para cada una de las áreas a valorar, con los instrumentos siguientes:
- 8.1.9.1 Área intelectual.- Se aplicarán las pruebas de acuerdo a la escolaridad del evaluado: Primaria, Secundaria - Test de Matrices Progresivas de Raven; Bachillerato y Superior- Test de Dominos de Anstey.
- 8.1.9.2 Organicidad.- Test Guestralítico Visomotor de L. Bender.

- 8.1.9.3 Personalidad.- Encuesta de Datos Personales, Cuestionario de rasgos de Personalidad (SMP-02), Test de Frases Incompletas de Sacks (SMP-08), Test de frases incompletas de Trabajo (SMP-15), Cuestionario de Personalidad Antisocial (CPA), Test de la Figura Humana de Karen Machover.
- 8.1.10 Lo anterior sin detrimento de la facultad del psicólogo para determinar la necesidad de emplear otros instrumentos que considere necesarios para la evaluación, de acuerdo con las características y condiciones del interno a evaluar.
- 8.1.11 La aplicación y calificación de los instrumentos de evaluación se llevará a cabo de conformidad con las instrucciones establecidas en los manuales e instructivos correspondientes, empleando en todos los casos protocolos originales.
- 8.1.12 El Reporte Psicológico será integrado al expediente clínico psicológico, y se entregará un tanto a la Sección Administrativa o DETALL de la Prisión, cuando sea requerido por la Sección de Readaptación responsable de la integración del expediente único interdisciplinario.
- 8.1.13 La entrega de la documentación antes descrita, se llevará a cabo de manera oficial por medio de oficio, de acuerdo con el P.S.O. (Aspectos Administrativos).
- 8.2 Participación en las reuniones del Consejo Técnico-Interdisciplinario.
- 8.2.1 La participación del personal de Psiquiatras y Psicólogos en el Consejo Técnico-Interdisciplinario, estará sujeta a lo establecido en el Artículo 10 del Reglamento General de Prisiones Militares y a las demás disposiciones legales aplicables.
- 8.2.2 Los Psiquiatras y Psicólogos adscritos a prisiones militares estarán facultados para emitir las opiniones técnicas que les sean solicitadas en los consejos técnicos, para lo cual se apoyarán en el expediente clínico correspondiente y en el expediente único interdisciplinario, así como en los estudios y demás documentos disponibles relativos a cada caso en particular.
- 8.2.2.1 Para la determinación de algún beneficio legalmente considerado, los psicólogos y psiquiatras, además se apoyará tanto en el expediente clínico correspondiente como en el expediente único interdisciplinario, como en el estudio de beneficio correspondiente a su área.
- 8.2.2.2 Para la determinación de sanciones se apoyarán en el expediente clínico correspondiente, expediente único interdisciplinario, así como en la nota informativa que haya realizado el personal al que le corresponda y/o haya detectado alguna transgresión a la normatividad de la prisión.
- 8.3 Peritajes
- 8.3.1 Los dictámenes psicológicos y psiquiátricos forman parte de una serie de documentos que integran el expediente de una averiguación previa o proceso. Su objetivo principal es proporcionar información veraz y sobre todo confiable con **un lenguaje entendible, es decir no tan técnico**, para la adecuada toma de decisiones respecto al sujeto procesado, al brindar tanto al ministerio público como al abogado defensor las posibles causas que

motivaron a la persona a consumir los hechos o las características del sujeto que no le hacen proclive a delinquir.

8.3.2 Los Psicólogos y Psiquiatras como peritos se convierten en auxiliares del juez y actuarán en todo momento apegados a la legislación vigente, ofreciendo una opinión fundamentada en su conocimiento científico sobre la conducta humana, a la que se denomina dictamen pericial.

8.3.3 Los Psicólogos y Psiquiatras adscritos a prisiones militares tiene la obligación, de efectuar los peritajes que se le ordene, con la única restricción de No (negativo) realizar esta actividad, cuando el sujeto de quien se solicite la prueba pericial se encuentre interno en la misma prisión a la que el Psiquiatra o el Psicólogo esté adscrito. Tal restricción es conveniente por la falta de objetividad en que se puede incurrir cuando se tiene previo contacto con el individuo que se va a evaluar, además de los conflictos personales que ello conlleva y que pudieran dar lugar a quejas del sujeto examinado e incluso a la descalificación del peritaje como medio de prueba.

8.3.4 El procedimiento técnico de la pericia psiquiátrica y psicológica, desde su inicio hasta su conclusión, se resume en 4 pasos: Reconocimiento, Selección de técnicas, Evaluación diagnóstica e Integración e interpretación de resultados para la elaboración del dictamen.

8.3.4.1 Reconocimiento

8.3.4.1.1 Es el primer paso de la intervención del perito, en el cual se procurará la mayor cantidad de información posible sobre el motivo por el cual se le requiere, qué se le demanda (qué quiere saber el juez, cuál es el interés del(os) abogado(s)), cuáles son los hechos que se investigan. Para ello se debe estudiar el expediente con las versiones de los hechos, las declaraciones, los informes de los servicios médico, social y psicológico, de la policía, otros peritajes y demás documentos que aporten información y elementos de juicio sobre el caso que se investiga.

8.3.4.1.2 Una primera entrevista con la persona sobre la que se realiza el peritaje, permite una mejor comprensión y decisión sobre los instrumentos a emplear para la evaluación, es además el momento indicado para obtener el consentimiento informado del dictamen pericial.

8.3.4.2 Selección de Técnicas.

8.3.4.2.1 Las técnicas a utilizarse incluirán estudios de laboratorio, gabinete, psicológicos y clinimétricos que tengan aplicación y resulten necesarios para la realización del dictamen correspondiente.

8.3.4.2.2 Los instrumentos de evaluación psicológica se elegirán en función de los aspectos que se requiera valorar, de la información clínica que aporten las pruebas y de las características de la persona a evaluar. El psicólogo debe tener en cuenta que la elaboración de un estudio de la personalidad, requiere la aplicación de técnicas psicométricas estandarizadas y que, siempre y cuando las pruebas que seleccione proporcionen la información necesaria para el estudio, deberá preferir aquellas que conozca y maneje con mayor destreza.

8.3.4.2.3 Los psicólogos que funjan como peritos, durante el proceso de la evaluación, tendrán en consideración lo estipulado en el numeral 8.1.5.2 de la presente Directiva.

8.3.4.3 Evaluación Diagnóstica.

8.3.4.3.1 Diagnóstico psiquiátrico

Se efectuara con base en la entrevista psiquiátrica, la revisión del expediente clínico y legal, así como las pruebas de laboratorio, gabinete y psicológicos disponibles. Es recomendable que existe comunicación directa con el personal de psicólogos a fin de integrar el diagnóstico correspondiente y/o ampliar la entrevista o solicitar estudios adicionales.,

8.3.4.3.2 Diagnóstico psicológico: La intervención se realiza en dos fases, aplicación de pruebas psicológicas y entrevista psicológica.

- Aplicación de batería de pruebas.- La batería de pruebas a aplicar en el ámbito legal se integrará aplicando, al menos, cinco instrumentos de evaluación: una prueba de capacidad intelectual, una prueba para descartar organicidad y tres pruebas de personalidad de las cuales es recomendable aplicar dos pruebas proyectivas y un cuestionario de personalidad. El perito psicólogo deberá emplear las pruebas para cuya aplicación e interpretación tenga mayor dominio, procurando emplear siempre instrumentos y protocolos originales (no copias fotostáticas). Algunas de las pruebas más utilizadas son: Weschler, Raven, Bender, MMPI, TAT, HTP, SACKS, MACHOVER.
- Entrevista.- es un aspecto medular de la evaluación y en todos los casos nos proporcionará información fundamental para la integración del dictamen.

8.3.4.4 Integración e interpretación de resultados para la elaboración del dictamen.

8.3.4.4.1 Dentro de este procedimiento, la evaluación del grado de coherencia que existe, entre el relato que el individuo hace de lo ocurrido y los hallazgos psicológicos que se observan en el curso de la evaluación, es de gran relevancia para la emisión del dictamen.

8.3.4.4.2 Al mismo tiempo al proceder a la evaluación del estado psicológico y formular un diagnóstico clínico siempre se tendrá en cuenta el contexto cultural del individuo evaluado y que el juez .

8.3.5 Elaboración del Dictamen.

El dictamen como opinión fundada que es, constará de:

8.3.5.1 Datos generales y esenciales del sujeto

8.3.5.2 Descripción, de todo lo comprobado, expuesto con detalle y método. En este rubro se expone el procedimiento, las pruebas empleadas, las entrevistas realizadas, las fechas de la intervención, las áreas evaluadas y los hallazgos, integrando los resultados por áreas: intelectual, familiar, social, de personalidad. Los términos técnicos que se utilicen necesariamente se explicarán en el informe para facilitar su interpretación al juez

- 8.3.5.3 Discusión, en la que se analizan e interpretan aquellos hallazgos que requieran mayor explicación para la convicción del juez. Esta discusión puede no ser necesaria si en la descripción anterior los hechos quedan perfectamente claros.
- 8.3.5.4 Respuestas directas a los puntos de pericia. e responde directamente a las preguntas hechas al perito por el juez, el ministerio público y/o los abogados.
- 8.3.5.5 En cada uno de los puntos señalados se sustentarán el método, los hallazgos y su interpretación, así como las conclusiones citando los textos y autores en los que se apoya el peritaje. Al final del documento, se anexará la bibliografía empleada.
- 8.3.5.6 Como documento Oficial, el dictamen debe presentarse con las formalidades que el caso requiere. La forma empleada contendrá: Asunto, fecha, destinatario (C. Agente Investigador del Ministerio Público o funcionario de Justicia Militar que haya solicitado el dictamen), cuerpo del oficio, en el que se integrarán: el informe, descripción, discusión y conclusiones. (Anexo 4)

8.3.5.7 En este rubro existe la posibilidad de que se detecten casos de violencia, maltrato, en incluso tortura, ante estos casos es importante que el clínico, se apoye de la información que es encuentra en el Anexo 19.

9. Actividades clínicas.

9.1 Integración del expediente clínico.

- 9.1.1 La integración del expediente clínico psicológico en las subsección de psicología y psiquiatría en las prisiones militares, se ajustará a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- 9.1.2 Los documentos mínimos indispensables con que deberá contar el expediente clínico son:
 - 9.1.2.1 Hoja de control (ECP-F0PM) en la que se enlistan los documentos que integran el expediente clínico psicológico. (Anexo No. 5)
 - 9.1.2.2 Ficha Psicológica de Ingreso en la que se registran los datos de identificación del interno, sus antecedentes, factores psicocriminológicos, diagnóstico inicial, tratamiento sugerido y pronóstico inicial. Para los efectos legales, esta ficha psicológica deberá ser debidamente requisitada con el sello de la prisión militar y las firmas oficiales necesarias agregándose un tanto de la misma al expediente único interdisciplinario. (Anexo No. 6)
 - 9.1.2.3 Documento de consentimiento bajo información (ECP-F2PM), para evaluación psicológica y/o para recibir atención clínica psicológica o psiquiátrica en las prisiones militares, apegadas a lo establecido en el numeral 10.1.1. de la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. (Anexo No. 7)
 - 9.1.2.4 Nota de evaluación inicial (ECP-F3PM), en la que se registrarán los datos psicocriminológicos, criminogénesis y criminodinámica del delito que se imputa al interno, a partir de la versión que este proporcione sobre los hechos. Así mismo se anotarán cuando el caso lo amerite los datos clínicos. Los antecedentes, resultados de la exploración del estado mental, diagnóstico de trabajo y plan de manejo se registrarán para cada interno, considerando que a partir de su internamiento, el

interno se encuentra bajo seguimiento psicológico, aún cuando se descarte la existencia de algún trastorno clínico. (Anexo No. 8)

9.1.2.5 Nota de evolución (ECP-F4PM), en la que se registra el tipo y la modalidad de la atención proporcionada, así como otros datos importantes de la consulta. En los casos en que el interno presente algún tipo de psicopatología y/o requiera orientación y/o apoyo psicológico o bien tratamiento psiquiátrico (Anexo No. 9)

9.1.2.6 Formato de aplicación de estudios psicológicos y/o clinimétricos (ECP-F5PM), documento en el que se registrará el propósito de la evaluación, de acuerdo con lo establecido en el numeral 8.1.1 de la presente directiva y los instrumentos psicológicos que se aplicarán, estipulados en el numeral 8.1.9, así como los aspectos relevantes durante la aplicación. (Anexo No. 10) Para el efecto, por lo que respecta a la supervisión, esta deberá realizarse por otro psicólogo cuando exista personal de psicología disponible.

9.1.2.7 Formato de resultados de estudios psicológicos y/o clinimétricos (ECP-F6PM), documento en el que se registrarán los resultados de la evaluación para cada una de las áreas evaluadas: organicidad, inteligencia, personalidad, además de anotar las observaciones adicionales que se consideren necesarias y las recomendaciones pertinentes, de acuerdo con los resultados de la evaluación. (Anexo No. 11)

9.1.2.8 Formato de la entrevista inicial y batería de pruebas psicológicas aplicadas

9.1.2.9 Reporte Psicológico, con al formato establecido para integrar al expediente.

9.1.2.10 Los demás documentos e información que se elaboren con relación a la evaluación, diagnóstico, tratamiento y situación del interno durante su ingreso, estancia y egreso.

9.1.3 El expediente clínico psicológico quedará bajo la custodia del psicólogo adscrito a cada prisión militar, para su consulta y actualización constante.

9.1.4 Toda entrevista e intervención psiquiátrica o psicológica deberá ser asentada en el expediente clínico conforme a la NOM correspondiente.

9.2 Diagnóstico.

9.2.1 El establecimiento de la existencia de un diagnóstico clínico de un trastorno mental o de otro problema que puede ser objeto de atención clínica, se realizará con base en la información clínica directa, obtenida a través de la entrevista psicológica así como la revisión de información documental disponible y la obtenida por entrevistas paralelas a personas relacionadas con el individuo que cursa con el probable diagnóstico, utilizando para efectos de codificación los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada. (Anexo 12)

9.2.2 En todo caso el uso del manual que señala determinados criterios diagnósticos, estará subordinado al juicio clínico.

9.2.3 La formulación diagnóstica comenzará con el Diagnóstico Clínico de Trabajo, que se establecerá al comienzo de la entrevista psicológica y terminará con el Diagnóstico

Clínico Psicológico Definitivo que se enunciará una vez que se tenga toda la información y pruebas clínicas disponibles, además de la entrevista psicológica completa.

- 9.2.4 El diagnóstico definitivo deberá consignarse en el expediente clínico con base en la formulación y racionalización precisa de los elementos que lo sustentan señalando criterios diagnósticos, signos patognomónicos, así como hallazgos de estudios de laboratorio, gabinete y/o psicológicos que lo fundamentan.
- 9.2.5 El diagnóstico definitivo, una vez establecido, debe formularse de acuerdo al sistema multiaxial del DSM-IV-TR, así como de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10/a. Edición. Para registrar el grado de severidad de un diagnóstico o situación clínica se empleará la Escala de Evaluación de la Actividad Global (Anexo No.13)
- 9.3 Atención Clínica.
- 9.3.1 Con base en el diagnóstico, el psicólogo o el psiquiatra, determinarán la necesidad o no de Atención clínica y, en su caso el tipo de tratamiento clínico necesario para el interno: psicológico, psiquiátrico o ambos, o en su defecto otro tipo de intervenciones orientadas a la readaptación y reincorporación al servicio activo.
- 9.3.2 El psicólogo y/o psiquiatra adscritos a las prisiones militares implementarán las intervenciones y técnicas psicológicas, orientadas a restablecer la salud mental del interno y en el caso de los internos sentenciados, a favorecer su readaptación y reincorporación.
- 9.3.3 Para tal efecto psiquiatras y psicólogos tendrá plena libertad de elección sobre la modalidad de tratamiento de su especialidad a emplear en cada caso, **incluido el de la terapia familiar** sin más limitación que la procuración del bienestar del paciente, el estricto apego a la ética profesional, y la adopción de una actitud compasiva hacia el personal que reciba la atención, ajustándose invariablemente a lo establecido en la Ley General de Salud y a las Normas Oficiales aplicables a la atención de la salud mental.
- 9.3.4 En prisiones militares todo interno, durante el tiempo de su internamiento se mantendrá bajo seguimiento psicológico como parte de la prevención en salud mental y del cuidado de la misma y, en el caso de los internos sentenciados como parte del tratamiento orientado a su readaptación y reincorporación, en conjunto con las demás actividades, y procedimientos del tratamiento técnico progresivo.
- 9.3.5 El seguimiento psicológico del interno iniciará con la evaluación de ingreso y concluirá con la evaluación de egreso, misma que se ajustará a lo establecido en el numeral 8.1.5 de la presente directiva.
- 9.3.6 En todo caso, una vez establecido el diagnóstico y la determinación del tratamiento clínico, se efectuarán las sesiones clínicas, de orientación o de apoyo psicológico y se programarán las evaluaciones de seguimiento necesarias u otras actividades, conforme la situación del interno lo demande.
- 9.3.7 La atención psicológica a un interno sancionado deberá llevarse a cabo en el lugar donde se estipule en el Instructivo para el Control y Seguridad de la Prisión Militar.
- 9.3.8 Todas las intervenciones psicológicas o psiquiátricas que se realicen deberán quedar asentadas en la Nota de Evolución, como se especifica en el numeral 9.1.2.5 de la presente directiva.

9.4 Traslado de pacientes.

9.4.1 El traslado de un interno a un escalón sanitario superior se llevará a cabo en los siguientes casos:

9.4.1.1 En caso de urgencia psiquiátrica que implique extrema peligrosidad de un interno que presenta una enfermedad mental y que, por lo tanto, tiene que recibir asistencia lo más rápidamente posible por un equipo psiquiátrico especializado.

9.4.1.2 Cuando, cumpliéndose alguno de los criterios que se enlistan en el siguiente párrafo, no se encuentre el especialista en psiquiatría y no sea posible esperar la programación de la consulta psiquiátrica en las instalaciones de la prisión.

9.4.1.3 Son criterios para el traslado de un interno, en la situación antes señalada:

9.4.1.3.1 Que los síntomas que presente el individuo cumplan los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV-TR) para considerarlo como un trastorno.

9.4.1.3.2 Que los síntomas que presente, sin ser un trastorno, representen un problema de atención psiquiátrica.

9.4.1.3.3 Cuando los signos y síntomas que manifieste, no estén lo suficientemente definidos para establecer un diagnóstico y se requiera ser evaluado por el escalón superior.

