



**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL**



**NORMA TÉCNICA PARA LA  
VALORACION MEDICO LEGAL DEL  
ESTADO DE SALUD MENTAL.**

**IML/NT 016/01/16**

## **Coordinación General**

Dra. Alba Luz Ramos Vanegas.  
Magistrada Presidenta.  
Corte Suprema de Justicia

Dr. Zacarías Duarte Castellón  
Director General.  
Instituto de Medicina Legal.

### **Elaborado por:**

#### **Peritos Forenses del Instituto de Medicina Legal**

Dr. Zacarías Duarte Castellón	Especialista en Medicina Forense y Patología. Director General.
Dra. Verónica Acevedo Pastora	Especialista en Medicina Forense, Toxicología y Dermatología. Directora de Desarrollo Institucional.
Dra. Heydi del Pilar Trujillo Arauz	Médica Forense, especialista en Psiquiatría.
Licda. Liliana del Carmen Salinas Martínez	Psicóloga Forense.

### **Validado por:**

#### **Peritos Forenses del Instituto de Medicina Legal Sede Managua**

Dr. Humberto Pulido Castro.	Médico Forense Director de Clínicas
Dr. Alberto González Ortega	Médico Forense.
Dra. Karen Cadenas Montenegro	Coordinadora de Docencia.
Dra. Carolina Vanegas Fajardo	Médica Forense, Psiquiatra.
Msc. María Martha Zúñiga	Psicóloga Forense.
Licda. Cristhian Morales González	Psicóloga Forense
Licda. Damaris Dávila Navarrete	Psicóloga Forense
Licda. María Alejandra Amador Castillo	Psicóloga Forense.
Licda. María Elena Espinoza Gaitán	Psicóloga Forense
Licda. María Raquel Arauz Salgado	Psicóloga Forense
Licda. Melba Moraga Pavón	Psicóloga Forense
Dra. Marjorie Rafaela Barrera Echegoyen	Médica Forense Psiquiatra

#### **Diseño, Edición y Revisión Técnica**

Dra. Verónica Acevedo Pastora.

## CONTENIDO

	<b>Página</b>
TITULO .....	5
ASPECTOS GENERALES .....	5
OBJETIVOS .....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos .....	5
ALCANCE .....	6
FUNDAMENTO LEGAL .....	7
A Nivel Internacional.....	7
A Nivel Nacional .....	8
CONCEPTUALIZACIÓN .....	10
ACTIVIDAD No. 1. RECEPCION DEL CASO.....	29
ACTIVIDAD. No. 2. VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL.....	30
2.1. OBJETIVO .....	30
2.2. RESPONSABLES .....	30
2.3. RECOMENDACIONES .....	30
2.4. DESCRIPCIÓN .....	32
ACTIVIDAD No. 3. ANALISIS, INTERPRETACION Y CONCLUSIONES DEL DICTAMEN MEDICO LEGAL SOBRE ESTADO DE SALUD MENTAL. ....	39
3.1. OBJETIVOS .....	39
3.2. RESPONSABLE .....	39
3.3. RECOMENDACIONES .....	39
3.4. DESCRIPCIÓN .....	40
3.5. INTERPRETACIÓN .....	41
3.6. CONCLUSIÓN .....	41
ACTIVIDAD. No. 4 CIERRE DE LA ATENCIÓN MÉDICO LEGAL, RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO SOBRE ESTADO DE SALUD MENTAL. ....	43
4.1. OBJETIVOS .....	43
4.2. RESPONSABLES .....	43
4.3. RECOMENDACIONES .....	43
4.4. DESCRIPCIÓN .....	43

ACTIVIDAD. No. 5. REMISIÓN Y ARCHIVO DEL DICTAMEN MÉDICO LEGAL O INFORME PERICIAL Y SUS ANEXOS. ....	44
ANEXOS .....	45
Anexo. 1.    FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA FORENSE Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS.....	46
Anexo. 2.    FORMATO DE TRANSFERENCIA A INSTITUCIONES DE SALUD .....	47
Anexo. 3.    GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DICTAMEN MÉDICO LEGAL SOBRE ESTADO DE SALUD MENTAL. ....	48
Anexo. 4.    ESCALA DE VALORACIÓN PARA DEPRESIÓN SEGÚN MONTGOMERY Y ASBERG .....	53
Anexo. 5.    ESCALA DE VALORACIÓN PARA DEPRESIÓN SEGÚN HAMILTON. ....	56
Anexo. 6.    ESCALA SAD PERSONS .....	60
Anexo. 7.    MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSEIN PARA VALORAR DETERIORO COGNITIVO .....	62
Anexo. 8.    TEST PERCEPTIVO VISO-MOTRIZ DE BENDER .....	64
BIBLIOGRAFIA .....	66

## **TITULO**

### **NORMA TÉCNICA PARA VALORACION MEDICO LEGAL DEL ESTADO DE SALUD MENTAL.**

#### **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**

IML/NT 016/01/18

Primera versión: Febrero 2018

## **ASPECTOS GENERALES**

La presente Norma Técnica está dirigida al equipo de profesionales interdisciplinarios del Instituto de Medicina Legal y del Sistema Nacional Forense, que aplican los procedimientos técnicos y científicos en el desarrollo y obtención de la prueba pericial forense, para determinar el estado de salud mental de las personas usuarias del servicio.