9.4.2 Cuando el psicólogo considere necesario el traslado de un interno, lo canalizará a la Sección Sanitaria, cuyo responsable establecerá coordinación para la referencia del paciente al escalón sanitario superior, directamente con la Sección de Salud Mental de la Dirección General de Sanidad, para determinar el escalón sanitario al que será canalizado el paciente, sin perjuicio de la coordinación que deberá establecerse con las instancias correspondientes en la Prisión Militar de que se trate y ante la Dirección General de Justicia Militar para los efectos legales a que haya lugar.

9.4.4 El psicólogo adscrito a la prisión militar que sugiera el traslado de un interno, deberá informarse, solicitando confirmación sobre la situación del paciente, en la Sección Sanitaria de la misma prisión militar o directamente en el escalón sanitario al que fue referido, por escrito o en su defecto vía telefónica. La información que se recabe deberá asentarse en el expediente clínico psicológico correspondiente.

10. Actividades de Prevención en Salud Mental.

10.1 Las actividades de prevención de enfermedades mentales que se lleven a cabo, se apegarán a los Programas Permanentes establecidos por la Dirección General de Sanidad a través de la Sección de Salud Mental vigentes, así como aquellos programas o acciones de prevención y promoción de salud mental cuya materialización sea indicada por el Sector Salud a nivel nacional o por parte de la Dirección General de Sanidad.

10.2 Las actividades de prevención en salud mental se llevarán a cabo por el personal de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros (as) especialistas en psiquiatría adscritos a las prisiones, sin menoscabo de que participen en las mismas

personal de salud mental adscritos a otras dependencias, en apoyo de actividades y programas específicos, previa coordinación con las Direcciones Generales de Sanidad y de Justicia Militar.

- 10.3 Se pondrá especial énfasis en la prevención de adicciones, en la prevención de suicidio y en la prevención de violencia familiar con una perspectiva específica para las condiciones de reclusión y el modo en que estas constituyen un factor de riesgo para el uso de sustancias con riesgo adictivo legal e ilegal.
- 10.4 Se integrará también la perspectiva del desarrollo humano, particularmente el factor de resiliencia para favorecer los rasgos de adaptación creativa que el personal en reclusión debe incrementar a fin de que coadyuvar a logro de los objetivos establecidos en los programas derivados del Plan de Readaptación Social para las Prisiones Militares.
- 10.5 Las acciones de prevención deben adoptar un carácter dinámico que genere motivación a los participantes e incluir mecanismos de medición a través de escalas e instrumentos clinimétricos que permitan documentar diversos procesos de cambio y modificaciones en aspectos de autoestima, nivel de estrés o distres, **relaciones familiares y de pareja, etcétera.**
- 10.6 Dichas acciones deben ampliarse para incluir a la totalidad del personal que labora en el ámbito penitenciario militar, debiendo considerar aspectos como la prevención de síndrome de Burnout o desgaste profesional, manejo del estrés laboral, comunicación y manejo de conflictos, además de los temas ya referidos.
- 10.7 El personal de Psicólogos Militares y/o en funciones de la especialidad, adscritos a las Prisiones Militares están facultados para solicitar y recibir asesoría directa por parte de la Sección de Salud Mental de la Dirección General de Sanidad, comunicándose al Teléfono 5626-5911 extensión satelital 5759 o acudiendo directamente a dicha dependencia.

11. Actividades educacionales

- 11.1 El psicólogo a cargo de la subsección de psicología, participará en actividades educacionales relacionadas con su área de competencia.
- 11.2 El psicólogo brindará asesoría en términos de opiniones, recomendaciones y propuestas en aspectos de su especialidad, a las subsecciones de Trabajo Social, Educación y de Terapia Ocupacional, así como a las áreas que lo soliciten.
- 11.3 Las actividades educacionales dirigidas al personal de internos de las prisiones militares deberán diseñarse considerando la perspectiva de readaptación social conforme lo señala el Plan de Readaptación Social para las Prisiones Militares.
- 11.4 El psicólogo a cargo de la subsección de psicología, podrá colaborar con el desarrollo de actividades de educación, trabajo y recreativas, en los casos en que tales actividades sean propias de su especialidad y no interfieran con las actividades de la subsección a su cargo.
- 11.5 Las actividades de educación relacionadas con salud mental y psicología no deben limitarse al personal de internos, sino que deberán abarcar al todo el personal que labora en la prisión militar.

11.6 La temática a abordar considerara dentro de otros los siguientes aspectos

11.6.1 Conferencias sobre aspectos de salud mental

11.6.1.1 Principios básicos de salud mental

11.6.1.2 Estructura familiar y salud mental

11.6.1.3 Manejo de estrés

11.6.1.4 Relaciones humanas

11.6.2 Cursos y talleres sobre psicología organizacional

11.6.2.1 Manejo de conflictos

11.6.2.2 Relaciones humanas

11.6.2.3 Comunicación y salud mental

11.6.2.4 Proyecto de vida

12. Actividades de investigación.

12.1 Las actividades de investigación científica que se realicen en las prisiones militares, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud así como al Programa de Investigación en Salud Mental de la Dirección General de Sanidad, y los reglamentos y ordenamientos militares en la materia, que se encuentren vigentes durante el período en que se lleven a cabo los trabajos de investigación.

12.2 Con base en el Programa de Investigación en Salud Mental, así como con las necesidades de investigación de la prisión militar a la cual este adscrito, el Psicólogo Militar evaluara y formulará los proyectos de investigación factibles de implementar y cuyo desarrollo genere información de utilidad para su aplicación en la atención de salud mental del personal de internos o del personal que labora en la planta de las prisiones.

12.3 Se informará a la Dirección General de Sanidad, Sección de Salud Mental, sobre los protocolos de investigación activos, en el informe trimestral de actividades psicológicas

12.3 Las líneas de investigación podrán ser elegidas libremente por el personal de psicólogos, dando preferencia a temas relacionados con el área de psicología jurídica y forense, criminología y política criminal. sin detrimento de su participación en investigaciones específicas ordenadas por la Superioridad.

12.4 Los resultados de las investigaciones deberán presentarse ante las Direcciones Generales de Sanidad y de Justicia Militar con el objeto contribuir para la mejora del proceso de readaptación en el sistema penitenciario militar.

13. Selección psicológica del personal aspirante a causar alta en las prisiones militares

- 13.1 El procedimiento para la selección psicológica de reclutamiento en prisiones militares consistirá de: Aplicación de pruebas psicológicas y; Entrevista de selección.
 - 13.1.1 La batería de pruebas a aplicar para la selección psicológica de reclutamiento se integrará por áreas a valorar, con los instrumentos siguientes:
 - 13.1.1.1 Área intelectual.- De acuerdo con la escolaridad del evaluado se aplicará Test de Matrices Progresivas de Raven para el nivel de secundaria y Test de Dominós de Anstey para el nivel de bachillerato y superior.
 - 13.1.1.3 Personalidad.- Inventario de rasgos de personalidad (SMP-02), Frases incompletas de sociopatía (SMP-09), Frases incompletas de trabajo (SMP-15), Test de la figura humana de Karen Machover, Cuestionario de datos personales.
 - 13.1.2 La entrevista se realizará para complementar la información necesaria y para explorar de manera directa los hallazgos que se haya detectado en las pruebas psicológicas. Se pondrá especial énfasis a la detección de conducta antisocial y a la capacidad de adaptación considerando el medio laboral al que se pretende ingresar, asimismo, se seleccionara personal con capacidad intelectual al menos término medio y una adecuada introyección de normas y valores, sin conflicto alguno con la figura de autoridad.
- 13.2 Una vez calificada la batería de pruebas psicológicas se emitirá el certificado psicológico correspondiente.
- 13.3 La selección de personal seguirá los lineamientos que para el efecto establezca la Dirección General de Sanidad a través de la Sección de Salud Mental.

14. Administrativas.

- 14.1 Se considerarán actividades administrativas, la elaboración de los informes y la organización, manejo y control de los archivos clínico y administrativo de la Subsección de Psicología.
 - 14.1.1 Los informes de actividades tienen la finalidad de mantener informada a la superioridad de las diversas actividades realizadas, así como de evaluar desde el punto de vista técnico y científico los avances y resultados de la aplicación de los programas de salud mental.
 - 14.1.2 Para el efecto, son dos tipos de informes los que se remitirán a la Dirección General de Sanidad (Sección de Salud Mental) en períodos establecidos por la misma Dirección.
 - 14.1.2.1 Informe Trimestral de Actividades de Salud Mental (Anexo 14), que se elaborará de acuerdo con los lineamientos para su llenado debiendo enviarse a la Dirección General de Sanidad, Sección de Salud Mental, durante los primeros cinco días de los meses de diciembre, marzo, junio y septiembre respectivamente.
 - 14.1.2.2 Informe Mensual de Atención Clínica Psicológica y Psiquiátrica (Anexo 15), que se elaborará los primeros cinco días de cada mes, de acuerdo con los lineamientos establecidos y la hoja de codificación para su llenado, debiendo remitirse en archivo

electrónico de Office-Excel, por medio del Correo Electrónico de Imágenes (C.E.I.), directamente a la Sección de Salud Mental de la Dirección General de Sanidad.

- 14.1.2.2.1 Para la elaboración del informe mensual las actividades de Evaluación, Apoyo, Tratamiento, Seguimiento Psicológico y de Referencia al Escalón Superior, deberán concentrarse en una base de datos con la finalidad de integrar un registro que permita estar en posibilidad de informar periódicamente dichas actividades.
- 14.1.2 La organización, manejo y control del archivo clínico psicológico, podrá llevarse a cabo empleando las diferentes formas de clasificación de documentos existentes: alfabética, numérica o alfa-numérica, con la única condición de que se facilite la localización y se mantenga un estricto control del número de expedientes en existencia, así como de todos los que se generen en relación a las actividades de la Subsección de Psicología.
- 14.1.2.1 Invariablemente en el archivo clínico deberá contarse con el expediente de cada uno de los internos.
- 14.1.2.2 Como parte del Archivo clínico psicológico deberá contarse con un libro de registro debidamente aperturado y legalizado, en el que se anotarán los siguientes datos: Grado, nombre, matrícula, edad. Unidad de procedencia, Fecha de ingreso, Tipo de delito, Tiempo de internamiento, Fecha de la evaluación, Observaciones, No. Consecutivo mensual, y No. Consecutivo anual.

15. Concordancia con Normas Internacionales.

15.1 El Derecho Internacional.

Las disposiciones internacionales en esta materia complementan un cúmulo mas de textos, relativos al reconocimiento de los derechos humanos de las personas. De vital importancia, para que los derechos humanos no se vean afectados en su totalidad por el pliego de la sentencia condenatoria, a pena privativa de libertad y que en consecuencia siguen vigentes para el ciudadano preso, son: la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, la Declaración Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, el Pacto de San José, las Reglas sobre Administración de Justicia y Tratamiento de Detenidos, Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, Principios básicos para el tratamiento de los reclusos y Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, Principios de ética médica aplicable a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, entre otros, que aunque no todas ellas sean vinculantes para México, si muestran una clara tendencia de hacia donde se dirige el trato y las condiciones de reclusión en el ámbito internacional, que pueden y deben ser instrumentos que sirvan para medir el grado de reconocimiento y protección de los derechos de este grupo de personas.

16. Apéndices.

16.1 Apéndice A (Normativo)

16.1.1 Esta Directiva se complementa con lo siguiente:

16.1.1.1 Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, vigente.

16.1.1.3 Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados: El Capítulo III Sistema,

16.1.1.4 Código Federal de Procedimientos Penales: Capítulo I. Medios de Prueba; Capítulo IV. Peritos:

16.1.1.5 Código Penal Federal: Título Cuarto Ejecución de Sentencias, Capítulo III Libertad Preparatoria y Retención; Título Sexto, Delitos Contra la Autoridad. Capítulo I, Desobediencia y resistencia de particulares; Título Decimotercero, Falsedad. Capítulo IV, Falsificación de documentos en general:

16.1.1.6 Código de Justicia Militar: Libro Primero. De la Organización y Competencia. Título Primero, De la Organización de los Tribunales Militares. Capítulo I, Disposiciones Preliminares; Libro Tercero, Del Procedimiento; Título Segundo De los Procedimientos Previos al Juicio. Capítulo XI, De los Peritos:

16.1.1.7 Reglamento General de Prisiones Militares.

16.1.1.8 Norma oficial mexicana **NOM-025-SSA2-1994**, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

16.1.1.9 **NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.**

16.1.1.10 Norma Oficial Mexicana **NOM-168-SSA1-1998**, Del expediente clínico.

16.2 Apéndice B (Informativo)

Las actividades de psiquiatras y psicólogos adscritos a las prisiones militares, descritas en los párrafos anteriores responden al sistema de rehabilitación progresivo-técnico, de conformidad con la Ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados y se llevan a cabo en cada una de las fases del propio sistema: Estudio y Diagnóstico, Tratamiento y Reintegración.

Por lo anterior, los psicólogos adscritos a prisiones militares deben conocer la correspondencia de las actividades que realizan, propias de su especialidad, para cada una de las fases del sistema progresivo-técnico, tal y como se establecen a continuación:

1. Fase de Estudio y Diagnóstico:

- Evaluación psicológica de ingreso.
- Integración del expediente clínico psicológico.

- Diagnóstico.

2. Fase de Tratamiento:

El tratamiento progresivo y técnico contempla la educación, el trabajo y la capacitación para el mismo como elementos para la readaptación social del interno, así como tratamientos de apoyo y auxiliares entre los que figura la atención psicológica integral.

- Atención clínica, determinación del tipo de tratamiento e intervención, de acuerdo con el diagnóstico y las características del caso.
- Traslado en caso necesario al escalón sanitario superior.
- Actividades de prevención en salud mental.
- Actividades educativas.

3. Fase de Reintegración:

- Evaluación psicológica de egreso.

Al mismo tiempo, como personal especialista en el área de salud mental dentro del sistema penitenciario militar, el psicólogo realiza actividades diversas que se le encomiendan concernientes a su cometido:

- Participación en las reuniones del Consejo Técnico Interdisciplinario.
- Selección de Personal.
- Investigación.
- Administrativas.
- Peritajes.

17. Bibliografía.

1. Barros Alderete, Diego. *Practica Forense: Explicaciones y Formularios*. Edit. Arancibia Hermanos. Stgo. de Chile, 1965.
2. Beccaria, Césare. *De los Delitos y de las Penas*. Clásicos Universales de los Derechos Humanos. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 1991/1. México, 1991.
3. CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades. Organización Mundial de la Salud.
4. Cousiño Mac Iver Luis. *Manual de Medicina Legal*. Editorial Jurídica. Santiago de Chile, 1962.
5. Davidoff, Linda. *Introducción a la Psicología*. Editorial. Mc.Graw Hill. México, 1987.
6. De Elizondo Francisco Antonio. *Práctica Universal Forense*. Tribunal Superior de Justicia D.F. México, 1993.
7. Díaz Padrón José A. y Henríquez Enrique C. *Responsabilidad Criminal Ante los Tribunales: Estudios de Psiquiatría Forense*. Edit. Nva. América. México, 1955.
8. DSM-IV, Edit. MASSON, S.A., México 1996.
9. García Garduzca Ismael. *Procedimiento Pericial Médico Forense: Normas que lo Rigen y los Derechos Humanos*. Edit. Porrúa, México, 2002.
10. García Pablos de Molina, Antonio. *Manual de Criminología*
11. Geldard Frank A. *Fundamentos de Psicología*. Edit. Trillas, México 1985.
12. González De la Vega, René. "Política Criminológica Mexicana". Edit. Porrúa, U.N.A.M., México, 1993.
13. López Vergara, Jorge, Pablo de Tavera, Juan. *Diez Temas Criminológicos*. Instituto Nacional de Ciencias Penales. México, 2002.
14. Mira y López, Emilio. *Manual de Psicología Jurídica*. Librería El Ateneo Editorial. Buenos Aires 1980.
15. Méndez Bremauntz, Emma. *Derechos Penitenciarios*. Mc Graw-Hill Interamericana Edit. S.A. de C.V. Serie Jurídica. México, 1998.
16. Moreno Hernández, Moisés. *Política Criminal y Reforma Penal. Algunas Bases para su Democratización en México*. Edit. Ius Penale. Centro de Editores de Política Criminal y Ciencias Penales, A.C. México 1999.
17. Peláez Ferrusca, Mercedes. *Derechos de los Internos del Sistema Penitenciario Mexicano*. Cámara de Diputados LVIII Legislatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México, 2001.

18. Protocolo de Estambul. Manual para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
19. Rodríguez Manzanera, Luis. *Criminología*. Editorial Porrúa. México 2000.
20. Javier, Saldaña. *Derechos del Enfermo Mental*. Cámara de Diputados LVIII Legislatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México, 2001.
21. Sánchez Galindo, Antonio. Coordinador. *Antología de Derecho Penitenciario y Ejecución Penal*. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Colección Antologías 2. México, 2001.
22. Tocáven, Roberto. *Psicología Criminal*. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Textos. México, 1992.
23. Urra y Portillo, Javier. Comp. *Tratado de Psicología Forense*. Siglo XXI Editores. Madrid, 2002.

Leyes, Códigos y Reglamentos.

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.
Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 27-09-2004.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública federal.
Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 1976.
Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 01-10-2007.
3. Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos.
Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 1986.
Texto Vigente. Última reforma aplicada 23/01/1998.
4. Ley General de Salud.
Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.
Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 28-06-2005.
5. Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados.
6. Código Penal federal.
Nuevo Código Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1931.
Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 19-05-2006.
7. Código Federal de Procedimientos Penales.

Nuevo Código publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 1934.

Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 25-05-2006.

8. Código de Justicia Militar.
Nuevo Código publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 1933.
Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 29-06-2005.
9. Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional.
10. Reglamento de los Grupos de Militares Procesados y Sentenciados.
Reglamento publicado en el D.O.F. El 6 de Junio de 1996.
11. Reglamento General de las Prisiones Militares.
Reglamento publicado en el D.O.F. el 22 de Noviembre de 1994.
12. Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-1994, Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.
13. **Norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones.**
14. Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

18. Observancia.

- 18.1 Esta Directiva es de observancia obligatoria en Prisiones Militares por todo el personal de salud mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeros especialistas en psiquiatría, trabajadores sociales y especialistas de áreas relacionadas) adscritos, comisionados o que presten apoyo a las mismas.
- 18.2 La vigilancia y aplicación de esta Directiva corresponde a la Secretaría de la Defensa Nacional a través de la Dirección General de Sanidad (Sección de Salud Mental) y de la Dirección General de Justicia Militar, Subdirección Técnica Administrativa (Sección Técnica).

19. Vigencia.

La presente Directiva, entrará en vigor a partir de la fecha en que se giren los ordenamientos para su aplicación, previa aprobación por las autoridades competentes.

México, D.F., a ____ de _____ de 2008.- El C. GENERAL GUILLERMO GALVAN GALVAN.
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL.