Dicha Norma técnica establece los procedimientos, métodos y técnicas para valorar el estado de salud mental, su estudio específico, la consolidación e interpretación de los resultados y la articulación efectiva con otros sectores como: salud, protección y justicia.

Incluye la evaluación del estado mental de personas involucradas en hechos ilícitos en materia penal, civil, familiar y de otra índole.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Auxiliar a la administración de justicia, mediante el aporte de una pericia médico legal de estado de salud mental, aplicando los procedimientos médico legales integrales armonizados.

### **Objetivos Específicos**

Armonizar y establecer los procesos, criterios científicos y estándares técnicos del peritaje la realización de la valoración psiquiátrica y psicológica para determinar el estado de Salud Mental.

Determinar las actividades, procedimientos, guías y formatos que se deben utilizar para realizar el peritaje psiquiátrico y psicológico del estado de Salud Mental.

Establecer conceptos y criterios con base científica que permitan el diagnóstico de cualquier perjuicio a la salud mental.

Constituirse en un documento guía y regulador del abordaje psiquiátrico y psicológico forense integral.

Esta Norma Técnica es de obligatorio cumplimiento por todos los profesionales (Psicólogos y Psiquiatras) funcionarios y funcionarias de las instituciones facultadas por la ley a realizar peritajes forenses en la evaluación del estado de Salud Mental en Nicaragua.

## ALCANCE

Esta norma técnica es aplicable por todas las instituciones y demás facultadas por la ley a realizar peritajes médico legales en la determinación de estado de salud mental en una persona imputada, detenida, acusada, procesada, condenada e interna en Nicaragua; así mismo esta norma aplicará para otras personas que ameriten valoración del estado de salud mental por orden de la autoridad competente.

Dentro de las valoraciones están las siguientes:

- Evaluación de menores en riesgo social (víctimas y victimarios)
- Determinación de si un niño, niña o adolescente puede participar en diligencias judiciales sin que le cause afectación psico emocional.
- Aplicación de pruebas psicológicas cuando sea necesario para establecer el diagnóstico.
- Evaluación de la capacidad intelectual para actuar en los procesos legales
- Capacidad mental o condición psíquica para ejercer rol materno o paterno.
- Capacidad de comprensión de un hecho delictivo, perturbación mental transitoria o permanente en su mayoría privados de libertad.
- Evaluación de víctimas referidas por psicología forense, cuando estas presenten alguna patología mental tanto funcional como orgánica.
- Evaluación de riesgo de violencia del imputado (aplicación de instrumentos) específicos para el caso con la finalidad de determinar el riesgo de que un individuo vuelva a incurrir en un acto de violencia contra terceras personas.
- Capacidad para declarar en adultos con patología mental (Demencias, Psicosis, patologías orgánicas en general)
- Estado mental para determinar administración de bienes
- Evaluar cuando existen patologías duales. (Ej. Trastorno de personalidad +Afectivo orgánico +Estrés Postraumático)
- Capacidad mental para hacer frente al proceso legal

- Grado de incapacidad (discapacidad mental (Autismos, Trastorno por déficit de Atención+ Hiperactividad, Enfermedad de Alzheimer entre otros)
- Determinación de dependencia y Trastornos Mentales asociados a las drogas lícitas e ilícitas.

## **FUNDAMENTO LEGAL**

La determinación médico legal de estado de salud, regulado por esta norma técnica, está enmarcada en las leyes que se mencionan a continuación:

### **A Nivel Internacional**

Declaración Universal de Derechos Humanos.

Convención Americana sobre Derechos Humanos.

La Convención Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW).

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes. (1984).

La Convención Sobre los Derechos del Niño (1990).

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación hacia las Personas con Discapacidad (Agosto, 1999).

Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Transnacional (noviembre, 2002).

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra la Mujer (Convención Belem do Pará).

Principios básicos y Reglas Mínimas de las Naciones Unidas de para el tratamiento de los reclusos.

Declaración y Programa de Acción de la Segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, junio 1993).

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo – CIPD (El Cairo, septiembre 1994) y las otras conferencias de seguimiento a la misma Conferencia.

Declaración y Programa de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social, Copenhague (Marzo, 1995).

Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, septiembre de 1995).

Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores (Marzo 1994, adhesión de Nicaragua: septiembre de 2004).

Convención Internacional de equiparación a las personas con discapacidad (2009).

Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países independientes (2010).

## **A Nivel Nacional**

### **Constitución Política de Nicaragua:**

Artículos 4, 5, 23, 25, 27, 33 inciso 2 (2.1), 36. 39, 46

### **Reglamento de la Ley Orgánica del Poder Judicial (Ley 260):**

Artículo 88, La misión del Instituto de Medicina Legal, inciso 1,3.

### **Código Penal de la Republica de Nicaragua (Ley 641 2008):**

Título preliminar sobre las garantías penales y de la aplicación de la ley penal,

Artículo 4. Principio de la dignidad humana.

Título I infracción penal.

Capítulo II causas que eximan de la responsabilidad penal

Artículo 34. Eximentes de responsabilidad penal, inciso 2, 3.



Capítulo III formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad.

Artículo 87, inciso D Suspensión de la pena de prisión.

Artículo 88. Condiciones para la suspensión de la ejecución de las penas, inciso d.

Artículo 97. Libertad condicional extraordinaria.

### **Ley del Régimen Penitenciario y Ejecución de la Pena (ley 473):**

Capítulo XII de la salud e higiene.

Artículo 93

Capítulo XIII de los derechos y obligaciones de los privados de libertad

Artículo 95, inciso 18

Artículo 97, inciso 5

### **Reglamento de la Ley del Régimen Penitenciario y Ejecución de la Pena (Ley 473):**

Capítulo III De la Autoridad de Aplicación de la Ley, Organización y Funcionamiento.

Artículo 25.

Artículo 26.

Artículo 28.

### **Código de Procedimiento Penal de la Republica de Nicaragua (Ley 406):**

Título Preliminar “Principios y garantías procesales”,

Artículo 3. Respeto a la dignidad humana.

Libro I. Disposiciones generales. Título III, De las partes y sus auxiliares.

Capítulo III Del imputado y del acusado;

Artículo 95. Derechos, incisos 5, 6 y 8.

Capítulo VII Del Instituto de Medicina Legal y los médicos forenses;

Artículo 114 y 115, incisos 1, 3 y 8.

Artículo 116.

Título V, De las medidas cautelares.

Capítulo II De la prisión preventiva;

Artículo 176. Sustitución de prisión preventiva por domiciliar.

Libro II. De los procedimientos. Título I, de los actos iniciales comunes.

Capítulo II De la actuación de la Policía Nacional;  
Artículo 232. Deberes de la Policía Nacional, inciso 6.  
Libro IV. Título I, De la ejecución de la sentencia.

Capítulo II De las penas y medidas de seguridad  
Artículo 411. Enfermedad del condenado;  
Artículo 412. Ejecución diferida.

### **Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 287):**

Título preliminar, Fundamentos y principios del código,  
Artículo 4,  
Artículo 5.

Libro III. Título IV De las Medidas,  
Capítulo III Ejecución y control de las medidas;  
Artículo 213, incisos a, b y d.

## **CONCEPTUALIZACIÓN**

### **Salud Mental:**

Es un estado de bienestar físico, mental y social, es la armonía consigo mismo y su entorno; que se manifiesta en el establecimiento de las relaciones humanas equitativas e inclusivas, en el desarrollo de destrezas, en la optimización de habilidades, en la adaptación construcción y transformación del medio individual y colectivo que le rodea, no solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades.

### **Trastorno Mental:**

Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional del comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

### **Emergencia en Salud Mental:**

Situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos, con manifestaciones de una alteración mental aguda, que implica riesgo de daño personal o interpersonal y evidencia un comportamiento profundamente desorganizado que requiere atención inmediata.

Pueden presentarse en condiciones que:

- Son manifestaciones de una alteración mental aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación).

- Implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión suicidio, homicidio).
- Evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio).

### **Enfermedad Mental:**

Alteración estructural o funcional que afecta negativamente el bienestar mental. Pueden ser agudas o crónicas.

#### Enfermedad Aguda:

Inicio súbito, con un tiempo determinado y una remisión total

#### Enfermedad Crónica:

Es de inicio insidioso, de temporalidad permanente no tiene cura, suele controlarse, puede ser provocada o producto de una alteración patológica no reversible generándose un deterioro gradual y progresivo, requiere atención médica constante y tratamiento farmacológico permanente. La ausencia de tratamiento médico puede generar un estado de enfermedad crónica grave la cual requerirá de tratamiento médico intrahospitalario.

### **Estado de Salud Gravemente enfermo:**

El estado de salud mental gravemente enfermo es análogo a los términos de “*enfermedad mental muy grave*” o “*que pone en riesgo la vida*”. Condición psíquica aguda o crónica agudizada que amerita tratamiento médico urgente en una unidad de salud mental.

El estado de salud mental gravemente enfermo, pone en peligro la integridad anatómica o funcional de un órgano o sistema en este caso el cerebro, si no se recibe el tratamiento oportuno, este tratamiento debe ser efectuado en una unidad de salud.

### **Enfermedades que involucran el estado de salud “gravemente enfermo”:**

- Trastornos mentales descompensados
- Suicidio Frustrado o alto riesgo suicida (SAD PERSONS de 5 puntos o más)
- Agitación Psicomotriz (psicótica, orgánica)
- Síndrome Neuroléptico Maligno
- Intoxicación aguda complicada
- Abstinencias complicadas
- Alucinosis alcohólica
- Trastorno Depresivo mayor con síntomas psicóticos
- Que la persona sea un peligro o riesgo para sí misma y para los demás (ideas suicidas, agresividad)
- Delirium
- Furor epiléptico
- Estados psicóticos activos (con alucinaciones auditivas de comando).

## Evaluación de Trastornos Mentales Transitorios y Permanentes:

De acuerdo al Arto. 205 del Código Procesal Penal el acusado o su defensor pueden alegar que en el momento de cometer el delito el agresor se hallaba en un estado de alteración psíquica permanente, de perturbación o de alteración de la percepción, por lo cual el Juez solicitará la evaluación psiquiátrica del acusado.

### I. TRASTORNOS MENTALES PERMANENTES:

- **Trastornos Mentales Orgánicos:** conjunto de desórdenes conductuales, variados y complejos, que se originan en una pérdida o anomalía de la estructura y/o función del tejido cerebral. Fueron llamados anteriormente síndromes orgánicos cerebrales.