TRANSITORIOS.

Primero.- La presente directiva entrara en vigor 30 días después de su aprobación.

Segundo.- Respecto de las acciones que requieran el empleo de los recursos humanos, físicos y materiales descritos en la presente directiva se pondrán en ejecución conforme sean otorgados dichos recursos.

**ANEXOS A LA DIRECTIVA PARA LA
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN PRISIONES MILITARES.**

- ANEXO 1. INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS VIGENTES
- ANEXO 2: GUIA DE ENTREVISTA INICIAL
- ANEXO 3: REPORTE PSICOLÓGICO
- ANEXO 4: DICTAMEN PSICOLÓGICO O PSIQUIATRICO
- ANEXO 5: HOJA DE CONTROL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PSICOLÓGICO.
- ANEXO 6: FICHA PSICOLOGICA
- ANEXO 7: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y/O PARA RECIBIR ATENCIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA EN PRISIONES MILITARES
- ANEXO 8: NOTA DE EVALUACIÓN INICIAL.
- ANEXO 9: FORMATO DE REPORTE DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA O PSICOLÓGICA
- ANEXO 10: APLICACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS Y/O CLINIMÉTRICOS
- ANEXO 11: RESULTADOS DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS Y/O CLINIMÉTRICOS.
- ANEXO 12: ÍNDICE ALFABÉTICO DE DIAGNÓSTICOS Y CÓDIGOS DSM-IV (CIE-10)
- ANEXO 13: ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)
- ANEXO 14: INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL EN PRISIONES MILITARES.
- ANEXO 15: INFORME MENSUAL DE ATENCION CLINICA PSICOLOGICA EN PRISIONES MILITARES.
- ANEXO 16: CEDULA DE INDICADORES PARA MEDIR DEPENDENCIA A DROGAS**
- ANEXO 17 CUESTIONARIO DE FAGERSTRÖM PARA DETECTAR LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA**
- ANEXO 18: CUESTIONARIO AUDIT “PRUEBA PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL”**
- ANEXO 19 NOTAS PARA LA DETECCION DE TORTURA CON BASE EN EL PROTOCOLO DE ESTAMBUL. MANUAL PARA LA INVESTIGACIÓN Y DOCUMENTACIÓN EFICACES DE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES**

ANEXO 1

INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS VIGENTES

Se incluyen las pruebas mínimas con que debe contar la Subsección de Psicología en Prisiones Militares, a fin de contar con instrumentos en cantidad y de calidad suficientes para realizar las actividades de evaluación inicial, de seguimiento y egreso, al mismo tiempo que estar en condiciones de realizar un estudio de personalidad profundo en el momento en que sea necesario, de acuerdo con las características de los internos.

TEST DE INTELIGENCIA:

1. Anstey, Edgar. Test de Inteligencia de Dominós.
2. Kellogg, C.E. y Morton, N.W. test de Inteligencia Beta 2 R
3. Raven, J.C. Test de Matrices Progresivas.
4. Wechsler, David. WAIS-III Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos. México, 2003.

TEST PARA DESCARTAR ORGANICIDAD:

5. Bender, L. Test Gestáltico Visomotor. Editorial Paidós 1989.

TEST DE PERSONALIDAD:

1. Buck, John N. Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo. H-T-P. Ed. Manual Moderno. México, 1992.
2. Cantú, R. Frases Incompletas de Sociopatía.
3. D.G.S. Sección de Salud Mental. Inventario de Rasgos de la Personalidad.
4. D.G.S. Sección de Salud Mental. Cuestionario de Personalidad Antisocial.
5. Grados Sánchez, J. Frases Incompletas de Trabajo.
6. Hare, R.D. Escala de Psicopatía.
7. Hathaway, S.R. & McKinley, J. C. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 MMPI-2. Ed. Manual Moderno, México, 1995.
8. Murray, H.A. 1992. Test de Apercepción Temática. Editorial Paidós.
9. Portuondo, J. 1999. Test Proyectivo de Karen Machover. Biblioteca Nueva.
10. Sacks. Frases Incompletas de Sacks.

ANEXO 2 GUIA DE ENTREVISTA INICIAL

I. DATOS GENERALES.

GRADO Y NOMBRE: _____

MATRICULA: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____

ESTADO _____ CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

FECHA DE ALTA EN EL EJERCITO: _____ UNIDAD DE

PROCEDENCIA _____

DOMICILIO: _____

_____ DELITO: _____

_____ SITUACION JURIDICA: _____

II. AREA FAMILIAR.

| PARENTESCO | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACION | OBSERVACIONES* |
|--|------|-------------|-----------|---|
| PADRE | | | | |
| MADRE | | | | |
| ESPOSA (O) | | | | (CASADO O EN CONCUBINATO : TIEMPO) |
| HIJOS: (ENLISTE POR NOMBRE Y EDAD) | | | | *(ANOTE LA SITUACION ACTUAL DE CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA ENLISTADO Y EL TIPO DE RELACION QUE TIENE CON EL ENTREVISTADO, ASI COMO CUALQUIER ASPECTO RELEVANTE QUE LE COMENTE DURANTE LA ENTREVISTA) |
| HERMANOS: (ENLISTE POR NOMBRE Y EDAD) | | | | |
| OTROS: | | | | |

DESCRIBA LA DINAMICA FAMILIAR: (INTEGRACION, CONVIVENCIA, PROBLEMAS, CONDICION ECONOMICA.)
FAMILIA DE ORIGEN:

FAMILIA ACTUAL:

III. AUTOCONCEPTO.

¿CÓMO SE DESCRIBE A SI MISMO? _____
DESCRIBA SU FORMA DE SER: _____
¿QUÉ TIPO DE PERSONA SE CONSIDERA? _____
¿CÓMO SE CALIFICA A SI MISMO? _____
¿LE GUSTARIA CAMBIAR ALGUN ASPECTO DE SU PERSONALIDAD / DE SU FORMA DE SER? _____
¿CUÁL? _____
-
¿POR QUÉ? _____

IV. AREA SOCIO ECONOMICA.

SU FAMILIA ACTUAL VIVE EN CASA: ¿ PROPIA _____ RENTADA _____ PRESTADA _____
UHM _____ LA ESTA PAGANDO _____?
SUS INGRESOS PROVIENEN PRINCIPALMENTE DE: (EXPLIQUE) _____

DESCRIBA EL LUGAR EN EL QUE VIVEN (LA COLONIA, EL RUMBO, EL BARRIO) _____
¿QUÉ ACOSTUMBRA HACER EN SU TIEMPO LIBRE? _____

ENTRETENIMIENTOS FAVORITOS: _____

¿SUS AMISTADES PROVIENEN PRINCIPALMENTE DEL MEDIO MILITAR O CIVIL? _____
¿A QUE SE DEDICAN? _____

¿ACOSTUMBRA ASISTIR A FIESTAS Y/O REUNIONES? _____ ¿DE QUE TIPO? _____
¿REALIZA ACTIVIDADES DEPORTIVAS? _____
¿PROFESA ALGUNA RELIGION? _____ ¿LA PRACTICA? _____

SUS PRINCIPALES PROBLEMAS SE HAN DEBIDO A: _____

¿DE QUE MANERA LO AFECTA SU ACTUAL SITUACION? _____

V. AREA EDUCATIVA.

¿ESTUDIA ACTUALMENTE?: **SI** ____ ¿QUÉ ESTUDIA Y CUANTO TIEMPO LE FALTA PARA TERMINAR? _____

NO ¿HASTA QUE GRADO ESTUDIO? _____ ¿CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL CUAL DEJO SUS ESTUDIOS? _____

SI ES EGRESADO DE UN PLANTEL MILITAR: ¿POR QUE INGRESO A UNA ESCUELA MILITAR? _____

¿ALGUNA VEZ TUVO DIFICULTADES CON AUTORIDADES DE LA ESCUELA? _____ ¿DE QUE TIPO? _____ ¿CÓMO LAS RESOLVIO? _____

¿REPROBO ALGUN AÑO ESCOLAR?: ____ ¿CUÁL O CUALES? _____
¿CUÁL FUE EL MOTIVO? _____

¿LO EXPULSARÓN ALGUNA VEZ? : (NO) (SI) ¿POR QUÉ MOTIVO? _____
SI ESTUDIO EN VARIAS ESCUELAS ¿EN CUANTAS ESCUELAS ESTUDIO? _____
¿A QUE SE DEBIERON LOS CAMBIOS? _____
¿PLANEA CONTINUAR ESTUDIANDO? _____

VI. AREA SALUD.

¿CUAL ES SU ESTADO DE SALUD ACTUAL? _____, SI SU ESTADO DE SALUD ES REGULAR O MALO, ¿CUÁL ES EL MOTIVO? _____

SUFRE O HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE Y/O CRONICA? _____
¿CUÁL? _____

¿DESDE CUANDO? _____
¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? _____
¿QUÉ MEDICAMENTOS CONSUME? _____

¿HA PERDIDO EL CONOCIMIENTO? _____ ¿CUÁNTAS VECES? _____ ¿CUÁNDO FUE LA ULTIMA VEZ? _____

¿HA PROBADO ALGUNA DROGA?: ____ ¿QUÉ DROGA FUE? _____

¿CÓMO FUE QUE TUVO CONTACTO CON ELLA? _____

¿CUÁNTAS VECES LA USO? _____ ¿HACE CUANTO TIEMPO? _____

¿LA CONSUME ACTUALMENTE? _____ ¿CON QUE FRECUENCIA? _____

¿CÓMO LA ADQUIERE? _____

¿CADA CUANTO TIEMPO CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS? _____

¿QUÉ TIPO DE BEBIDAS CONSUME? _____ AL DIA? _____ ¿AL MES? _____

¿CUÁNDO Y COMO INICIO EL CONSUMO? _____

¿FUMA? ____ ¿CUANTOS CIGARROS CONSUME AL DÍA? _____

¿CUÁNDO Y COMO INICIO SU CONSUMO? _____

EN AMBOS CASOS (ALCOHOL Y TABACO) ¿HA HECHO ALGO PARA DEJAR EL CONSUMO? _____

¿SU PADRE O MADRE, ESPOSA O ALGUNO DE SUS HERMANOS (AS) O HIJOS (AS) TIENEN O HAN TENIDO ALGUN TIPO DE ADICCIÓN A LAS DROGAS O AL ALCOHOL?: _____

¿QUIÉN? _____

¿DESDE CUANDO? _____

ALGUNO DE ELLOS O USTED HAN ESTADO EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO, O HAN ASISTIDO A ALGUN GRUPO DE AUTOAYUDA?

(EXPLIQUE) _____

VII. AREA LABORAL.

| UNIDADES A LAS QUE HA PERTENECIDO | TIEMPO | MOTIVOS DE CAMBIO |
|--|--------|-------------------|
| (ENLISTE LAS UNIDADES DESDE SU ALTA HASTA LA MAS RECIENTE) | | |

¿SE HAN INTERRUPTIDO SUS ASCENSOS? _____
 ¿POR QUÉ? _____
 ¿HA TENIDO ALGUN PROBLEMA CON SUS SUPERIORES O CON ALGUN COMPAÑERO? _____,
 ¿CON QUIEN? _____
 ¿POR QUÉ MOTIVO? _____

 ¿CÓMO LO RESOLVIO? _____

¿CUÁL HA SIDO EL PROBLEMA MAS IMPORTANTE QUE HA ENFRENTADO? (SI CONTESTA QUE EL ACTUAL, PREGUNTAR

POR OTROS PROBLEMAS
 IMPORTANTES) _____

¿POR QUÉ? _____ ¿CÓMO LO RESOLVIO? _____
 ¿CUANTAS VECES LO HAN ARRESTADO? _____
 ¿CUÁLES HAN SIDO LOS MOTIVOS MAS IMPORTANTES? _____

FECHA

GRADO, NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

ANEXO 3

REPORTE PSICOLOGICO.

I. DATOS GENERALES.

GRADO _____ Y NOMBRE: _____
MATRICULA: _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____
ESTADO _____ CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____
FECHA DE ALTA EN EL EJERCITO: _____
UNIDAD DE PROCEDENCIA _____
DOMICILIO: _____

DELITO: _____

SITUACION
JURIDICA: _____

II. MOTIVO DEL ESTUDIO.

INGRESO () PARA BENEFICIO ()
OTROS: _____

III. PROCEDIMIENTO Y PRUEBAS PSICOLOGICAS EMPLEADAS.

IV. APARIENCIA.

EDAD APARENTE:

- IGUAL A LA CRONOLOGICA.
 MENOR A LA CRONOLOGICA.
 MAYOR A LA CRONOLOGICA.

HIGIENE:

- IMPECABLE.
 LIMPIO.
 REGULAR.
 SUCIO.
 MALA.

ARREGLO:

- EXCELENTE.
 BUENO.
 REGULAR.
 DESCUIDADO.
 MALA.

SEÑAS PARTICULARES:

TATUAJES: _____

CICATRICES: _____

OTRAS: _____

V. EXAMEN MENTAL.

CONCIENCIA:

- LUCIDA
 OBNUBILADA
 CONFUSA

ATENCION:

- DISPERSA
 CONCENTRADA

MEMORIA:

- | | MEDIATA | INMEDIATA |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| CONSERVADA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DISMINUIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TRASTORNOS DE LA MEMORIA:

ORIENTACION:

| | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | TIEMPO | ESPACIO | PERSONA |
| ORIENTADO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DESORIENTADO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PENSAMIENTO:

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| NIVEL: | CONTENIDO: | CURSO: | TIPO: |
| <input type="checkbox"/> CONCRETO | <input type="checkbox"/> LOGICO | <input type="checkbox"/> NORMAL | <input type="checkbox"/> DEDUCTIVO |
| <input type="checkbox"/> FUNCIONAL | <input type="checkbox"/> COHERENTE | <input type="checkbox"/> RAPIDO | <input type="checkbox"/> INDUCTIVO |
| <input type="checkbox"/> ABSTRACTO | <input type="checkbox"/> CONGRUENTE | <input type="checkbox"/> LENTO | |

REALIDAD DEL CONTENIDO:

BLOQUEO
 FUGA DE IDEAS
 POBREZA DEL CONTENIDO
 IDEAS DE IRREALIDAD
 NINGUNA

FORMACION CONCEPTUAL:

SOBREALORACION
 SUBVALORACION
 NINGUNA

ALTERACIONES:

SENSOPERCEPCION:

ADECUADA

INADECUADA:

ALUCINACIONES:

AUDITIVAS
 VISUALES
 OLFATORIAS
 TACTILES
 GUSTATIVAS

OTRAS ALTERACIONES:

DESREALIZACION
 DESPERSONALIZACION

LENGUAJE:

CONVENCIONAL
 TECNICO
 CALO
 OTROS

ALTERACIONES

FONACION
 ARTICULACION
 EMISION
 COMPRESION

VI. RENDIMIENTO INTELECTUAL.

CAPACIDAD DE JUICIO:

| | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | AUMENTADO | CONSERVADO | DISMINUIDO |
| HETEROCRITICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AUTOCRITICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CAPACIDAD DE ANALISIS:

ALTA
 MEDIA
 BAJA

CAPACIDAD DE SINTESIS:

ALTA
 MEDIA
 BAJA

CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN Y PLANEACION

LOGICA
 IRREGULAR
 RIGIDA
 CAOTICA

COEFICIENTE INTELECTUAL:

DAÑO CEREBRAL: NO

PROBABLE

VII. ACTITUD.

VIII. ACTITUD SOCIAL.

**INTROYECCION DE
NORMAS Y VALORES:**

- ADECUADA
- REGULAR
- PARCIAL
- INADECUADA

**CONFLICTO CON FIGURAS
DE AUTORIDAD:**

- EXISTENTES
- SITUACIONALES
- NO EXISTENTES

**APROVECHAMIENTO DE LA
EXPERIENCIA:**

- BUENO
- REGULAR
- PARCIAL
- LIMITADO

ROL DE GRUPO:

- DOMINANTE
- CONTROLADOR
- SUMISO
- PASIVO
- INDEPENDIENTE
- AISLADO
- IMITADOR

INTERCAMBIO SOCIAL:

- RELACIONES PROFUNDAS
- RELACIONES ESTABLES
- NO EXISTENTES
- RELACIONES DE DEPENDENCIA
- RELACIONES UTILITARIAS
- RELACIONES DE EXPLOTACION
- SIN INTERES EN RELACIONARSE

METAS:

- INCONGRUENTES CON LOS PROPIOS RECURSOS
- ALCANZABLES
- PRACTICAS Y CONCRETAS
- IMPROVIZACION
- SIN PROYECCION

PROBLEMAS DE CONDUCTA:

- PROBLEMAS DE CONDUCTA PRECOCES
- DELINCUENCIA JUVENIL
- FALTA DE CONTROL CONDUCTUAL
- ESTILO DE VIDA PARASITO

RELACION CON EL AMBIENTE PENITENCIARIO:

- CON ADHERENCIA A LOS LINEAMIENTOS
- PRESERVANDO VALORES SOCIALES
- TRANSGREDIENDO NORMAS
- ADOPTANDO CONDUCTAS PARASOCIALES
- ADOPTANDO CONDUCTAS ANTISOCIALES
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES
- OTRAS _____

USO DE SUSTANCIAS TOXICAS: SI NO
SUSTANCIA: _____

HISTORIA Y EVOLUCION DEL
CONSUMO _____

TIPO DEL CONSUMO:

- EXPERIMENTAL
- HABITUAL
- AGUDO
- CRONICO
- HABITUAL

REMISION: SI NO

- PARCIAL
- SOSTENIDA
- COMPLETA

IX. DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD.

ORIENTACION:

- HETEROSEXUAL
- BISEXUAL
- HOMOSEXUAL

RELACION DE PAREJA:

- ESTABLE
- PROFUNDA
- CONFLICTIVA
- DESTRUCTIVA
- CAOTICA
- INEXISTENTE

CONFLICTOS Y/O PROBLEMAS:

- SI
- NO
- ENCUBIERTOS
- PROBABLES

XIII. PRONOSTICO.

EN INTERNAMIENTO:

FAVORABLE
DESFAVORABLE

EN EXTERNACION:

FAVORABLE
DESFAVORABLE

XIV. TRATAMIENTO SUGERIDO.

XV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

RESPECTO AL MOTIVO INICIAL DEL ESTUDIO: _____

ELABORO:

El (La) C. _____ Psicólogo (a)

GRADO

NOMBRE COMPLETO

(MATRICULA y CEDULA PROFESIONAL)

ANEXO 4

DICTAMEN PSICOLOGICO O PSIQUIATRICO

DIR.GRAL. _____

Asunto.- Se rinde dictamen psicológico (peritaje).

Campo Militar No. _____, _____, a _____ de
_____ del año 200__.