Esta disfunción puede ser calificada como primaria, en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan el cerebro de un modo directo y selectivo, o secundaria, cuando otras enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas determinan el mal funcionamiento cerebral. Los trastornos cerebrales secundarios al consumo de sustancias (incluyendo alcohol), lógicamente, pertenecen a este grupo, pero por conveniencia taxonómica se les considera en una sección aparte.

- **Demencias:** Síndromes adquiridos debido a una del enfermedad del cerebro; usualmente de naturaleza crónica o progresiva, aunque a veces, reversible. Sin etiología específica ni trastorno obligado de conciencia, hay un déficit más o menos global y de diversos grados de las funciones cognitivas, que son las que permiten el procesamiento de la información mental mediante la obtención, almacenamiento, organización y utilización del conocimiento intelectual. Este déficit es, a veces, precedido o acompañado por un deterioro del control emocional y alteraciones en la personalidad. Puede darse junto a un estado de delirium, aunque en otros casos, mientras aquel no desaparezca, no debe hacerse diagnóstico de demencia.

#### Los síntomas fundamentales son:

- Pérdida global de la capacidad intelectual premórbida, en grado tal que causan una mengua en el adecuado funcionamiento social y laboral; hay pérdida del pensamiento abstracto (interpretación concreta de refranes, incapacidad de establecer similitudes y diferencias), dificultades en la comprensión de palabras y razonamiento y, además, reducción en el flujo de ideas.

- Deterioro de la memoria reciente (incapacidad de registro, almacenamiento y recuperación de nueva información, por ejemplo, incapacidad de recordar 3 objetos después de 5 minutos), el cual tiene gran importancia clínica por ser uno de los primeros síntomas en aparecer y se manifiesta, usualmente, en olvidos de números, de direcciones, conversaciones, citas, etc.; posteriormente, en casos severos, se pierde también información vinculada al

pasado del paciente (ocupación, aniversarios familiares, etc.) Estos trastornos llevan a **desorientación**, primero en el tiempo, y posteriormente en el espacio y persona.

- Mengua del juicio y pérdida del control de impulsos y emociones, especialmente cuando hay compromiso de los lóbulos frontales, que se expresa en incapacidad para hacer planes razonables frente a problemas diversos, lenguaje grosero, bromas y conducta inadecuados; descuido del aspecto personal y del cumplimiento de normas sociales.

- Cambios en la personalidad, sea con acentuación de sus rasgos (irritable, histriónico, compulsivo, etc.) o alteración de los mismos (de activo y sociable a retraído y aislado; de meticuloso y ordenado a descuidado, etc.).

- Aunque no hay alteración de conciencia, existe dificultad en variar el foco de atención de un tópico a otro, siendo por tanto difícil atender más de un estímulo a la vez, fracasando en la conversación con varias personas.

- Puede acompañarse de alteraciones de las funciones corticales superiores tales como afasia, apraxia, agnosia y dificultad constructiva, las que tienen cierto valor para localizar la disfunción cerebral.

- **-Trastornos generalizados del desarrollo:** Ejemplo espectro autista

- **-Trastornos esquizofrénicos:**

La Esquizofrenia es una enfermedad crónica donde se altera la sensorpercepción caracterizada por:

Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (Ej. disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

- **-Trastornos delirantes:** Es una alteración del pensamiento caracterizada por

Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.

Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (Ej. la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación).

Aparte del impacto de los delirios o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.

Especificar

- Tipo erotomaniaco
- Tipo de grandeza
- Tipo celotípico
- Tipo persecutorio
- Tipo somático
- Tipo mixto

- **-Trastornos del estado de ánimo (bipolar):**

#### Trastorno bipolar I

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

#### *Episodio maníaco:*

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (Ej. se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (Ej. dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (Ej. una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (Ej. medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

#### *Episodio hipomaníaco.*

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (Ej. se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (Ej. dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (Ej. una droga, un medicamento, otro tratamiento).

#### *Episodio de depresión mayor.*

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (Ej. se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (Ej. se le ve lloroso).

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (Ej. modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).



8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

### Trastorno bipolar II

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaniaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

#### *Episodio hipomaniaco.*

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.

2. Disminución de la necesidad de dormir (Ej.se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).

3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (Ej. dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (Ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento).

#### Episodio de depresión mayor.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (Ej. modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno crónico común caracterizado por ansiedad de larga duración y que no se centra en algún objeto o situación particular, al contrario que en las fobias. Las personas que padecen de ansiedad generalizada experimentan miedos y preocupaciones persistentes no específicos, muy focalizados en asuntos cotidianos. El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se produce cuando una persona ha estado excesivamente preocupada por uno o más problemas todos los días durante seis meses o más. La persona puede tener problemas para tomar decisiones diarias y recordar compromisos como consecuencia de la falta de concentración que le supone la "preocupación por la preocupación". Antes de diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada se debe descartar causas de ansiedad inducido por fármacos.
- **Trastorno del control de impulsos:** Incluye ciertos trastornos de comportamiento que no son clasificables en otros apartados. Están caracterizados por actos repetidos que no tienen una motivación racional clara y que generalmente dañan los intereses del propio enfermo y de los demás. El enfermo suele decir que el comportamiento se acompaña de impulsos a la acción que no pueden ser controlados. La etiología de estos trastornos no está clara y se agrupan juntos debido a las grandes semejanzas descriptivas, pero no porque se sepa que comparten cualquier otro rasgo importante.

### F63.0 Ludopatía.

Este trastorno consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo.

Los afectados por este trastorno pueden arriesgar su empleo, acumular grandes deudas, mentir o violar la ley para obtener dinero o evadir el pago de sus deudas. Los enfermos describen la presencia de un deseo imperioso e intenso a jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que lo rodean. Estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante.

Este trastorno es también llamado juego compulsivo, pero este término es menos adecuado debido a que el comportamiento no es compulsivo en el sentido técnico ni el trastorno está relacionado con los trastornos obsesivo-compulsivos.

Pautas para el diagnóstico:

El rasgo esencial es la presencia de: Un jugar apostando de un modo constante y reiterado que persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas, tales como pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

Incluye: Juego compulsivo. Juego patológico. Ludomanía.

### F63.1 Piromanía

Comportamiento caracterizado por la reiteración de actos o intentos de prender fuego a las propiedades u otros objetos, sin motivo aparente junto con una insistencia constante sobre temas relacionados con el fuego y la combustión. Estas personas pueden estar también interesadas de un modo anormal por coches de bomberos u otros equipos de lucha contra el fuego, con otros temas relacionados con los incendios y en hacer llamadas a los bomberos.

Pautas para el diagnóstico:

- a) Prender fuego repetidamente sin motivo aparente, tal como sería obtener una ganancia monetaria, venganza o extremismo político.
- b) Intenso interés en observar la combustión del fuego.
- c) La referencia a sentimientos de aumento de tensión antes del acto y de una excitación emocional intensa inmediatamente después de que se ha llevado a cabo.

### F63.2 Cleptomanía

Trastorno que se caracteriza porque el individuo reiteradamente fracasa en el intento de resistir los impulsos de robar objetos que no se utilizan para un uso personal o por fines lucrativos. Por el contrario los objetos pueden desecharse, regalarse o esconderse.

- **Trastornos Mentales debido a enfermedad médica:** Son aquellos trastornos mentales cuya etiología se deriva de causas médicas específicamente, descompensaciones metabólicas o sistémicas que alteren la homeostasis cerebral.

El tipo de síndrome orienta a grandes rasgos sobre el factor causal; así, por ejemplo, en el delirium se pensará en una alteración generalizada, bioquímica o metabólica; en la demencia, alteraciones en la estructura cerebral; y, en los síndromes amnésicos, de alucinosis o de alteración de la personalidad, en una patología más o menos localizada. No hay una relación específica entre un determinado factor etiológico y el tipo de síndrome resultante. Este puede ser la vía final común de diversas etiologías, por ejemplo, un delirium puede ser causado por una infección, intoxicación, alteración metabólica, TEC, tumoración cerebral, etc.; y a la vez, un mismo factor etiológico (por ejemplo un tumor) puede causar diversos síndromes, como delirium, demencia, síndrome amnésico, alucinosis, trastornos de personalidad, etc.

- **Trastorno mental asociado a trauma craneoencefálico:** El la alteración mental adquirida posterior a un trauma craneal que altere de forma permanente las estructuras cerebrales.
- **Trastornos de estrés postraumático:** El trastorno de estrés post-traumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que se produce a partir de una experiencia traumática. El estrés post-traumático puede ser el resultado de experimentar situaciones extremas, como una guerra, desastres naturales, violaciones, secuestros, abuso infantil, acoso o incluso un accidente grave. También puede resultar por una exposición prolongada en el tiempo a un estrés crónico, como por ejemplo los soldados que soportan batallas individuales, pero no pueden hacer frente al combate continuo. Los síntomas comunes incluyen hipervigilancia, escenas retrospectivas rememorando el acontecimiento traumático (flashbacks), conductas de evitación, ansiedad, ira y depresión. Hay una serie de tratamientos que constituyen la base del plan de atención para las personas que sufren trastorno de estrés postraumático.
- **Trastorno obsesivo compulsivo:** Es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado sobre todo por la presencia de obsesiones (imágenes o pensamientos angustiosos, persistentes e intrusivos) y compulsiones (insta a realizar determinados actos o rituales). Afecta a aproximadamente el 3% de la población mundial. A menudo el proceso es totalmente ilógico e irracional, al igual que las compulsiones, donde simplemente se tiene la necesidad de completar un ritual con el fin de acabar con la ansiedad provocada por la obsesión.

- **Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias:** Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial, hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

## II. TRASTORNOS MENTALES TRANSITORIOS

- **Estado Mental Transitorio:** Es sinónimo de la llamada perturbación mental transitoria que es un término jurídico. Constituye una reacción vivencial anormal que perturba totalmente las facultades psíquicas sumiendo al sujeto en total inconsciencia, aunque por escaso tiempo en el momento de cometer el delito, en contraposición con el propio de la enajenación, como enfermedad duradera y permanente.

Características:

- Que el cuadro clínico tenga un comienzo brusco, agudo y que previamente el sujeto se encontrase sano,
- Que incida sobre el psiquismo de tal manera que anule o disminuya muy intensamente las facultades básicas del obrar en libertad y que sustentan la imputabilidad.
- Que sea de breve duración, desde minutos hasta días (3 a 7).
- Que cure sin secuelas.
- Que no sea autoprovocado, es decir que no haya sido provocado por el que lo padece con el propósito de sus actos delictivos.
- Que no es necesaria una existencia de una base patológica.