C. _____ Agente Investigador del Ministerio Público.
Sección de Averiguaciones Previas.
PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA MILITAR.
Campo Mil. No. 1-J, Predio Reforma, D.F.

El (La) que suscribe, GRADO Y NOMBRE, Lic. en Psicología / Especialista en Psiquiatría con Cédula Profesional No. _____, comisionado (a) por acuerdo del C. Gral. Secretario de la Defensa Nacional. Para fungir como Perito y rendir el informe correspondiente, dentro de la Averiguación Previa número _____, me permito presentar a usted el siguiente

DICTAMEN:

a) DATOS GENERALES DEL (LA) EVALUADO (A):

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Domicilio: _____

Antecedentes delictivos: ¿Qué tipo de reincidente es? ESTOS ANTECEDENTES DEBEN ESTAR

b) PROCEDIMIENTO:

Explicación de la forma en que se llevó a cabo la evaluación, método y técnicas empleadas.
Ejemplo:

La evaluación del (la) citado(a) ciudadano(a) se llevó a cabo en dos sesiones. Durante la primera sesión, el día __ del actual, se aplicaron los exámenes para la valoración de las áreas:

- 1) Intelectual.-
- 2) Personalidad.-
- 3) Organicidad.-

En la segunda sesión, el día ____ del actual, se llevó a cabo Entrevista, en la que se abordaron las áreas familiar, social, laboral y salud.

Los resultados que el (la) C. _____ obtuvo en la ejecución de las pruebas, para cada una de las áreas evaluadas, son los siguientes:

- 1) Área Intelectual.- Obtuvo un total de _____ aciertos, puntuación que corresponde a una Capacidad Intelectual Inferior al término medio (o C.I. de _____).
- 2) Área Familiar.- (Descripción de la familia, su integración, dinámica, problemas más importantes, medio sociocultural en que se desenvuelve, favorece conductas para y antisociales?) _____ mencionando únicamente las conductas que estén directamente relacionadas con la conducta delictiva que se este juzgando investigando
- 3) Área Social.- (Conductas para y antisociales/introyección de normas y valores/ relaciones interpersonales/ relación con su entorno) _____ mencionando únicamente las conductas que estén directamente relacionadas con la conducta delictiva que se este juzgando investigando
- 4) Área de Personalidad.- Rasgos de personalidad y características, especialmente aquellas que estén relacionadas con la comisión del delito, que pudieran confirmar la comisión o no del delito que se investiga y/o que aporten elementos para establecer la veracidad o falsedad de las declaraciones del (la) evaluado(a). _____ mencionando únicamente las aquellas conductas que estén directamente relacionadas con la conducta delictiva que se este juzgando y/o investigando _____
- 5) Área de Salud.- Verificación del estado general (mediante la revisión de expediente médico y observación de tatuajes, cicatrices y otros datos que puedan sugerir relación con el acto criminal) _____
- 6) Organicidad.-Establecer la presencia o no de datos que sugieran o descarten organicidad _____ mencionando únicamente las aquellas conductas que estén directamente relacionadas con la conducta delictiva que se esté juzgando o investigando _____

c) **Respuestas a los puntos de pericia:**

De la información revisada y analizada y de los datos obtenidos con el procedimiento, debe de responder las preguntas planteadas puede concluirse que: (Síntesis de la opinión pericial en la que se responde directamente a las preguntas hechas al perito por el juez, el ministerio público y/o los abogados) _____ manejando las preguntas y respuestas como sigue:

- 1) **A LA PREGUNTA (SE DA UN RENGLON COMO ESPACIO TEXTO DE LA PREGUNTA)
LA RESPUESTA ES: (SE DA UN RENGLON COMO ESPACIO Y SE ESCRIBE EL TEXTO DE LA RESPUESTA**

- **Se anexa la bibliografía utilizada para la elaboración del presente dictamen.**

POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO:

A USTED C. JUEZ RESPETUOSAMENTE PIDO.

PRIMERO.- Tenerme por presentada emitiendo el dictamen pericial que me fue solicitado, el cual protesto haber realizado de acuerdo con el método de estudio citado, de buena fe y según mi leal y saber entender.

PROTESTO LO NECESARIO

Respetuosamente.
SUFRAGIO EFECTIVO.NO REELECCION.
EL (LA) GRADO PSICOLOGO(A) ó PSIQUIATRA

NOMBRE
(MATRICULA Y CED. PROF.)

Nota: El presente formato constituye una guía, misma que deberá adaptarse a las necesidades específicas del psiquiatra o psicólogo que efectuó el dictamen, por lo que no deberá considerarse con un criterio rígido.

ANEXO No. 5

HOJA DE CONTROL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PSICOLÓGICO.

1. HOJA DE CONTROL (ECP-F0PM)
2. FICHA PSICOLOGICA DE INGRESO
3. CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO (ECP-F2PM)
4. NOTA DE EVALUACIÓN INICIAL (ECP-F3PM)
5. NOTA DE EVOLUCIÓN (ECP-F4PM)
6. NOTA DE APLICACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS Y/O CLINIMÉTRICOS (ECP-F5PM)
7. NOTA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS Y/O CLINIMÉTRICOS (ECP-F6PM)
8. FORMATO DE REGISTRO DE ENTREVISTA INICIAL.
9. BATERIA DE PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS.
10. REPORTE PSICOLOGICO.
11. OTROS DOCUMENTOS:

CONCIENCIA DELICTIVA: ACEPTACION INCONCIENTE () NEGACION () ACEPTACION CONCIENTE ()

| TOXICOMANIAS: | SI | NO | FRECUENCIA | CANTIDAD | OBSERVACIONES: |
|---------------|-----|-----|------------|----------|----------------|
| ALCOHOLISMO. | ___ | ___ | _____ | _____ | |
| TABAQUISMO. | ___ | ___ | _____ | _____ | |
| DROGAS: | ___ | ___ | _____ | _____ | |

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL DE ACUERDO AL DSM-VI-TR
EJE I (TRASTORNOS CLÍNICOS):

_____ EJE II (TRASTORNOS DE PERSONBALIDAD Y RETRAZO MENTAL): _____

_____ EJE III (PADECIMIENTOS MÉDICO-QUIRURGICOS): _____

_____ EJE IV (ESTRESORES PSICOSOCIALES): _____

_____ EJE V (FUNCIONAMIENTO GLOBAL): _____

_____ DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10/a. EDICIÓN

PRONOSTICO:

EXPECTATIVAS DE EGRESO E INTEGRACION:

AL MEDIO MILITAR: _____

A LA SOCIEDAD CIVIL: _____

TIPO DE INTERVENCION:

PSICOTERAPIA: GRUPAL () INDIVIDUAL () ORIENTACION PSICOLOGICA: ()
)

FARMACOTERAPIA: ()

OTROS: _____

V. OBSERVACIONES:

ANEXO 7

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO PARA
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y/O PARA RECIBIR ATENCIÓN CLÍNICA
PSICOLÓGICA Y/O PSIQUIÁTRICA EN PRISIONES MILITARES**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

Grado, nombre y matrícula: _____

Edad: _____ Sexo _____ Teléfono(s): _____

Unidad de Procedencia _____

DATOS DEL PSICÓLOGO RESPONSABLE:

Grado, nombre y matrícula: _____

Grado académico o especialidad: _____

Cédula Profesional de licenciatura, especialización o maestría: _____

OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

YO, _____, **AUTORIZO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE QUE SE ME EFECTÚE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y/O SE ME PROPORCIONE ATENCIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA, LO CUAL INCLUYE:** Entrevista psicológica, aplicación de pruebas psicológicas, aplicación de escalas clinimétricas; así como recibir apoyo psicológico, tratamiento clínico psicológico o seguimiento psicológico, y en caso necesario ser referido al escalón sanitario superior. Asimismo manifiesto que he recibido una información amplia, completa y clara sobre el motivo, propósito y utilidad de este procedimiento y se me ha manifestado que tendré entera libertad para expresar cualquier duda o inquietud que surja durante el desarrollo del mismo. Por último se me ha garantizado que la información generada será manejada con absoluta confidencialidad, con excepción de situaciones que pongan en riesgo mi vida o la de otros, o bien que involucren situaciones de carácter legal, tales que constituyan un delito su ocultamiento.

Lugar y fecha: _____

Grado, nombre matrícula y firma del paciente.

| | |
|---|---|
| PSICÓLOGO RESPONSABLE: _____ Grado, Nombre, Matrícula y firma. | TESTIGO: _____ Nombre y firma. |
|---|---|

ANEXO 8

NOTA DE EVALUACIÓN INICIAL.

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | |
|-------------------------|-------|---------------------|-----------|
| Nombre : | | Matricula: | |
| Sexo : | Edad: | Estado Civil : | Religión: |
| Delito: | | Situación Jurídica: | |
| Unidad de Procedencia: | | Fecha: | |

| DATOS PSICOCRIMINOLOGICOS: | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Tipo de Delincuente: | Delito: | Participación:: | Conciencia delictiva: |
| <input type="checkbox"/> Habitual | <input type="checkbox"/> Doloso | <input type="checkbox"/> Principal | <input type="checkbox"/> Aceptación inconciente. |
| <input type="checkbox"/> Reincidente | <input type="checkbox"/> Imprudencial | <input type="checkbox"/> Accesoría | <input type="checkbox"/> Negación |
| <input type="checkbox"/> Imprudencial | <input type="checkbox"/> Culposo | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Aceptación conciente |
| Toxicomanías: | Frecuencia: | Cantidad: | Observaciones: |
| <input type="checkbox"/> No | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | | | |

| CRIMINOGENESIS: |
|------------------|
| |
| CRIMINODINAMICA: |
| |

| DATOS CLÍNICOS: (aplicable cuando en interno solicita la atención o cuando se detecte un trastorno clínico) |
|---|
| Motivo de consulta (Molestia principal): |
| Historia del padecimiento actual: |

| ANTECEDENTES : |
|--|
| Patológicos (personales y familiares): |
| No Patológicos. (Personales y Familiares.) |
| Historia Personal (aspectos relevantes.) |

| EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL |
|--|
| Revisión general: actitud, apariencia, arreglo personal o descuido, colaboración o resistencia. Descripción de características peculiares como cicatrices, deformidades, vestimenta peculiar, etc. |
| Área afectiva: estado de ánimo (tristeza, alegría, indiferencia), congruencia de la expresión verbal y no verbal, bloqueo afectivo, irradiación afectiva, labilidad afectiva, incontinencia emocional. |
| Área intelectual, Estado de alerta, orientación, atención, concentración, memoria, capacidad de cálculo y abstracción, inteligencia y nivel de conocimiento. |
| Nivel de conciencia: Hipervigilancia (), Vigilia (), Obnubilación (), Sueño (), Estado Confusional (). Estado crepuscular () |
| Área del pensamiento: Curso (Taquipsiquia, Fuga de ideas, Bradipsiquia, Perseveración), tipo primario [ilógico y atemporal] o secundario [lógico atendiendo a tiempo y espacio], y contenido, ideas predominantes, capacidad de juicio y contacto con la realidad. |
| Área sensorio-perceptiva: Alucinaciones o ilusiones, describir tipo e impacto emocional. |
| Área Psicomotora: Nivel de energía, agitación psicomotriz, disminución o aumento de la actividad. |
| Conciencia de enfermedad, introspección y capacidad de insight. |

| DIAGNOSTICO DE TRABAJO. | | |
|---|-------------------------|-------------------|
| Eje I .(Trastornos clínicos u otros problemas que pueden ser objeto de atención) | | |
| DSM-IV | Clave CIE-10 * | |
| Eje II (Trastornos de la Personalidad, retraso mental). | | |
| | Clave DSM IV-TR | Clave CIE-10 * |
| Eje III (Enfermedades médicas): | | |
| Eje IV (Problemas psicosociales y ambientales): | | |
| <i>Grupo primario:</i> | <i>Ambiente social:</i> | <i>Enseñanza:</i> |
| <i>Laborales</i> | <i>De vivienda</i> | <i>Económicos</i> |
| <i>De acceso a servicios de salud</i> | <i>Legales</i> | <i>Otros:</i> |
| Eje V (Escala de evaluación de la actividad global) **Puntuación: | | |
| PLAN DE MANEJO | | |
| Medidas de modificación ambiental (hospitalización o manejo ambulatorio, psicofarmacología, psicoterapia, otras recomendaciones.) | | |

* V. Anexo 10 de la Norma Técnica para la Atención Clínica Integral en Prisiones Militares.

** V. Anexo 11 de la Norma Técnica para la Atención Clínica Integral en Prisiones Militares.

ANEXO 9
FORMATO DE REPORTE DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA O PSICOLÓGICA

| | | | |
|--------------------------------|-------|--------------------------------|-----------|
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | |
| Nombre : | | Matricula: | |
| Sexo : | Edad: | Estado Civil : | Religión: |
| Fecha de internamiento: | | Fecha del estudio psicológico: | |
| Delito | | Situación Jurídica | |
| Unidad de Procedencia: | | Sentencia: | |
| Diagnóstico inicial: | | | Fecha: |

| | | | |
|---|--|--|--|
| TIPO DE ATENCIÓN. | | | |
| <input type="checkbox"/> APOYO PSICOLÓGICO. | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO CLÍNICO PSICOLÓGICO | <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO. | <input type="checkbox"/> REFERENCIA AL ESCALÓN SUPERIOR. |
| MODALIDAD DE ATENCIÓN | | | |
| <input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN PSIC. | <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN EN CRISIS. | <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA FAMILIAR. | |
| <input type="checkbox"/> ASESORÍA PSIC. | <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA INDIVIDUAL. | <input type="checkbox"/> CONSULTA CLÍNICA PSICOLÓGICA. | |
| <input type="checkbox"/> CONSEJERÍA PSIC. | <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA DE GRUPO. | | |

| |
|--|
| 1. Revisión de síntomas o de problemas (descripción, severidad y duración) |
| 2. Eventos relevantes entre la última consulta: |
| 3. Temas predominantes en la consulta: |
| 4. Desarrollo de la consulta: |
| 5. Cierre, conclusión, resumen, indicaciones y fecha de la próxima consulta. |

FIRMA DEL PSICÓLOGO RESPONSABLE

ANEXO 11

RESULTADOS DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS Y/O CLINIMÉTRICOS.

| DATOS DE IDENTIFICACION | |
|--------------------------------|--|
| Nombre : | Matricula: |
| Sexo : | Edad: |
| Estado Civil : | Religión: |
| Fecha de internamiento: | Fecha del estudio psicológico: |
| Delito: | |
| Situación Jurídica: | Sentencia: |
| Unidad de procedencia: | Fecha: |
| 1 | Fecha de la aplicación de los estudios Psicológicos: |
| RESULTADOS | |
| 2 | Área de Organicidad :(Indicadores de daño orgánico cerebral) |
| 3 | Área de Inteligencia |
| 4 | Área de personalidad |
| 5 | Observaciones adicionales |
| 6 | Recomendaciones |
| 7 | Grado militar y académico, nombre y firma: |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> PSICÓLOGO RESPONSABLE </div> <div style="text-align: center;"> <hr style="width: 200px; margin: 0 auto;"/> SUPERVISOR (en su caso) </div> </div> |

ANEXO 12

ÍNDICE ALFABÉTICO DE DIAGNÓSTICOS Y CÓDIGOS DSM-IV (CIE-10)

| | |
|--------|--|
| T74.1 | Abuso físico del adulto |
| T74.1 | Abuso físico del niño |
| T74.2 | Abuso sexual del adulto |
| T74.2 | Abuso sexual del niño |
| Z55.8 | Académico, problema |
| G21.1 | Acatisia aguda inducida por neurolépticos |
| Z60.3 | Aculturación, problema de |
| | Adaptativo, trastorno |
| F43.25 | con alteración mixta de las emociones y el comportamiento |
| F43.28 | con ansiedad |
| F43.20 | con estado de ánimo depresivo |
| F43.24 | con trastorno de comportamiento |
| F43.22 | mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo |
| F43.9 | no especificado |
| F40.00 | Agorafobia sin historia de trastorno de angustia |
| | Alcohol |
| F10.3 | abstinencia de |
| F10.1 | abuso de |
| F10.4 | delirium por abstinencia de |
| F10.03 | delirium por intoxicación por |
| F10.73 | demencia persistente inducida por |
| | dependencia del |
| F10.22 | en terapéutica con agonistas |
| F10.21 | en un entorno controlado |
| F10.24 | leve/moderada/grave |
| F10.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F10.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F10.00 | intoxicación por |
| F10.6 | trastorno amnésico persistente inducido por |
| F10.8 | trastorno de ansiedad inducido por |
| F10.8 | trastorno del estado de ánimo inducido por |
| F10.8 | trastorno del sueño inducido por |
| | trastorno psicótico inducido por |
| F10.52 | con alucinaciones |
| F10.51 | con ideas delirantes |
| F10.9 | trastorno relacionado con, no especificado |
| F10.8 | trastorno sexual inducido por |
| | Alucinógenos |
| F16.1 | abuso de |
| F16.03 | delirium por intoxicación por |
| | dependencia de |
| F16.21 | en un entorno controlado |
| F16.24 | leve/moderada/grave |
| F16.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F16.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F16.00 | intoxicación por |
| F16.8 | trastorno de ansiedad inducido por |
| F16.8 | trastorno del estado de ánimo inducido por |
| F16.70 | trastorno perceptivo persistente (<i>flashbacks</i>) por |

trastorno psicótico inducido por
 F16.52 con alucinaciones
 F16.51 con ideas delirantes
 F16.9 trastorno relacionado con, no especificado
 F44.0 Amnesia disociativa