Ejemplos

### Intoxicación plena:

Estado de una profunda alteración de la conciencia, con alteración temporoespacial grave de la percepción y amnesia posterior.

- Intoxicaciones agudas, estados crepusculares,
- Síndrome de abstinencia complicada / alucinosis alcohólica / delirium
- Agitación psicomotriz.

### Trastorno psicótico agudo y transitorio:

- Polimorfo con síntomas esquizofrénicos
- Polimorfo sin síntomas esquizofrénicos (de causas medicas ej: VIH, Uremia, cetoacidosis diabéticas, encefalopatías, sífilis).

### **Episodio depresivo con síntomas psicóticos:**

- Psicosis Postparto
- Episodio maniaco (síndrome maniforme)
- Crisis convulsivas / furor epiléptico
- Reacción a estrés agudo grave (manifestaciones disociativas)
- Reacciones adaptativas
- Reacciones disociativas

**Para la consideración y pronunciamiento sobre el estado de salud mental de perturbación al momento de los hechos, deben tomarse en cuenta los siguientes documentos:**

- Expediente Judicial
  - Exámenes Toxicológicos
  - Información complementaria con familiares
  - Estudio psicosocial
  - Epicrisis medica
  - Relato de los hechos
- **Enajenación mental:** Anomalías o alteraciones psíquicas. Que como consecuencia de esta base patológica se produzca la imposibilidad de comprender la ilicitud del hecho o de obrar conforme a esa comprensión.
  - **Estado de perturbación:** Esto es, que se encuentre en un estado de intoxicación plena por consumo de drogas o alcohol.

“El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de perturbación que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, siempre que el estado de perturbación no haya sido buscado con el propósito de cometer un delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.” del Código Procesal Penal, Título de la prueba capítulo III de los peritos, **Artículo 205.- Peritación psiquiátrica del acusado.**

Como se puede observar, la estructura es exactamente igual a la anterior, pues se requiere primero un estado de toxicomanía o alcoholismo y como consecuencia del mismo quede anulada (eximente completo) o afectada gravemente (eximente incompleta) la capacidad de comprensión y motivación del autor.

### III. ESTADOS EMOCIONALES

Cualquier alteración de las facultades mentales, que impida el normal funcionamiento del psiquismo de un individuo. La Perturbación Psíquica es una pérdida del equilibrio psicológico de una persona, a causa del compromiso en el área cognoscitiva-intelectiva, afectivoemocional y/o volitivo-conativa de su personalidad.

- **Miedo insuperable:** Requiere de un terror, pavor, pánico que implique una grave perturbación de las facultades psíquicas que da lugar a la anulación de la voluntad.

La jurisprudencia ha interpretado esta eximente como un estado de intensísima emoción que anula las facultades psíquicas. Dicha emoción es consecutiva a una violencia moral que nubla por completo la inteligencia o anula su voluntad y encuentra su origen en la existencia de un peligro inminente que en la conciencia del agente aparece como más grave que el que comete para evitarlo, sin que pueda ocurrir a otro procedimiento para ello que la comisión del hecho delictivo.

Para que este eximente exista se debe cumplir:

- Que el miedo este inspirado en un hecho real y objetivo
  - Que el miedo que se origine en el factor sea insuperable
  - Que el mal que lo amenaza sea mayor, o al menos que el causado para evitarlo
  - Que la voluntariedad libre del agente haya quedado menoscabada o afectada por el miedo.
- **Arrebato y obcecación:** Emociones y pasiones fugaces duraderas, siempre que sean próximas a la causa productora y presenten una intensidad para producir una imputabilidad disminuida.

Se nubla la razón y da lugar a actos con una pérdida grande de la crítica y del poder del autodomínio no habiendo existido conciencia clara del hecho ni absoluta voluntariedad libre.

Los estímulos admitidos como desencadenantes son:

- Celos
- Reto
- Injurias

No lo son: la enemistad, rencor, acaloramiento de riñas entre otras razones por ser estímulos que actúan de modo persistente y por consiguiente no pueden despertar estados pasionales que son los que tienen carácter de arrebatos.



#### IV. DISCAPACIDADES MENTALES-INTELECTUALES

La deficiencia mental es un trastorno definido por el desarrollo mental incompleto o detenido, se caracteriza principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo, una deficiencia mental afecta al desarrollo global de la inteligencia, las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización. Las Causas pueden ser genéticas, congénitas y adquiridas.

No es suficiente centrarse en un solo aspecto de la persona, por ejemplo, su coeficiente intelectual (c.i), sino que es fundamental hacer una descripción de sus habilidades y limitaciones a nivel de conductas adaptativas que son básicas en su funcionamiento cotidiano tales como las discapacidades mentales que presentan trastorno del comportamiento adaptativo permanente.

A nivel cerebral encontrados dos tipos de discapacidades: la intelectual y la mental.

##### **Clasificación de la Discapacidad Intelectual o Trastornos del Desarrollo Intelectual.**

<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>	<b>Profundo</b>
Son capaces de mantener una conversación sencilla, se alcanza independencia para el cuidado personal, desarrolla habilidades sociales, suele presentar déficit de aprendizaje generalizado.	Hay lentitud en el desarrollo de la comprensión y del lenguaje, la capacidad de cuidado personal y actividad motriz está en desventaja, participa en actividad social simple.	Desarrollo psicomotor muy limitado, articulación defectuosa, la persona suele reconocer algunos símbolos y signos, suele tener una patología asociada que implique tener una atención especializada.	Movilidad restringida e inexistente , requiere de supervisión y ayuda constante

Ejemplos:

##### **Discapacidades Intelectuales:**

Anteriormente llamadas retraso mental, Síndrome De Down, Trisomía 21.

##### **Discapacidades Mentales:**

- Autismo Infantil
- Delirium Tremens
- Trastorno Autista
- Depresión Psicótica
- Epilepsia con déficit intelectual

- Esquizofrenia Infantil
- Esquizofrenias Paranoide, Catatónica, hebefrénica, indiferenciada
- Trastornos Mentales Orgánicos en General
- Amnesia (Pérdida De La Memoria)
- Atrofia Cerebral
- Atrofia Cerebral Circunscripta
- Demencia
- Demencia Presenil: Enfermedad De Alzheimer
- Demencia Senil

### **Diagnóstico de Discapacidad Intelectual:**

Determina la elegibilidad. Hay diagnóstico de retraso mental si:

1. Hay limitaciones significativas del funcionamiento intelectual
2. Hay limitaciones significativas de la conducta adaptativa
3. La edad de aparición es antes de los 18 años.

### **Conceptual:**

- Lenguaje (receptivo y expresivo)
- Lectura y escritura
- Conceptos de dinero
- Autodirección

### **Social:**

- Interpersonal
- Responsabilidad
- Autoestima
- Credulidad (probabilidad de ser engañado o manipulado)
- Ingenuidad
- Sigue las reglas
- Obedece las leyes
- Evita la victimización

## **Práctica:**

- Actividades de la vida diaria y comida
- Transferencia / movilidad
- Aseo
- Vestido
- Actividades instrumentales de la vida diaria
- Preparación de comidas
- Mantenimiento de la casa
- Transporte
- Toma de medicinas
- Manejo del dinero
- Uso del teléfono
- Habilidades ocupacionales
- Mantiene entornos seguros

## **V. EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA**

La evaluación del riesgo suicida debe estar incorporada en la práctica rutinaria forense, sobre todo si hay signos de alarma y debe considerarse una urgencia médico legal. La evaluación debe considerar otras fuentes además del usuario, Ej. Relato de familiares, epicrisis anteriores, datos de la denuncia etc.

La primera prioridad es proteger al usuario y resolver la crisis. La evaluación del riesgo suicida es seriada, recurrente, con una orientación prospectiva: el riesgo puede reaparecer.

Al evaluar los intentos suicidas deben considerarse los criterios de letalidad e intención suicida por separado. (Anexo No. 6).

Perfil de alto riesgo suicida: La evaluación nos permitirá la identificación de un grupo de usuarios considerados de alto riesgo suicida, en el que se da la presencia o combinación de algunas de las siguientes características:

- 
- Depresión clínica o trastorno psiquiátrico mayor
- Trastornos Mentales comórbidos.
- Mayor de 45 años.
- Estado civil de separación, divorcio o viudez.
- Desempleo o jubilación.

- Enfermedad somática crónica.
- Trastornos de la personalidad.
- Antecedentes de tentativas de suicidio, especialmente cuando se han utilizado métodos violentos.
- Verbalización de deseos manifiestos de muerte, ideas o planes de suicidio.
- Intento previo.
- Alcoholismo o abuso de otras sustancias con pérdida significativa reciente y/o
- Depresión.
- Esquizofrenia con depresión.
- Falta de soporte psicosocial y aislamiento interpersonal.
- Existencia de trastornos confusionales tipo delirium.

## **ACTIVIDAD No. 1.**

## **RECEPCION DEL CASO.**

Las Autoridades competentes como Juzgados y Tribunales, Procuraduría General de la República, Policía Nacional, Ministerio Público y la defensa a través del fiscal o del juez, deben ordenar la práctica de la prueba pericial, aportando la respectiva orden de solicitud de valoración médico legal, así como la información útil a la investigación y la documentación disponible que facilite la actuación contextualizada de los psiquiatras/psicólogas(os) forenses (historias clínicas, dibujos, diagramas, fotografías, entre otros).

Todos los procedimientos administrativos en relación a la recepción y admisión de usuarios se deben realizar conforme lo establecido en la normativa IML/NT-013/01/15 **“Procedimientos administrativos para las valoraciones médico legales en la atención de personas sobrevivientes de violencia”**.

## **ACTIVIDAD. No. 2. VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL.**

### **2.1. OBJETIVO**

Determinar si la persona examinada sufre o no alguna enfermedad a través de la historia actual de la enfermedad, los antecedentes personales, el examen mental propiamente dicho y la documentación médica suministrada; con el fin de establecer el estado de salud mental y las necesidades de atención en salud.

Sustentar el o los diagnósticos médicos sobre el estado de salud mental, estableciéndose la presencia o no de enfermedad y clasificando si ésta es aguda o crónica.