 Amnésico persistente inducido por sustancias, trastorno
 Amnésico trastorno
 F04 debido a... (*indicar enfermedad médica*)
 R41.3 no especificado
 Anfetamina
 F15.3 abstinencia de
 F15.1 abuso de
 F15.04 delirium con alteraciones perceptivas
 F15.03 delirium por intoxicación por
 dependencia de
 F15.21 en un entorno controlado
 F15.24 leve/moderada/grave
 F15.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 F15.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
 F15.00 intoxicación por
 F15.8 trastorno de ansiedad inducido por
 F15.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
 F15.8 trastorno del sueño inducido por
 trastorno psicótico inducido por
 F15.52 con alucinaciones
 F15.51 con ideas delirantes
 F15.9 trastorno relacionado con, no especificado
 F15.8 trastorno sexual inducido por
 Angustia
 F40.01 con agorafobia, trastorno de
 F41.0 sin agorafobia, trastorno de
 F50.0 Anorexia nerviosa
 Ansiedad
 F41.1 generalizada, trastorno de
 F93.0 por separación, trastorno de
 trastorno de
 F06.4 debido a... (*indicar enfermedad médica*)

 inducido por sustancias
 Ansiedad, trastorno de (*cont.*)
 F41.9 no especificado
 F60.2 Antisocial de la personalidad, trastorno
 Z72.8 Antisocial del adulto, comportamiento
 Z72.8 Antisocial en la niñez o la adolescencia, comportamiento
 F81.9 Aprendizaje, trastorno del, no especificado
 F84.5 Asperger, trastorno de
 F84.0 Autista, trastorno
 F52.10 Aversión al sexo, trastorno por
 Z60.0 Biográfico, problema
 F31.9 Bipolar, trastorno, no especificado
 Bipolar I, trastorno
 episodio más reciente depresivo
 F31.7 en remisión parcial
 F31.7 en remisión total

| | |
|--------|---|
| F31.5 | grave con síntomas psicóticos |
| F31.4 | grave sin síntomas psicóticos |
| F31.3 | leve |
| F31.3 | moderado |
| F31.0 | episodio más reciente hipomaníaco |
| | episodio más reciente maníaco |
| F31.7 | en remisión parcial |
| F31.7 | en remisión total |
| F31.2 | grave con síntomas psicóticos |
| F31.1 | grave sin síntomas psicóticos |
| F31.1 | leve |
| F31.1 | moderado |
| F31.6 | episodio más reciente mixto |
| F31.9 | episodio más reciente no especificado |
| | episodio maníaco único |
| F30.8 | en remisión parcial |
| F30.8 | en remisión total |
| F30.2 | grave con síntomas psicóticos |
| F30.1 | grave sin síntomas psicóticos |
| F30.1 | leve |
| F30.1 | moderado |
| F31.8 | Bipolar II, trastorno |
| F50.2 | Bulimia nerviosa |
| | Cafeína |
| F15.00 | intoxicación por |
| F15.8 | trastorno de ansiedad inducido por |
| F15.8 | trastorno del sueño inducido por |
| F15.9 | trastorno relacionado con, no especificado |
| F81.2 | Cálculo, trastorno del |
| | <i>Cannabis</i> |
| F12.1 | abuso de |
| F12.03 | delirium por intoxicación por |
| | dependencia de |
| F12.21 | en un entorno controlado |
| F12.24 | leve/moderada/grave |
| F12.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F12.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F12.00 | intoxicación por |
| F12.04 | con alteraciones perceptivas |
| F12.8 | trastorno de ansiedad inducido por |
| | trastorno psicótico inducido por |
| F12.52 | con alucinaciones |
| F12.51 | con ideas delirantes |
| F12.9 | trastorno relacionado con, no especificado |
| F06.1 | Catatónico, trastorno, debido a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) |
| F34.0 | Ciclotímico, trastorno |
| F63.2 | Cleptomanía |
| | Cocaína |
| F14.3 | abstinencia de |
| F14.1 | abuso de |
| F14.03 | delirium por intoxicación por |
| | dependencia de |
| F14.21 | en un entorno controlado |

| | |
|--------|---|
| F14.24 | leve/moderada/grave |
| F14.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F14.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F14.00 | intoxicación por |
| F14.04 | con alteraciones perceptivas |
| F14.8 | trastorno de ansiedad inducido por |
| F14.8 | trastorno del estado de ánimo inducido por |
| F14.8 | trastorno del sueño inducido por |
| | trastorno psicótico inducido por |
| F14.52 | con alucinaciones |
| F14.51 | con ideas delirantes |
| F14.9 | trastorno relacionado con, no especificado |
| F14.8 | trastorno sexual inducido por |
| F06.9 | Cognoscitivo, trastorno, no especificado |
| F91.9 | Comportamiento perturbador, trastorno de, no especificado |
| F80.9 | Comunicación, trastorno de la, no especificado |
| F50.9 | Conducta alimentaria, trastorno de la, no especificado |
| F63.9 | Control de los impulsos, trastorno, no especificado |
| | Conversión, trastorno de |
| F44.5 | con crisis o convulsiones |
| F44.7 | con crisis o convulsiones de presentación mixta |
| F44.4 | con síntomas o déficit motores |
| F44.6 | con síntomas o déficit sensoriales |
| Z63.0 | Conyugales, problemas |
| | Déficit de atención con hiperactividad, trastorno por |
| F90.9 | no especificado |
| F90.0 | tipo combinado |
| F98.8 | tipo con predominio del déficit de atención |
| F90.0 | tipo con predominio hiperactivo-impulsivo |
| F22.0 | Delirante, trastorno |
| | Delirium |
| F05.0 | debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> |
| F05.1 | debido a... <i>(indicar enfermedad médica) (si hay demencia superpuesta)</i> |
| F19.4 | inducido por otras sustancias (o desconocidas), con inicio durante la abstinencia |
| F05.9 | no especificado |
| | Demencia debida a |
| F02.1 | enfermedad de Creutzfeldt-Jakob |
| F02.2 | enfermedad de Huntington |
| G10 | enfermedad de Huntington <i>(Enfermedad de Huntington en el Eje III)</i> |
| F02.3 | enfermedad de Parkinson |
| G20 | enfermedad de Parkinson <i>(Enfermedad de Parkinson en el Eje III)</i> |
| F02.0 | enfermedad de Pick |
| G31.0 | enfermedad de Pick <i>(Enfermedad de Pick en el Eje III)</i> |
| F02.4 | enfermedad por VIH |
| B22.0 | enfermedad por VIH <i>(Encefalopatía por VIH en el Eje III)</i> |
| F02.8 | múltiples etiologías |
| F00.2 | múltiples etiologías <i>(Demencia mixta tipo Alzheimer y vascular)</i> |
| F02.8 | traumatismo craneal |
| S06.9 | traumatismo craneal <i>(Lesión cerebral en el Eje III)</i> |
| | Demencia |
| F02.8 | debida a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> |
| F03 | no especificada |
| ----- | Demencia persistente inducida por sustancias |

| | |
|--------|---|
| | Demencia tipo Alzheimer |
| | de inicio tardío |
| F00.13 | con estado de ánimo depresivo |
| F00.11 | con ideas delirantes |
| F00.10 | no complicada |
| G30.0 | de inicio temprano (<i>Enfermedad de Alzheimer en el Eje III</i>) |
| F00.03 | con estado de ánimo depresivo |
| F00.01 | con ideas delirantes |
| F00.00 | no complicada |
| | Demencia vascular |
| F01.83 | con estado de ánimo depresivo |
| F01.81 | con ideas delirantes |
| F01.80 | no complicada |
| | Depresivo mayor, trastorno |
| | episodio único |
| F32.4 | en remisión parcial |
| F32.4 | en remisión total |
| F32.3 | grave con síntomas psicóticos |
| F32.2 | grave sin síntomas psicóticos |
| F32.0 | leve |
| F32.1 | moderado |
| F32.9 | no especificado |
| | recidivante |
| F33.4 | en remisión parcial |
| F33.4 | en remisión total |
| F33.3 | grave con síntomas psicóticos |
| F33.2 | grave sin síntomas psicóticos |
| F33.0 | leve |
| F33.1 | moderado |
| F33.9 | no especificado |
| F32.9 | Depresivo, trastorno, no especificado |
| | Desarrollo |
| F82 | de la coordinación, trastorno del |
| F84.9 | trastorno generalizado del, no especificado |
| F52.0 | Deseo sexual hipoactivo |
| N50.8 | en el varón, debido a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) |
| N94.8 | en la mujer, debido a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) |
| F84.3 | Desintegrativo infantil, trastorno |
| F48.1 | Despersonalización, trastorno de |
| R41.8 | Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad |
| R46.8 | Diagnóstico aplazado en el Eje II |
| R69 | Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I |
| G24.0 | Discinesia tardía inducida por neurolépticos |
| F45.2 | Dismórfico corporal, trastorno |
| F91.8 | Disocial, trastorno |
| F44.9 | Disociativo, trastorno, no especificado |
| F51.9 | Disomnía no especificada |
| | Dispareunia |
| N94.1 | femenina debida a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) |
| N50.8 | masculina debida a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) |
| F52.6 | (no debida a enfermedad médica) |
| F34.1 | Distímico, trastorno |
| G24.0 | Distonía aguda inducida por neurolépticos |

| | |
|--------|---|
| F45.4 | Dolor, trastorno por |
| Z63.4 | Duelo |
| | Encopresis |
| K59.0 | con estreñimiento (<i>en el Eje III</i>) |
| R15 | con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento |
| F98.1 | sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento |
| F98.0 | Enuresis (no debida a una enfermedad médica) |
| F52.2 | Erección en el varón, trastorno de la |
| N84.4 | Erección en el varón, trastorno de la, debido a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) |
| | Esquizoafectivo, trastorno |
| F25.0 | tipo bipolar |
| F25.1 | tipo depresivo |
| | Esquizofrenia |
| | tipo catatónico |
| F20.20 | continuo |
| F20.22 | episódico con síntomas residuales interepisódicos |
| F20.23 | episódico sin síntomas residuales interepisódicos |
| | episodio único |
| F20.24 | en remisión parcial |
| F20.25 | en remisión total |
| F20.29 | menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial |
| F20.28 | otro patrón o no especificado |
| | tipo desorganizado |
| F20.10 | continuo |
| F20.12 | episódico con síntomas residuales interepisódicos |
| F20.13 | episódico sin síntomas residuales interepisódicos |
| | episodio único |
| F20.14 | en remisión parcial |
| F20.15 | en remisión total |
| F20.19 | menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial |
| F20.18 | otro patrón o no especificado |
| | tipo indiferenciado |
| F20.30 | continuo |
| F20.32 | episódico con síntomas residuales interepisódicos |
| F20.33 | episódico sin síntomas residuales interepisódicos |
| | episodio único |
| F20.34 | en remisión parcial |
| F20.35 | en remisión total |
| F20.39 | menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial |
| F20.38 | otro patrón o no especificado |
| | tipo paranoide |
| F20.00 | continuo |
| F20.02 | episódico con síntomas residuales interepisódicos |
| F20.03 | episódico sin síntomas residuales interepisódicos |
| | episodio único |
| F20.04 | en remisión parcial |
| F20.05 | en remisión total |
| F20.09 | menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial |
| F20.08 | otro patrón o no especificado |
| | tipo residual |
| F20.50 | continuo |
| F20.52 | episódico con síntomas residuales interepisódicos |
| F20.53 | episódico sin síntomas residuales interepisódicos |

| | |
|--------|--|
| | episodio único |
| F20.54 | en remisión parcial |
| F20.55 | en remisión total |
| F20.59 | menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial |
| F20.58 | otro patrón o no especificado |
| F20.8 | Esquizofreniforme, trastorno |
| F60.1 | Esquizoide de la personalidad, trastorno |
| F21 | Esquizotípico de la personalidad, trastorno |
| | Estado de ánimo, trastorno del, debido a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) |
| F06.32 | con síntomas de depresión mayor |
| F06.32 | con síntomas depresivos |
| F06.30 | con síntomas maníacos |
| F06.33 | con síntomas mixtos |
| | Estado de ánimo, trastorno del |
| ----- | inducido por sustancias |
| F39 | no especificado |
| F54 | Estado físico, factores psicológicos que afectan al... (<i>especificar factor psicológico</i>) que afecta a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) |
| | Estrés |
| F43.0 | agudo, trastorno por |
| F43.1 | postraumático, trastorno por |
| F52.2 | Excitación sexual en la mujer, trastorno de la |
| F65.2 | Exhibicionismo |
| F63.8 | Explosivo intermitente, trastorno |
| F81.8 | Expresión escrita, trastorno de la |
| F52.4 | Eyacuación precoz |
| F68.1 | Facticio, trastorno |
| F68.1 | Facticio, trastorno, no especificado |
| | Fenciclidina |
| F19.1 | abuso de |
| F19.03 | delirium por intoxicación por dependencia de |
| F19.21 | en un entorno controlado |
| F19.24 | leve/moderada/grave |
| F19.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F19.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F19.00 | intoxicación por |
| F19.04 | con alteraciones perceptivas |
| F19.8 | trastorno de ansiedad inducido por |
| F19.8 | trastorno del estado de ánimo inducido por trastorno psicótico inducido por |
| F19.52 | con alucinaciones |
| F19.51 | con ideas delirantes |
| F19.9 | trastorno relacionado con, no especificado |
| F65.0 | Fetichismo |
| F65.1 | Fetichismo transvestista |
| F40.2 | Fobia específica |
| F40.1 | Fobia social |
| F80.0 | Fonológico, trastorno |
| F65.8 | Frotteurismo |
| F44.1 | Fuga disociativa |
| F51.1 | Hipersomnia primaria |
| F51.1 | Hipersomnia relacionada con... (<i>indicar trastorno del Eje I o del Eje II</i>) |

F45.2 Hipocondría
 F60.4 Histriónico de la personalidad, trastorno
 Identidad sexual, trastorno de la
 F64.0 en la adolescencia o en la vida adulta
 F64.2 en la niñez
 F64.9 no especificado
 Identidad
 F93.8 problema de
 F44.81 trastorno de, disociativo
 Z91.1 Incumplimiento terapéutico
 F98.9 Infancia, la niñez o la adolescencia, trastorno de la, no especificado
 F98.2 Ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, trastorno de la
 Inhalantes
 F18.1 abuso de
 F18.03 delirium por intoxicación por
 F18.73 demencia persistente inducida por
 dependencia de
 F18.21 en un entorno controlado
 F18.24 leve/moderada/grave
 F18.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 F18.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
 F18.00 intoxicación por
 F18.8 trastorno de ansiedad inducido por
 F18.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
 trastorno psicótico inducido por
 F18.52 con alucinaciones
 F18.51 con ideas delirantes
 F18.9 trastorno relacionado con, no especificado
 F51.0 Insomnio primario
 F51.0 Insomnio relacionado con... (*indicar trastorno del Eje I o del Eje II*)
 R41.8 Intelectual, límite, capacidad
 F63.0 Juego patológico
 Z56.7 Laboral, problema
 F81.0 Lectura, trastorno de la
 F80.1 Lenguaje expresivo, trastorno del
 F80.2 Lenguaje, trastorno mixto del, receptivo-expresivo
 F60.31 Límite de la personalidad, trastorno
 F65.5 Masoquismo sexual
 T88.7 Medicamentos no especificados, efectos adversos de los
 F99 Mental, trastorno, no especificado (no psicótico)
 F09 Mental, trastorno, no especificado debido a... (*indicar enfermedad médica*)
 G25.9 Motor, trastorno, inducido por medicamentos no especificado
 F98.4 Movimientos estereotipados, trastorno de
 F94.0 Mutismo selectivo
 F60.8 Narcisista de la personalidad, trastorno
 G47.4 Narcolepsia
 F91.3 Negativista desafiante, trastorno
 T74.0 Negligencia de la infancia
 Nicotina
 F17.3 abstinencia de
 dependencia de
 F17.22 en terapéutica con agonistas
 F17.21 en un entorno controlado

| | |
|--------|--|
| F17.24 | leve/moderada/grave |
| F17.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F17.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F17.9 | trastorno relacionado con, no especificado |
| F60.5 | Obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno |
| F42.8 | Obsesivo-compulsivo, trastorno |
| | Opiáceos |
| F11.3 | abstinencia de |
| F11.1 | abuso de |
| F11.03 | delirium por intoxicación por dependencia de |
| F11.22 | en terapéutica con agonistas |
| F11.21 | en un entorno controlado |
| F11.24 | leve/moderada/grave |
| F11.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F11.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F11.00 | intoxicación por |
| F11.04 | con alteraciones perceptivas |
| F11.8 | trastorno del estado de ánimo inducido por |
| F11.8 | trastorno del sueño inducido por |
| | trastorno psicótico inducido por |
| F11.52 | con alucinaciones |
| F11.51 | con ideas delirantes |
| F11.9 | trastorno relacionado con, no especificado |
| F11.8 | trastorno sexual inducido por |
| F52.3 | Orgásmico femenino, trastorno |
| F52.3 | Orgásmico masculino, trastorno |
| F65.9 | Parafilia no especificada |
| F60.0 | Paranoide de la personalidad, trastorno |
| F51.8 | Parasomnia no especificada |
| G21.1 | Parkinsonismo inducido por neurolépticos |
| Z63.8 | Paterno-filiales, problemas |
| Z63.1 | Paterno-filiales, problemas <i>(si el objeto de atención clínica es el niño)</i> |
| F65.4 | Pedofilia |
| F07.0 | Personalidad, cambio de, debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> |
| F60.7 | Personalidad por dependencia, trastorno de la |
| F60.6 | Personalidad por evitación, trastorno de la |
| F60.9 | Personalidad, trastorno de, no especificado |
| F51.5 | Pesadillas |
| F98.3 | Pica |
| F63.1 | Piromanía |
| | Psicótico breve, trastorno |
| F23.81 | con desencadenante(s) grave(s) de inicio en el posparto |
| F23.80 | sin desencadenante(s) grave(s) de inicio en el posparto |
| F24 | Psicótico compartido, trastorno <i>(folie à deux)</i> |
| | Psicótico, trastorno, debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> |
| F06.0 | con alucinaciones |
| F06.2 | con ideas delirantes |
| | Psicótico, trastorno |
| ----- | inducido por sustancias |
| F29 | no especificado |
| | Reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, trastorno |
| F94.2 | tipo desinhibido |

F94.1 tipo inhibido
 Relación, problema de
 Z63.7 asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
 F93.3 entre hermanos
 Z63.9 no especificado
 Z71.8 Religioso o espiritual, problema
 Retraso mental
 F79.9 de gravedad no especificada
 F72.9 grave
 F70.9 leve
 F71.9 moderado
 F73.9 profundo
 F84.2 Rett, trastorno de
 F51.2 Ritmo circadiano, trastorno del
 F98.2 Rumiación, trastorno de
 F65.5 Sadismo sexual
 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 F13.3 abstinencia de
 F13.1 abuso de
 F13.4 delirium por abstinencia de
 F13.03 delirium por intoxicación por
 F13.73 demencia persistente inducida por
 dependencia de
 F13.22 en terapéutica con agonistas
 F13.21 en un entorno controlado
 F13.24 leve/moderada/grave
 F13.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, dependencia de (*cont.*)
 F13.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
 F13.00 intoxicación por
 F13.6 trastorno amnésico persistente inducido por
 F13.8 trastorno de ansiedad inducido por
 F13.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
 F13.8 trastorno del sueño inducido por
 trastorno psicótico inducido por
 F13.52 con alucinaciones
 F13.51 con ideas delirantes
 F13.9 trastorno relacionado con, no especificado
 F13.8 trastorno sexual inducido por
 Sexual, trastorno

 F52.9 inducido por sustancias
 no especificado
 N94.8 Sexuales femeninos, otros trastornos, debidos a... (*indicar enfermedad médica*)
 N50.8 Sexuales masculinos, otros trastornos, debidos a... (*indicar enfermedad médica*)
 Z76.5 Simulación
 Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II
 Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I
 G21.0 Síndrome neuroléptico maligno
 F45.0 Somatización, trastorno de
 F45.1 Somatomorfo indiferenciado, trastorno
 F45.9 Somatomorfo trastorno, no especificado
 F51.3 Sonambulismo
 Sueño, trastorno del, debido a... (*indicar enfermedad médica*)

| | |
|--------|---|
| G47.1 | tipo hipersomnias |
| G47.0 | tipo insomnio |
| G47.8 | tipo mixto |
| G47.8 | tipo parasomnias |
| ----- | Sueño, trastorno del |
| | inducido por sustancias |
| G47.3 | relacionado con la respiración |
| | Sustancias, otras (o desconocidas) |
| F19.3 | abstinencia de |
| F19.1 | abuso de |
| F19.03 | delirium inducido por |
| F19.73 | demencia persistente inducida por |
| | dependencia de |
| F19.21 | en un entorno controlado |
| F19.24 | leve/moderada/grave |
| F19.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F19.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F19.00 | intoxicación por |
| F19.04 | con alteraciones perceptivas |
| F19.6 | trastorno amnésico persistente inducido por |
| F19.8 | trastorno de ansiedad inducido por |
| F19.8 | trastorno del estado de ánimo inducido por |
| F19.8 | trastorno del sueño inducido por |
| | trastorno psicótico inducido por |
| F19.52 | con alucinaciones |
| F19.51 | con ideas delirantes |
| | Sustancias, otras (o desconocidas) (<i>cont.</i>) |
| F19.9 | trastorno relacionado con, no especificado |
| F19.8 | trastorno sexual inducido por |
| | Sustancias, varias |
| | dependencia de |
| F19.21 | en un entorno controlado |
| F19.24 | leve/moderada/grave |
| F19.20 | remisión total sostenida/remisión parcial sostenida |
| F19.20 | remisión total temprana/remisión parcial temprana |
| F98.5 | Tartamudeo |
| G25.1 | Temblor postural inducido por medicamentos |
| F51.4 | Terrores nocturnos |
| | Tics, trastorno de |
| F95.1 | motores o vocales crónicos |
| F95.9 | no especificado |
| F95.0 | transitorios |
| F95.2 | Tourette, trastorno de la |
| F63.3 | Tricotilomanía |
| F52.5 | Vaginismo (no debido a enfermedad médica) |
| F65.3 | Voyeurismo |

ANEXO 13

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

| CÓDIGO | (NOTA: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.) |
|---------------|--|
| 100 | Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas. |
| 91 | |
| 90 | Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia). |
| 81 | |
| 80 | Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar). |
| 71 | |
| 70 | Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas. |
| 61 | |
| 60 | Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela). |
| 51 | |
| 50 | Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo). |
| 41 | |
| 40 | Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela). |
| 31 | |
| 30 | La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos). |
| 21 | |
| 20 | Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo). |
| 11 | |
| 10 | Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte. |
| 1 | |
| 0 | Información inadecuada. |

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: <<Clinicians Judgments of Mental Health. Archives of General Psychiatry 7:407,1962). Spitzer y cols. Desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global

Assessment Scale (GAS) (Endicott J Spitzer RL ,Fleiss JL, Cohen J: The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance>>. Archives of General Psychiatric 33:766-771,1976) Una versión modificada del Gas fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

ANEXO 14

INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL EN PRISIONES MILITARES.

CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE _____ DEL _____
 PRISION MILITAR _____ REG.MIL: _____ ZONA MIL. _____

1. SELECCIÓN, EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN PSICOLÓGICA DEL PERSONAL.

| | MOTIVO | No. PRUEBAS PSICOLÓGICAS | CLASIFICACIÓN | | | | RESULTADOS CUBRE /NO CUBRE PERFIL |
|-------|---------------------------------|--------------------------|---------------|----------|-----|------|-----------------------------------|
| | | | MIL. | INTERNOS | D.H | CIV. | |
| 1.1 | EVALUACION DE INGRESO | | | | | | |
| 1.2 | EVALUACION DE SEGUIMIENTO | | | | | | |
| 1.3 | EVALUACION DE EGRESO | | | | | | |
| 1.4 | EVALUACIONES ESPECIALES. | | | | | | |
| 1.4.1 | PARA OTORGAMIENTO DE BENEFICIO. | | | | | | |
| 1.3.2 | PARA DETERMINACION DE SANCION | | | | | | |
| 1.5 | SELECCIÓN DE PERSONAL | | | | | | |
| 1.6 | OTROS. (ESPECIFICAR) | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | |

2. ACTIVIDADES CLÍNICAS PSIQUIATRICAS O PSICOLÓGICAS

| | MOTIVO | CLASIFICACIÓN | | | ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O TIPO DE INTERVENCIÓN | OBSERVACIONES |
|-------|--|---------------|----------|------|---|---------------|
| | | MIL. | INTERNOS | D.H. | | |
| 2.1 | CONSULTA PSICOLÓGICA | | | | | |
| 2.2 | CONSULTA PSIQUIÁTRICA | | | | | |
| 2.3 | REFERENCIA A OTRO ESCALÓN SANITARIO. | | | | | |
| 2.4 | ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO. | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LA SALUD MENTAL.

| | ACTIVIDADES | No. PLATICAS, CONFERENCIAS, PERIÓDICO MURAL | No. ASISTENTES | | CASOS DETECTADOS | ACCIONES REALIZADAS |
|-----|---|--|----------------|------|---------------------|------------------------|
| | | | MASC. | FEM. | | |
| 3.1 | PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. | | | | | |
| 3.2 | PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR. | | | | | |
| 3.3 | PROGRAMA DE EDIFICIO LIBRE DE HUMO DE TABACO. | | | | | |
| 3.4 | PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL | | | | | |
| 3.5 | OTROS. | | | | | |
| | TOTAL | | | | | |

4. DETECCIÓN TEMPRANA DE ADICCIONES.

| | TIPO DE CONSUMO | PERSONAL | | | INSTRUMENTOS/ MEDIOS DE DETECCIÓN | ACCIONES REALIZADAS | OBSERVACIONES |
|-----|--|----------|------|------|---|------------------------|---------------|
| | | INTERNOS | MIL. | D.H. | | | |
| 4.1 | USO, ABUSO Y DEPENDENCIA AL TABACO | | | | | | |
| 4.2 | USO, ABUSO Y DEPENDENCIA A DROGAS ILÍCITAS | | | | | | |
| 4.3 | USO, ABUSO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL | | | | | | |
| | TOTAL | | | | | | |

5. ACTIVIDADES DOCENTES Y DE INVESTIGACIÓN.

| | ACTIVIDAD | ÁREA O TEMA | No. DE HORAS | EXISTENCIA DE RECURSOS Y APOYOS (ESPECIFIQUE) |
|-----|-------------------------|-------------|--------------|---|
| 5.1 | ASIGNATURAS DESIGNADAS | | | |
| 5.2 | CONFERENCIAS IMPARTIDAS | | | |
| 5.3 | ARTÍCULOS PUBLICADOS | | | |
| 5.4 | ACTIVIDAD EDITORIAL | | | |

| | | | | |
|-------|------------------------------|--|--|--|
| | | | | |
| 5.5 | ASIST. A EVENTOS CIENTÍFICOS | | | |
| 5.6 | OTROS | | | |
| TOTAL | | | | |

6. ACTIVIDADES OPERATIVAS

| | ACTIVIDAD | No. DE ACTIVIDADES | PROBLEMÁTICA OBSERVADA | RESULTADOS Y OBSERVACIONES |
|-------|-------------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------|
| 6.1 | SERVICIOS ECONÓMICOS. | | | |
| 6.2 | SERVICIOS DE ARMA. | | | |
| 6.3 | COMIS. DEL SERVICIO | | | |
| 6.4 | EJERCICIOS MILITARES DE APLICACIÓN. | | | |
| 6.5 | VIAJES DE ESTUDIO | | | |
| 6.6 | OTROS. | | | |
| TOTAL | | | | |

ELABORÓ:

GRADO, NOMBRE Y FIRMA DEL PSIQUIATRA O PSICÓLOGO RESPONSABLE.

ANEXO 15

INFORME MENSUAL DE ATENCION CLINICA PSICOLOGICA EN PRISIONES MILITARES.

CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE _____ DEL _____

PRISION MILITAR _____ REG.MIL: _____ ZONA MIL. _____

| GRADO | NOMBRE | MATRICULA | UNIDAD | Dx. INGRESO | Dx. EGRESO | INUTILIDAD | | |
|-------|--------|-----------|--------|----------------|---------------|------------|-----------|----------|
| | | | | | | NO | SI | |
| | | | | | | | CATEGORIA | FRACCION |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ANEXO 16

CEDULA DE INDICADORES PARA MEDIR DEPENDENCIA A DROGAS

Criterios para diagnosticar dependencia a sustancias adictivas: conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos.

(Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992).

Edad del sujeto _____

Anote el nombre de la droga: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|---|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| ¿Qué tipo(s) de droga(s) consume? (Puede marcar más de una opción) | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Marihuana</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Anfetaminas</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Tranquilizantes</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Disolventes o inhalables</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Rohypnol</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sedantes</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Alucinógenos narcóticos</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Basuco o Pasta base</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Opiáceos (analgésicos)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Opio o morfina</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cristal (metanfetaminas)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cocaína</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">¿Principal droga consumida? _____</p> | <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Anfetaminas | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes | <input type="checkbox"/> Disolventes o inhalables | <input type="checkbox"/> Rohypnol | <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> Alucinógenos narcóticos | <input type="checkbox"/> Basuco o Pasta base | <input type="checkbox"/> Opiáceos (analgésicos) | <input type="checkbox"/> Opio o morfina | <input type="checkbox"/> Cristal (metanfetaminas) | <input type="checkbox"/> Cocaína | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Anfetaminas | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Disolventes o inhalables | <input type="checkbox"/> Rohypnol | <input type="checkbox"/> Sedantes | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alucinógenos narcóticos | <input type="checkbox"/> Basuco o Pasta base | <input type="checkbox"/> Opiáceos (analgésicos) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Opio o morfina | <input type="checkbox"/> Cristal (metanfetaminas) | <input type="checkbox"/> Cocaína | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En los últimos 12 meses: | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;">No</td> <td style="width: 15%; border: none;">0</td> <td style="width: 60%; border: none;">PREGUNTA FILTRO</td> <td style="width: 10%; border: none;"><i>Calificación:</i></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sí</td> <td style="border: none;">1</td> <td style="border: none; text-align: center;">Si la respuesta es afirmativa, continúe</td> <td style="border: none;"><i>Marque con una X si el</i></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><i>síntoma está presente</i></td> </tr> </table> | No | 0 | PREGUNTA FILTRO | <i>Calificación:</i> | Sí | 1 | Si la respuesta es afirmativa, continúe | <i>Marque con una X si el</i> | | | | <i>síntoma está presente</i> | | | | | | |
| No | 0 | PREGUNTA FILTRO | <i>Calificación:</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | 1 | Si la respuesta es afirmativa, continúe | <i>Marque con una X si el</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <i>síntoma está presente</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Usó en más de cinco ocasiones: _____ para estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirse más activo o alerta? (nombre de la droga) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1a ¿Se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad que antes de _____ para lograr el efecto deseado? | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;">No</td> <td style="width: 15%; border: none;">0</td> <td style="width: 60%; border: none; text-align: center;"><i>Tolerancia</i></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sí</td> <td style="border: none;">1</td> <td style="border: none;">Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1</td> <td style="border: none; text-align: center;"><u>Síntoma</u></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"><i>Después de la primera respuesta</i></td> <td style="border: none; text-align: center;">1a, 1b o 1c = 1</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border: none;"><i>Afirmativa, pase a la pregunta 2ª</i></td> </tr> </table> | No | 0 | <i>Tolerancia</i> | | Sí | 1 | Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1 | <u>Síntoma</u> | <i>Después de la primera respuesta</i> | | | 1a, 1b o 1c = 1 | <i>Afirmativa, pase a la pregunta 2ª</i> | | | | | |
| No | 0 | <i>Tolerancia</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | 1 | Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1 | <u>Síntoma</u> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Después de la primera respuesta</i> | | | 1a, 1b o 1c = 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Afirmativa, pase a la pregunta 2ª</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1b ¿Notó que la misma cantidad de _____ le hacía menos efecto que antes? (nombre de la droga) | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;">No</td> <td style="width: 15%; border: none;">0</td> <td style="width: 60%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sí</td> <td style="border: none;">1</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | No | 0 | | | Sí | 1 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| No | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | 1 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1c ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más cantidad de _____ para lograr el mismo efecto? | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;">No</td> <td style="width: 15%; border: none;">0</td> <td style="width: 60%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Sí</td> <td style="border: none;">1</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> | No | 0 | | | Sí | 1 | | | | | | | | | | | | |
| No | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>2a ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir _____ (nombre de la droga) que no pudo evitar hacerlo?</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | <p><i>Fuerte deseo o sensación de compulsión para tomar la sustancia</i></p> <p>Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1 <i>Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 3a</i></p> <p><u>Síntoma</u> 2a, o 2b = 1</p> | |
| <p>2b ¿Ha deseado consumir _____ tan desesperadamente que no podía pensar en nada más? (nombre de la droga)</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | | <input type="checkbox"/> |
| <p>3a ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de _____? Si fue así, ¿ha sido siempre capaz de disminuir su uso por lo (nombre de la droga) menos durante un mes?</p> | <p>No Pase a 3b Sí Continúe Sí 0 No 1</p> | <p><i>Dificultad para controlar el consumo de sustancias</i></p> <p>Se califica como síntoma presente cuando 3a = 1 o 3b = 1</p> <p><u>Síntoma</u> 3a o 3b = 1</p> | |
| <p>3b ¿Ha tenido periodos en los que usó _____ en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender el consumo antes de sentirse intoxicado? (nombre de la droga)</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | | <input type="checkbox"/> |
| <p>En los últimos 12 meses:</p> | | | |
| <p>4a En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de _____ (nombre de la droga) ¿alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | <p><i>Abstinencia</i></p> <p>Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1 <i>Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 5a</i></p> <p><u>Síntoma</u> 1a, 1b o 1c</p> | <p><i>Calificación:</i> Marque con una X si el síntoma está presente</p> |
| <p>4b ¿Utilizó _____ u otra droga para evitar tener malestares como los que se acaban de mencionar? (nombre de la droga)</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | | |
| <p>5a ¿Ha habido ocasiones en que dedicaba mucho tiempo a conseguir _____? (nombre de la droga)</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | <p><i>Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses</i></p> <p>Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1 5c = 1 <i>Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 6ª</i></p> <p><u>Síntoma</u> 5a, 5b y</p> | |
| <p>5b ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de _____? (nombre de la droga)</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | | |
| <p>5c ¿Ha descuidado o suspendido actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares, por conseguir o usar _____? (nombre de la droga)</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | | |

| | | | |
|--|----------------------|---|--|
| <p>6a ¿Ha tenido problemas de salud, como sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardiacos u otra lesión relacionada con el uso de _____ ? (nombre de la droga)</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | <p><i>Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas</i></p> <p style="text-align: right;"><u>Síntoma</u> 6a y 6b o 6c y 6d=1</p> <p>Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa=1</p> | |
| <p>6b ¿Continuó usando _____ aún después de presentar estos problemas (nombre de la droga) de salud?</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | | |
| <p>6c ¿Ha tenido usted problemas psicológicos o sociales asociados al uso de _____, como sentirse deprimido, extraño o perseguido, o presentar fracasos laborales o escolares, conflictos familiares, actos de violencia, accidentes, etc.? (nombre de la droga)</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | | |
| <p>6d ¿Continuó consumiendo _____ aún después de saber que se _____ (nombre de la droga) relacionaba con alguno de estos problemas?</p> | <p>No 0 Sí 1</p> | | |

Adaptación basada en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica (1997) WHO-CIDI 2.1 y en los criterios para diagnosticar dependencia de sustancias de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1995).

ANEXO 17

CUESTIONARIO DE FAGERSTRÖM PARA DETECTAR LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

| Examínese Ud. mismo: Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta. | |
|--|--|
| 1) | ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. al día? 3 31 o más 4 21 a 30 5 11 a 20 6 Menos de 10 |
| 1) | ¿Fuma Ud. más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto? 0 Sí 0 No |
| 1) | ¿Cuánto tiempo transcurre desde que Ud. despierta hasta que fuma el primer cigarrillo? 3 Menos de 5 min. 0 6 a 30 min. 1 31 a 60 min. 2 Más de 60 min. |
| 1) | ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir? 0 El primero de la mañana 1 Algún otro |
| 1) | ¿Le es difícil no fumar donde ello es prohibido? 0 Sí 1 No |
| 1) | ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en cama? 0 Sí 1 No |
| Conversión. 1 pipa = 3 cigarrillos 1 puro = 4-5 cigarrillos 1 puro pequeño = 3 cigarrillos | |

Para calificar:

Es Dependiente si tiene puntuación de 5 puntos o más. Versión enviada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

ANEXO 18

CUESTIONARIO AUDIT PRUEBA PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

| | |
|---|--|
| <p>1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas? 0= Nunca 1= Una vez al mes o menos 2= Dos o cuatro veces al año 3= Dos o tres veces por semana 4= Cuatro o más veces por semana</p> <p>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe? 0= 1 o 2 1= 3 o 4 2= 5 o 6 3= 7 a 9 4= 10 o más</p> <p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> | <p>6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol? 0= No 2= Sí, pero no en el último año 4= Sí, en el último año</p> <p>10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje? 0= No 2= Sí, pero no en el último año 4= Sí, en el último año</p> |
|---|--|

Calificación Total

0 a 3 Sin riesgo

3 a 7 Empieza a tener problemas

8 o más Riesgo elevado

Versión español: De la Fuente J.R. Kershenovich D., 1992, *El alcoholismo como problema médico*, UNAM. Revista de la Facultad de Medicina 35, p.p. 2, 47, 51.

Versión inglés: Babort T., De la Fuente J.R., 1989, *The alcohol use disorder and identification Test WHO*, Ginebra p.p. 1-24.

Proporcionado por el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) - Instituto Mexicano de Psiquiatría

ANEXO 18

NOTAS PROTOCOLO DE ESTAMBUL.

SIGNOS PSICOLÓGICOS INDICATIVOS DE TORTURA

A. Generalidades

1. *El papel de la evaluación psicológica*

233. Está muy generalizada la idea de que la tortura constituye una experiencia vital extraordinaria que puede dar origen a muy diversos sufrimientos físicos y psicológicos.

La mayor parte de los clínicos e investigadores están de acuerdo en que el carácter extremo de la experiencia de tortura es suficientemente poderoso por sí mismo como para surtir consecuencias mentales y emocionales, sea cual fuere el estado psicológico previo del sujeto. Pero las consecuencias psicológicas de la tortura hacen su aparición en el contexto del significado que personalmente se le dé, del desarrollo de la personalidad y de factores sociales, políticos y culturales. Por esta razón, no cabe suponer que todas las formas de tortura dan el mismo resultado. Por ejemplo, las consecuencias psicológicas de una ejecución simulada no son las mismas que las causadas por una agresión sexual, y el confinamiento en solitario y en aislamiento no va a producir los mismos efectos que los actos físicos de tortura. Del mismo modo, no puede suponerse que los efectos de la detención y la tortura sobre un adulto van a ser los mismos que sobre un niño. De todas formas, existen asociaciones de síntomas y reacciones psicológicas que se han podido observar y documentar con bastante regularidad en supervivientes de la tortura.

Es importante darse cuenta de que no todos los que han sido torturados llegan a padecer una enfermedad mental diagnosticable. Pero muchas víctimas experimentan profundas reacciones emocionales y síntomas psicológicos. Los principales trastornos psiquiátricos asociados a la tortura son el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión profunda. Si bien estos trastornos se dan también en la población general, su prevalencia es mucho más elevada entre las poblaciones traumatizadas. Las particulares repercusiones culturales, sociales y políticas que la tortura tiene para cada persona influyen sobre su capacidad de describirla y hablar de ella. Estos son factores importantes que contribuyen al impacto psicológico y social de la tortura y que deben tomarse en consideración cuando se vaya a evaluar a un individuo procedente de otro medio cultural.

B. Secuelas psicológicas de la tortura

1. *Precauciones aconsejables*

El médico o psicólogo que efectúe la evaluación deberá esforzarse por establecer una relación entre el sufrimiento mental y el contexto de las creencias y normas culturales del individuo. Ello incluye el respeto al contexto político así como a la cultura y a las creencias religiosas. Dada la gravedad de la tortura y sus consecuencias, cuando se realiza una evaluación psicológica deberá adoptarse una actitud de aprendizaje informado más que la de precipitarse a establecer diagnósticos y clasificaciones. Lo mejor sería que esta actitud transmitiese a la víctima la idea de que sus quejas y su sufrimiento se reconocen como reales y previsibles dadas las circunstancias. En este sentido, una actitud empática y sensitiva puede dar a la víctima algún alivio de su experiencia de alienación.

2. *Reacciones psicológicas más frecuentes*

a) *Reexperimentación del trauma*

240. La víctima puede tener súbitas rememoraciones o recuerdos intrusivos en los que una vez y otra vive el acontecimiento traumático, y esto incluso estando la persona despierta y consciente, o puede sufrir pesadillas recurrentes que incluyen elementos del acontecimiento traumático en su forma original o en forma simbólica. El sufrimiento ante la exposición a elementos que simbolizan o imitan el trauma se manifiesta con frecuencia por una falta de confianza y por miedo a las personas dotadas de autoridad, incluidos médicos y psicólogos.

b) *Evitación y embotamiento emocional*

- i) Evitación de todo tipo de pensamiento, conversación, actividad, lugar o persona que despierte recuerdos del trauma;
- ii) Profundo retraimiento emocional;
- iii) Profunda desafectación personal y retirada social;
- iv) Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.

c) *Hiperexcitación*

- i) Dificultad para dormirse o para permanecer dormido;
- ii) Irritabilidad o brotes de cólera;
- iii) Dificultad de concentración;
- iv) Hipervigilancia, reacciones de inquietud exagerada;
- v) Ansiedad generalizada;
- vi) Respiración superficial, sudoración, sequedad de boca, mareos y problemas gastrointestinales.

d) *Síntomas de depresión*

241. Pueden observarse los siguientes síntomas de depresión: estado de ánimo depresivo, anhedonia (clara reducción del interés o del placer en cualquier actividad), trastornos del apetito, pérdida de peso, insomnio o hipersomnio, agitación psicomotriz o retraso, fatiga y pérdida de energía, sensación de inutilidad, excesivo sentimiento de culpa, dificultad de prestar atención, concentrarse o recordar algún acontecimiento, pensamientos de muerte, ideas de suicidio o intentos de suicidio.

e) *Disminución de la autoestima y desesperanza en cuanto al futuro*

242. La víctima tiene la sensación de haber sufrido daños irreparables y un cambio irreversible de su personalidad. El sujeto piensa que ha perdido una parte su porvenir y se encuentra sin expectativas de carrera, matrimonio, hijos o una duración normal de vida.

f) *Disociación, despersonalización y comportamiento atípico*

243. La disociación es una quiebra de la integración de la conciencia, autopercepción, memoria y acciones. La persona puede verse cortada o desconocedora de ciertas acciones o puede sentirse dividida en dos como si se observase a sí misma desde una cierta distancia. La despersonalización es un sentirse desprendido de uno mismo o de su propio cuerpo. Los problemas de control de los impulsos dan lugar a comportamientos que el superviviente considera como muy atípicos con respecto a lo que era su personalidad pretraumática. Una persona que antes era cauta puede lanzarse a comportamientos de alto riesgo.

g) *Quejas psicosomáticas*

244. Entre las víctimas de la tortura son comunes síntomas psicosomáticos como dolores, cefaleas u otros síntomas físicos, con o sin signos objetivos. La única queja que se manifieste puede ser el dolor, que puede variar tanto por su localización como por su intensidad. Los síntomas psicosomáticos pueden ser directamente debidos a las consecuencias físicas de la tortura o tener un origen psicológico. Por ejemplo, todos los tipos de dolores pueden ser consecuencia física directa de la tortura o tener un origen psicológico. Entre las quejas psicosomáticas típicas figuran el dolor dorsal, dolores muscular esqueléticos y cefaleas, consecutivas con frecuencia a traumatismos craneales. Los dolores de cabeza son muy frecuentes entre los supervivientes de la tortura y muchas veces conducen a cefaleas crónicas postraumáticas. También pueden estar causados o exacerbados por la tensión y el sufrimiento.

h) *Disfunciones sexuales*

245. Las disfunciones sexuales son frecuentes entre los supervivientes de la tortura, en particular, aunque no exclusivamente, entre los que han sufrido torturas sexuales o violaciones.

i) *Psicosis*

246. Las diferencias culturales y lingüísticas se pueden confundir con síntomas psicóticos. Antes de diagnosticar a alguien como psicótico, será preciso evaluar sus síntomas dentro del contexto cultural propio del sujeto. Las reacciones psicóticas pueden ser breves o prolongadas, y los síntomas pueden aparecer mientras la persona está detenida y torturada o después. Puede hallarse los siguientes síntomas:

- i) Delirios;
- ii) Alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y olfativas;
- iii) Ideas y comportamiento extravagantes;
- iv) Ilusiones o distorsiones perceptivas que pueden adoptar la forma de estados *borderline* o francamente psicóticos. Las falsas percepciones y las alucinaciones que se producen en el momento de dormirse o de despertarse son frecuentes entre la población general y no denotan la existencia de una psicosis. No es infrecuente que las víctimas de tortura comuniquen que a veces oyen gritos, que se les llama por su nombre o que ven sombras, pero sin presentar signos o síntomas de psicosis plenamente desarrollada;
- v) Paranoia y delirios de persecución;
- vi) Los sujetos que tienen antecedentes de enfermedad mental pueden sufrir una recurrencia de su trastorno psicótico o trastornos del carácter con características psicóticas. Las personas con antecedentes de trastorno bipolar, gran depresión recurrente con rasgos psicóticos, esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos pueden experimentar un episodio del mismo trastorno.

j) *Utilización abusiva de sustancias*

247. Es frecuente que los supervivientes de la tortura empiecen a utilizar abusivamente alcohol y drogas como forma de obliterar sus memorias traumáticas, de regular sus afectos y de controlar su ansiedad

3. *Clasificaciones de diagnóstico*

249. Aunque las principales quejas y los hallazgos más destacados entre los supervivientes de la tortura son muy diversos y están relacionados con las experiencias vitales propias exclusivamente de cada persona y con su contexto cultural, social y político, convendrá que los evaluadores estén familiarizados con los trastornos más frecuentemente diagnosticados a los supervivientes de traumatismos y tortura. Además, no es infrecuente que se halle más de un trastorno mental y entre los sujetos con trastornos mentales relacionados con los traumatismos se encuentra una comorbilidad considerable.

a) *Trastornos depresivos*

250. Los estados depresivos son casi universales entre los supervivientes de la tortura. Entre los trastornos depresivos figuran la gran depresión, un episodio o gran depresión únicos, y depresiones recurrentes (más de un episodio). Los trastornos depresivos pueden presentarse con o sin manifestaciones psicóticas, catatónicas, melancólicas o atípicas. Según el DSM-IV, para que pueda hacerse el diagnóstico de episodio de gran depresión será preciso que en un determinado período de dos semanas se presenten cinco o más de los síntomas que después se mencionan, y que represente un cambio del funcionamiento anterior (por lo menos uno de los síntomas deberá ser un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer):

| | |
|---|---|
| 1) estado de ánimo deprimido, | 2) interés o placer claramente disminuidos en todas o casi todas las actividades, |
| 3) pérdida de peso o cambio de apetito, | 4) insomnio o hipersomnio, |
| 5) agitación o retraso psicomotor, | 6) fatiga o pérdida de energía, |

| | |
|--|--|
| 7) sentimiento de inutilidad o de culpa excesivo o inadecuado, | 8) reducción de la capacidad de pensamiento o de concentración |
| 9) ideas recurrentes de muerte o suicidio | |

Para poder formular este diagnóstico es preciso que los síntomas causen una angustia considerable o perturben el funcionamiento social o profesional, no obedezcan a un trastorno fisiológico y no se expliquen en el marco de otro diagnóstico del DSM-IV.

b) *Trastorno de estrés postraumático*

251. El diagnóstico que más frecuentemente se asocia a las consecuencias psicológicas de la tortura es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). La asociación entre la tortura y este diagnóstico se da por segura entre

agentes de salud, tribunales de inmigración y legos informados. Así se ha concebido la impresión errónea y simplista de que el TEPT es la principal consecuencia psicológica de la tortura.

253. El sujeto demostrará persistentemente que evita todo estímulo asociado al acontecimiento traumático o mostrará un amortiguamiento general de la reactividad, lo que se indica por la reunión de un mínimo de tres de los siguientes signos:

- 1) esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al trauma
- 2) esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que recuerden el trauma a la víctima,
- 3) incapacidad para recordar algún aspecto importante del acontecimiento,
- 4) disminución del interés por actividades importantes,
- 5) desprendimiento o distanciamiento de otros,
- 6) estado afectivo reprimido
- 7) estrechamiento del sentido del futuro.

Otra razón para diagnosticar un TEPT según el DSM-IV es la persistencia de síntomas de excitación que no estaban presentes antes del trauma, según se indicaría por un mínimo de dos de los siguientes signos: dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, irritabilidad o brotes de cólera, dificultades para la concentración, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada.

254. Los síntomas del TEPT pueden ser crónicos o fluctuar durante largos períodos de tiempo. A lo largo de algunos intervalos el cuadro clínico está dominado por los síntomas de excitabilidad e irritabilidad. En esos momentos el superviviente suele experimentar un aumento de los recuerdos intrusivos, pesadillas y rememoraciones súbitas.

En otros momentos, puede aparecer relativamente asintomático o constreñido y retirado emocionalmente. Debe recordarse que el hecho de que no se satisfagan los criterios de diagnóstico del TEPT no significa que no haya habido tortura. Según la CIE-10, en cierta proporción de casos el TEPT puede evolucionar crónicamente a lo largo de muchos años con transición eventual hacia un cambio de personalidad duradero.

c) *Cambio de personalidad duradero*

255. Tras un estrés extremo catastrófico o prolongado, pueden aparecer trastornos en sujetos adultos que antes no habían sufrido problemas de personalidad. Entre los tipos de estrés extremo que pueden cambiar la personalidad figuran las experiencias en campos de concentración, las catástrofes, una cautividad prolongada con la posibilidad inminente de ser asesinado, la exposición a situaciones amenazadoras de la vida, como el ser víctima del terrorismo, y la tortura.

256. Para que se pueda formular el diagnóstico según la CIE-10 de cambio duradero de la personalidad tras una experiencia catastrófica, es preciso que los cambios de la personalidad se mantengan durante un mínimo de dos años tras la exposición al estrés catastrófico. La CIE-10 especifica que el estrés debe ser tan extremo que «no sea necesario tomar en consideración la vulnerabilidad personal para explicar sus profundos efectos sobre la personalidad». Este cambio de personalidad se caracteriza por una actitud hostil o desconfiada hacia el mundo, retirada social, sentimientos de vacío o de desesperanza, una impresión crónica de «hallarse al borde», como ante una amenaza constante, y extrañamiento.

d) *Abuso de sustancias*

257. Los clínicos han observado que los supervivientes de la tortura con frecuencia caen secundariamente en un comportamiento de abuso del alcohol y las drogas como forma de obliterar los recuerdos traumáticos, regular afectos desagradables y controlar la ansiedad. En resumen, en otras poblaciones expuestas al trastorno de estrés postraumático se han recogido pruebas importantes en el sentido de que el abuso de sustancias puede acompañar al otro trastorno en los supervivientes de la tortura.

e) Otros diagnósticos

258. Como se pone de manifiesto en el catálogo de síntomas descrito en esta sección, además del trastorno de estrés postraumático debe considerarse la posibilidad de otros diagnósticos, como el gran trastorno depresivo y el cambio duradero en la personalidad (véase *infra*). Entre los demás diagnósticos posibles figuran los siguientes:

- i) La ansiedad generalizada, caracterizada por una ansiedad y preocupación excesivas acerca de gran diversidad de distintos acontecimientos o actividades, tensión motriz y un aumento de la actividad del sistema autónomo;
- ii) El trastorno del pánico se manifiesta por ataques recurrentes e inesperados de intenso miedo o incomodidad, incluyendo síntomas como sudoración, ahogo, temblores, aceleración del ritmo cardíaco, mareos, náuseas, escalofríos o sofocos;
- iii) El trastorno de estrés agudo presenta esencialmente los mismos síntomas que el TEPT, pero se diagnostica durante el primer mes después de la exposición a la vivencia traumática;
- iv) Ciertos trastornos de aspecto psicossomático con síntomas físicos que no se explican por ningún proceso médico;
- v) Trastorno bipolar con episodios maníacos o hipomaníacos que se acompañan de un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, ideas de grandiosidad, reducción de la necesidad de dormir, fuga de ideas, agitación psicomotriz y fenómenos psicóticos asociados;
- vi) Trastornos causados por un proceso médico general que con frecuencia adopta la forma de un trastorno cerebral con las fluctuaciones o los déficit resultantes en el nivel de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento excesivo;
- vii) Fobias como la fobia social y la agorafobia.

C. Evaluación psicológica/psiquiátrica

1. Consideraciones éticas y clínicas

259. El que en las evaluaciones psicológicas se puedan hallar signos críticos de malos tratos entre las víctimas de la tortura se debe a varias razones: con frecuencia la tortura provoca devastadores síntomas psicológicos, los métodos de tortura están con frecuencia diseñados para no dejar lesiones físicas y los métodos físicos de tortura pueden dejar huellas físicas que desaparecen o son inespecíficas.

260. Las evaluaciones psicológicas facilitan información útil para los exámenes médico - legales, las solicitudes de asilo político, la determinación de las condiciones en las que han podido obtenerse falsas confesiones, el conocimiento de las prácticas regionales de tortura, la identificación de las necesidades terapéuticas de las víctimas y para dar testimonio en las investigaciones relativas a los derechos humanos. El objetivo general de toda evaluación psicológica consiste en evaluar el grado de coherencia que existe entre el relato que el individuo hace de la tortura y los hallazgos psicológicos que se observan en el curso de la evaluación. Con este fin, la evaluación deberá dar una descripción detallada de la historia del individuo, un examen de su estado mental, una evaluación de su funcionamiento social y una formulación de las impresiones clínicas

2. El proceso de la entrevista

262. El clínico debe comenzar la entrevista explicando con detalle qué procedimientos se van a seguir (qué preguntas se van a formular sobre antecedentes psicosociales, incluido el desarrollo de la tortura y el actual funcionamiento psicológico), lo que prepara al sujeto para las difíciles reacciones emocionales que pueden provocar las preguntas. Es preciso que en cualquier momento el entrevistado pueda pedir una pausa e interrumpir la entrevista y poderse ir si el estrés llega a resultarle intolerable, con la posibilidad de una cita ulterior. El clínico ha de ser sensible y empático

en la manera de formular sus preguntas, pero permaneciendo siempre objetivo en su evaluación clínica. Al mismo tiempo, el entrevistador debe ser consciente de sus posibles reacciones personales ante el superviviente y las descripciones de tortura que éste haga, lo cual puede influir sobre sus percepciones y juicios propios.

263. Es importante tomar en consideración las razones por las que se procede a la evaluación psicológica, pues son éstas las que van a determinar el nivel de confidencialidad que debe respetar el experto. Si la evaluación de la fiabilidad de un informe de tortura de un sujeto se ha solicitado dentro del marco de un proceso judicial iniciado por una autoridad oficial, deberá advertirse a la persona que se va a evaluar que ese contexto implica el levantamiento del secreto médico en lo que respecta a todas las informaciones presentadas en el informe. Pero si la solicitud de evaluación psicológica procede de la propia persona torturada, el experto deberá respetar la confidencialidad médica.

264. Los clínicos que realicen evaluaciones físicas o psicológicas deben conocer las posibles reacciones emocionales que las evaluaciones de traumas graves pueden suscitar en el entrevistado y en el entrevistador. Esas reacciones emocionales se denominan de transferencia y de contratransferencia. Entre las típicas reacciones que experimentan los supervivientes de la tortura, sobre todo si se les está pidiendo que vuelvan a contar o recuerden detalles de su trauma, figuran desconfianza, miedo, vergüenza, rabia y sentimientos de culpabilidad. Se denomina transferencia al conjunto de sentimientos que un superviviente concibe hacia el clínico, sentimientos que se relacionan con sus pasadas experiencias pero que se comprenden erróneamente como dirigidos hacia el clínico personalmente. Por otra parte, la reacción emocional del clínico hacia el superviviente de la tortura, conocida como contratransferencia, puede influir sobre la evaluación psicológica. Transferencia y contratransferencia son mutuamente interdependientes e interactivas.

269. Las preguntas más frecuentes se refieren a posibles secuelas, como un embarazo, la capacidad de concebir más adelante o el futuro de las relaciones sexuales en la pareja. En el contexto de las evaluaciones realizadas con fines legales, la atención que necesariamente se ha de conceder a los detalles y la precisión de las preguntas relativas a la historia se perciben fácilmente como un signo de desconfianza o de duda por parte del examinador.

271. Las reacciones de contratransferencia suelen ser inconscientes y precisamente por serlo pueden plantear problemas. El tener sentimientos cuando se escucha a alguien que habla de su tortura es completamente esperable por mucho que esos sentimientos puedan interferir con la eficacia del clínico, pero si se comprenden pueden servirle de guía. Médicos y psicólogos implicados en la evaluación y el tratamiento de víctimas de tortura están de acuerdo en que el conocimiento y la comprensión de las reacciones típicas de contratransferencia son fundamentales pues ésta puede limitar considerablemente la capacidad de evaluar y documentar las consecuencias físicas y psicológicas de la tortura. Entre las más frecuentes reacciones de contratransferencia figuran:

i) Evitación, retirada e indiferencia defensiva en reacción a la exposición a material perturbador. Esto puede facilitar el que se olviden algunos detalles y se subestime la gravedad de las consecuencias físicas o psicológicas;

ii) Desilusión, desvalimiento, desesperanza y sobre identificación, que pueden provocar síntomas de depresión o de traumatización vicariante, como pesadillas, ansiedad y miedo;

iii) Omnipotencia y grandiosidad, que llevan al individuo a sentirse el salvador, el gran experto en traumas o la última esperanza de recuperación y bienestar del superviviente;

iv) Sentimientos de inseguridad acerca de las propias aptitudes profesionales por enfrentarse con la gravedad de la historia o los sufrimientos comunicados.

Esto se puede manifestar en forma de falta de confianza en la propia capacidad para hacer justicia al superviviente y una preocupación poco realista con normas médicas idealizadas;

v) Los sentimientos de culpa por no compartir la experiencia de tortura del superviviente y su dolor o por la conciencia de lo que no se ha hecho en el nivel político pueden dar lugar a la adopción de actitudes claramente sentimentales o idealizadas hacia el superviviente;

vi) La indignación y la rabia hacia los torturadores y persecutores son de esperar, pero pueden ir en menoscabo de la objetividad si están abonados por experiencias personales no concientizadas y de esta forma pueden hacerse crónicos o excesivos;

vii) Sentimientos expuestos a niveles desacostumbrados de ansiedad pueden provocar indignación o repugnancia contra la víctima. Esto también puede suceder si el sujeto se siente utilizado por la víctima cuando el clínico tiene dudas acerca de la veracidad de la historia de tortura narrada y la víctima trata de beneficiarse de una evaluación que pone de manifiesto las consecuencias del presunto incidente;

viii) Entre las diferencias importantes entre los sistemas de valores culturales del clínico y los del individuo que pretende haber sido torturado puede figurar la creencia en mitos relativos a ciertos grupos étnicos, actitudes de condescendencia y subestimación del grado de desarrollo del individuo o de su perspicacia. En sentido contrario, cuando los clínicos son miembros del mismo grupo étnico que la víctima podría formarse una alianza no verbalizada que también vendría a menoscabar la objetividad de la evaluación.

272. La mayor parte de los clínicos consideran que muchas de las reacciones de contratransferencia no son meros ejemplos de distorsión sino que son fuentes importantes de información acerca del estado psicológico de la víctima de la tortura. La efectividad del clínico puede verse comprometida cuando la contratransferencia se actúa en lugar de ser un motivo de reflexión. Se aconseja a los clínicos encargados de la evaluación y tratamiento de la tortura que examinen su contratransferencia y, siempre que sea posible, obtengan supervisión y asesoramiento de un colega.

3. Componentes de la evaluación psicológica/psiquiátrica

274. La introducción mencionará la entidad que envía al sujeto, un resumen de fuentes colaterales (por ejemplo, registros médicos, jurídicos y psiquiátricos) y una descripción de los métodos de evaluación utilizados (entrevistas, inventarios de síntomas, listas de comprobación y pruebas neuropsicológicas).

a) Historia de tortura y malos tratos

275. Se harán esfuerzos por recoger el historial completo de torturas, persecuciones y otras experiencias traumáticas importantes (véanse cap. IV, secc. E). Esta parte de la evaluación suele ser agotadora para la persona que está siendo evaluada. Por consiguiente, puede ser necesario proceder en varias sesiones. La entrevista comenzará por un resumen general de los acontecimientos para después pasar a obtener detalles de las experiencias de torturas .

Es preciso que el entrevistador conozca las cuestiones legales pertinentes ya que éstas determinarán la naturaleza y cantidad de información necesaria para bien documentar los hechos.

b) Quejas psicológicas actuales

276. La determinación del funcionamiento psicológico actual forma el núcleo de la evaluación. Como los prisioneros de guerra gravemente brutalizados y las víctimas de violación muestran en un 80% a 90% de los casos una prolongada prevalencia de trastorno de estrés postraumático, será preciso formular preguntas concretas relativas a las tres categorías de DSM-IV de trastorno de estrés postraumático (retorno de la experiencia del acontecimiento traumático, evitación de respuestas o amortiguación de éstas, amnesia y excitación)^{113,114}. Se describirán los síntomas afectivos, cognoscitivos y del comportamiento con descripciones detalladas, y se especificará la frecuencia, con ejemplos, de pesadillas, alucinaciones y reacciones de sobresalto. La ausencia de síntomas puede deberse a la naturaleza episódica y con frecuencia diferida del trastorno de estrés postraumático o a que se nieguen los síntomas a causa de la vergüenza.

c) Historia posterior a la tortura

277. En esta parte de la evaluación psicológica se trata de obtener información sobre las actuales circunstancias de la vida del sujeto. Es importante investigar cuáles son las fuentes actuales de estrés, como, por ejemplo, separación o pérdida de personas amadas, huida del país de origen o vida en el exilio. Además, el entrevistador deberá investigar qué capacidad tiene la persona de ser productiva, ganarse la vida y ocuparse de su familia, así como con qué apoyos sociales puede contar.

d) Historia previa a la tortura

278. Si corresponde, describir la infancia, adolescencia y entrada en la vida adulta de la víctima, así como su entorno familiar, morbilidad familiar y composición de la familia. Deberá asimismo hacerse una descripción de la escolaridad de la víctima y su vida laboral. Describir toda historia que se encuentre sobre traumas antiguos, como malos tratos durante la infancia, sufrimientos durante la guerra o violencia doméstica, así como el medio cultural

y religioso de la víctima.

279. La descripción de los traumatismos previos es importante para evaluar el estado de salud mental y el nivel de funcionamiento psicosocial de la víctima de la tortura previamente a los acontecimientos traumáticos. De esta forma el entrevistador puede comparar el actual estado de salud mental con el que presentaba el sujeto antes de la tortura. Para evaluar la información básica el entrevistador deberá tener en cuenta que la duración y gravedad de las respuestas al trauma se ven afectadas por múltiples factores. Algunos de estos factores, no los únicos, son las circunstancias de la tortura, la percepción e interpretación de la tortura por parte de la víctima, el contexto social antes, durante y después de la tortura, los recursos de la comunidad y de los amigos, y los valores y actitudes con respecto a las experiencias traumáticas, así como diversos factores políticos y culturales, la gravedad y la duración de los acontecimientos traumáticos, la vulnerabilidad genética y biológica, la fase de desarrollo y edad de la víctima, la historia previa de traumas y la personalidad preexistente. En muchos casos, por limitaciones de tiempo y otros problemas, puede ser difícil obtener toda esta información. De todas formas, es importante conseguir datos suficientes acerca del estado mental y funcionamiento psicosocial previos del sujeto con el fin de poderse hacer una idea de la medida en que la tortura ha contribuido a los problemas psicológicos.

e) *Historia clínica*

280. La historia clínica resume las condiciones de salud antes del trauma, la situación actual, dolores en cualquier parte del cuerpo, quejas de tipo psicossomático, medicinas utilizadas y sus efectos secundarios, aspectos importantes de la historia sexual, intervenciones quirúrgicas anteriores y otros datos médicos

f) *Historia psiquiátrica*

281. Deberá interrogarse al sujeto acerca de sus antecedentes de trastornos mentales o psicológicos, la naturaleza de sus problemas y si ha recibido tratamiento o ha necesitado hospitalización psiquiátrica. También se le interrogará acerca de su uso terapéutico de medicinas psicotrópicas.

g) *Antecedentes de uso y abuso de sustancias*

282. El clínico deberá preguntar al sujeto si ha utilizado sustancias antes y después de la tortura, si se han producido cambios en el tipo de uso y si está utilizando sustancias para hacer frente al insomnio o a sus problemas psicológicos/psiquiátricos. Las sustancias en cuestión son no sólo alcohol, cannabis y opio, sino también sustancias que se utilizan abusivamente en la región como la nuez de betel y otras muchas.

h) *Examen del estado mental*

283. El examen del estado mental comienza en el momento en que el clínico se encuentra con el sujeto. El entrevistador deberá tomar nota del aspecto de la persona, considerando, por ejemplo, posibles signos de malnutrición, falta de limpieza, cambios en la actividad motriz durante la entrevista, uso del lenguaje, contacto ocular, capacidad de establecer una relación con el entrevistador y medios que el sujeto utiliza para establecer comunicación. En el informe de la evaluación psicológica deberán incluirse todos los aspectos del examen del estado mental, con los siguientes componentes: aspectos como apariencia general, actividad motriz, lenguaje, estado de ánimo y afectividad, contenido del pensamiento, proceso mental, ideas de suicidio y homicidio, y examen cognoscitivo (orientación, memoria a largo plazo, rememoración intermedia y rememoración inmediata).

i) *Evaluación del funcionamiento social*

284. El trauma y la tortura pueden, directa e indirectamente, dañar la capacidad funcional de la persona. Además, la tortura puede causar indirectamente pérdidas de funcionamiento e invalideces cuando las consecuencias psicológicas de la experiencia alteran la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo, ganarse la vida, mantener a la familia y proseguir sus estudios. El clínico deberá evaluar el actual nivel de funcionamiento del sujeto interrogándole acerca de sus actividades cotidianas, su función social (como ama de casa, estudiante, trabajador), sus actividades sociales y recreativas y su percepción del propio estado de salud. El entrevistador pedirá al sujeto que evalúe su propia situación sanitaria, que hable de la presencia o ausencia de sentimiento de fatiga crónica y que comunique posibles cambios en su funcionamiento general.

j) *Pruebas psicológicas y utilización de listas de comprobación y cuestionarios*

285. Apenas hay publicaciones acerca de la utilización de las pruebas psicológicas (pruebas proyectivas y objetivas de personalidad) en la evaluación de los supervivientes de la tortura. Además, las pruebas psicológicas de personalidad carecen de validez transcultural. Estos factores se combinan limitando gravemente la utilidad de las pruebas psicológicas para la evaluación de las víctimas de la tortura. En cambio, las pruebas neuropsicológicas pueden ser útiles para evaluar casos de lesiones cerebrales resultantes de la tortura (véase secc. C.4 *infra*). La persona que ha sobrevivido a la tortura puede tropezar con dificultades para expresar en palabras sus experiencias y síntomas. En ciertos casos puede ser útil utilizar listas de comprobación sobre acontecimientos traumáticos y síntomas. En los casos en los que el entrevistador llega a la conclusión de que podría ser útil utilizar estas listas de comprobación, puede recurrir a numerosos cuestionarios, pero ninguno de ellos se refiere específicamente a las víctimas de la tortura.

k) *Impresión clínica*

286. Para formular una impresión clínica que se incorpore al informe sobre signos psicológicos de tortura, deberán formularse las siguientes preguntas importantes:

- i) ¿Hay una concordancia entre los signos psicológicos y el informe de presunta tortura?
- ii) ¿Se puede decir que los signos psicológicos hallados constituyen reacciones esperables o típicas de un estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo?
- iii) Considerando la evolución fluctuante con el tiempo de los trastornos mentales relacionados con el trauma, ¿cuál sería el marco temporal en relación con los acontecimientos de la tortura? ¿En qué punto del curso de recuperación se encuentra el sujeto?
- iv) Entre los distintos elementos de estrés coexistentes ¿cuáles están ejerciendo su acción sobre el sujeto (por ejemplo, una persecución que aún dura, migración forzada, exilio, pérdida de la familia o pérdida de la función social)? ¿Qué repercusión tienen estos factores sobre el sujeto?
- v) ¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico? Merecen especial atención los traumatismos craneales sufridos durante la tortura o detención.
- vi) ¿Indica el cuadro clínico que exista una falsa alegación de tortura?

287. El clínico deberá dar su opinión acerca de la concordancia que pueda existir entre los signos psicológicos y la medida en que esos signos guardan relación con los presuntos malos tratos. Deberán describirse el estado emocional y la expresión de la persona durante la entrevista, sus síntomas, la historia de detención y tortura y la historia personal previa. Se tomará nota de factores como el momento en que se inician cada uno de los síntomas en relación con el trauma, la especificidad de todos los signos psicológicos y las modalidades de funcionamiento psicológico. También se mencionarán otros factores adicionales, como la migración forzada, el reasentamiento, dificultades de aculturación, problemas de lenguaje, desempleo, pérdida del hogar, familia y estado social. Se evaluará y describirá la relación y la concordancia entre los acontecimientos y los síntomas. Ciertos elementos físicos, como los traumatismos craneales o las lesiones encefálicas, pueden requerir una evaluación más detallada. Tal vez sea recomendable proceder a evaluaciones neurológicas o neuropsicológicas.

288. Si el superviviente tiene un conjunto de síntomas que corresponda a algún diagnóstico psiquiátrico del DSM-IV o de la CIE-10, se especificará el diagnóstico. Puede ser aplicable más de un diagnóstico. También en este caso debe advertirse que si bien un diagnóstico de trastorno mental relacionado con un trauma apoya la alegación de tortura, en cambio el hecho de que no se satisfagan los criterios de diagnóstico psiquiátrico no significa que el sujeto no haya sido torturado. El superviviente de la tortura puede no reunir el conjunto sintomático necesario para satisfacer plenamente los criterios de diagnóstico de alguna entidad del DSM-IV o de la CIE-10. En estos casos, como en otros, los síntomas que presente el superviviente y la historia de tortura que pretenda haber experimentado se considerarán como un conjunto. Se evaluará y describirá en el informe el grado de coherencia que exista entre la historia de tortura y los síntomas que el sujeto comunique.

289. Es importante darse cuenta de que ciertas personas alegan falsamente haber sufrido tortura por muy diversas razones, mientras que otras pueden exagerar experiencias relativamente triviales por razones personales o políticas. El investigador deberá tener siempre presentes esas posibilidades y tratar de identificar posibles razones para exageración o fabricación. De todas formas, el clínico no debe olvidar que tal fabricación exige un conocimiento detallado de la sintomatología relacionada con los traumas, conocimiento que muy poca gente posee. Todo

testimonio puede presentar incoherencias por diversas razones válidas, como problemas de memoria resultantes de una lesión encefálica, confusión, disociación, diferencias culturales en la percepción del tiempo o fragmentación y represión de memorias traumáticas. Para documentar con eficacia los signos psicológicos de tortura es necesario que el clínico tenga la capacidad necesaria para en su informe hacer una evaluación de coherencias e incoherencias. Si el entrevistador sospecha que hay fabricación, habrán de preverse entrevistas adicionales que permitan aclarar cualquier incoherencia que figure en el informe. También familiares o amigos podrán tal vez corroborar ciertos detalles de la historia. Si el clínico realiza exámenes adicionales y sigue sospechando que hay fabricación, deberá remitir el sujeto a otro clínico y pedir la opinión de su colega. La sospecha de fabricación se documentará con la opinión de dos clínicos.

l) *Recomendaciones*

290. Las recomendaciones que resulten de la evaluación psicológica dependerán de las cuestiones que se planteen en el momento en que se solicitó la evaluación. Puede tratarse de cuestiones de tipo legal y judicial o de demandas de asilo o de reasentamiento o de la necesidad de un tratamiento. Las recomendaciones pueden ir en el sentido de una nueva evaluación, por ejemplo pruebas neuropsicológicas, de un tratamiento médico o psiquiátrico o de señalar la necesidad de seguridad o asilo.

CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVAS A LAS ENTREVISTAS

El objetivo general de la investigación consiste en determinar los hechos relativos a los presuntos incidentes de tortura. Las evaluaciones médicas de la tortura pueden aportar útiles pruebas en contextos legales como:

- a) Identificar a los agentes responsables de la tortura y presentarlos a la justicia;
- b) Dar apoyo a solicitudes de asilo político;
- c) Determinar las condiciones en las que ciertos funcionarios del Estado han podido obtener falsas confesiones;
- d) Averiguar prácticas regionales de tortura. Las evaluaciones médicas pueden servir también para identificar las necesidades terapéuticas de los supervivientes y como testimonio para las investigaciones de derechos humanos.

Es preciso que el examinador esté en condiciones de hacer lo siguiente:

- a) Evaluar posibles lesiones y abusos, incluso en ausencia de acusaciones concretas del sujeto, o de los funcionarios de aplicación de la ley o judiciales;
- b) Documentar los signos físicos y psicológicos de lesión y abuso;
- c) Correlacionar el grado de coherencia entre los signos hallados en el examen y las alegaciones concretas de abuso formuladas por el paciente;
- d) Correlacionar el grado de coherencia entre los signos hallados en la exploración individual y el conocimiento de los métodos de tortura utilizados en una determinada región y de sus efectos ulteriores más comunes;
- e) Dar una interpretación de experto de los hallazgos de las evaluaciones médico legales y facilitar una opinión de experto con respecto a posibles causas de abuso en audiencias sobre demanda de asilo, juicios penales y procedimientos civiles;
- f) Utilizar la información obtenida de forma adecuada para dar a conocer mejor la tortura y documentarla más a fondo.

Para preparar una impresión clínica con miras a redactar un informe sobre signos físicos y psicológicos de tortura, deberán formularse seis preguntas importantes:

- a) ¿Hay una relación entre los signos físicos y psicológicos hallados y el informe de presunta tortura?
- b) ¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico?
- c) ¿Son los signos psicológicos hallados los que cabe esperar o las reacciones típicas ante un estrés máximo dentro del contexto cultural y social del individuo?
- d) Dado el curso fluctuante con el tiempo de los trastornos mentales relacionados con los traumas, ¿cuál sería la cronología en relación con los actos de tortura? ¿En qué punto de la recuperación se encuentra el sujeto?

- e) ¿Qué otros factores de estrés afectan al sujeto (por ejemplo, una persecución mantenida, migración forzada, exilio, pérdida de los papeles familiar y social, etc.)?
¿Qué impacto tienen estas cuestiones sobre la víctima?
- f) ¿Podría sugerir el cuadro clínico una falsa alegación de tortura?