Determinar si existe un estado de alteración psíquica permanente, de perturbación o de alteración de la percepción. Si existe enfermedad mental, establecer si la misma pone en grave riesgo la salud y si se encuentra en un estado de salud gravemente enfermo.

### **2.2. RESPONSABLES**

Son responsables de la valoración del estado de salud mental las y los psicólogos(as) y psiquiatras forenses del Instituto de Medicina Legal, y/o psicólogos y psiquiatras del Ministerio de Salud debidamente capacitados y entrenados, que deban realizar una valoración médico legal para determinar el estado de salud y rendir el respectivo dictamen.

### **2.3. RECOMENDACIONES**

La determinación médico legal del estado de salud mental, procede por solicitud directa de la autoridad competente: Policía Nacional, Ministerio Público, Jueces y Magistrados y de la defensa a través del juez.

La conducta y actitud del perito que realiza el examen en todo momento debe estar sustentada en el respeto a la dignidad de la persona humana y en la consideración del derecho a la salud y a la vida que le asiste a toda persona, y en especial, a quien se encuentra en un centro de reclusión.

La firma del consentimiento informado debe preceder la valoración médico legal de estado de salud mental, en éste se deben indicar los procedimientos durante el examen mental, las áreas a examinar, la toma de exámenes de laboratorio, métodos complementarios etc.

El consentimiento informado deberá ser firmado por la persona a evaluar. Si la persona no puede leer o escribir se deberá tomar la huella del primer dedo (pulgar) derecho o de cualquier otro dedo en su defecto, haciéndose constar de cuál de ellos se toma la huella. Si carece de las extremidades superiores se dejará constancia de ello.

Si se dispone de cámara fotográfica, deberá (es recomendable) hacer el registro fotográfico de la persona examinada, dejando la respectiva constancia en el dictamen médico legal. El material fotográfico obtenido, debe archivar con los demás documentos del caso.

La valoración médico legal del estado de salud mental, se realizará en la sede del Instituto de Medicina Legal, sus delegaciones o en un servicio de salud cuando corresponda. Si la persona a valorar está hospitalizada, la o el perito forense se trasladará al centro hospitalario correspondiente para realizar el examen médico legal de estado de salud mental.

Solamente de manera excepcional (cuando a juicio de la autoridad competente el desplazamiento del interno pone en riesgo la seguridad pública), la o el perito forense se trasladará al centro carcelario para efectuar una valoración médico legal de estado de salud mental, siempre y cuando ahí se disponga de un espacio adecuado para la realización del examen y se garantice la seguridad y el acompañamiento del perito por parte del personal de custodia y vigilancia carcelaria. En estos casos, el traslado del perito forense debe ser coordinado y dispuesto por el Director del Instituto de Medicina Legal y/o coordinador respectivo de la delegación médico legal con la autoridad correspondiente.

Si las condiciones de salud del o la examinada requieren un manejo de urgencias, se debe dar prioridad a esta valoración garantizando la remisión correspondiente del dictamen de salud a la autoridad correspondiente y el llenado de la hoja de transferencia a instituciones de salud Mental. (Anexo No. 2).

La valoración médico legal se debe realizar en un consultorio que garantice seguridad, provisto de buena iluminación y ventilación. Idealmente debe estar dotado de los elementos básicos para la realización.

La privacidad durante el examen es importante. Sin embargo, en la práctica médico legal la seguridad del personal examinador exige la presencia del guarda custodia, ya sea de la Policía Nacional o del Sistema Penitenciario, durante la realización del mismo. Se debe dejar constancia, en el respectivo dictamen, de la persona que acompaña durante el examen.

## **2.4. DESCRIPCIÓN**

El inicio de la valoración se realiza a través de la historia de la enfermedad actual. La historia clínica no es solamente el contacto inicial sino el recuento de la relación existente entre la persona evaluada y su enfermedad. Comprende: Anamnesis y Exploración

### **2.4.1. ANAMNESIS**

La obtención de la información no debe hacerse bajo un esquema rígido, sino dando la oportunidad a la persona evaluada para que exprese sus dificultades.

La información recabada comprende los datos de identificación y el motivo del peritaje, si la persona está siendo acusada determinar el tipo de delito, investigar la historia de la enfermedad actual incluyendo el relato de los hechos, indagar sobre los antecedentes personales patológicos y no patológicos (desde nacimiento a la actualidad), los antecedentes familiares patológicos y la dinámica familiar.

#### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- Nombres y apellidos
- Género
- Documento de identidad
- Procedencia
- Fecha de nacimiento y edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Profesión
- Ocupación
- Grupo étnico
- Religión
- Fuente de información
- Entrevista complementaria
- Fechas de entrevistas

#### **MOTIVO DE PERITAJE - TIPO DE DELITO**

**Los diferentes motivos de solicitud de la autoridad son:**

- Valoración del estado de salud mental, valoración psiquiátrica, valoración psicológica, si presenta incapacidad de que tipo, si al momento de los hechos presentaba una enfermedad mental y de qué tipo.



## **HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL INCLUYENDO EL RELATO DE LOS HECHOS**

Se debe indagar sobre la patología existente (si la hubiere) y los hechos vividos.

Si existe una patología mental se inicia con la descripción del episodio actual y luego se hace un recuento cronológico de la enfermedad, desde sus primeros síntomas hasta la actualidad, remisiones y exacerbaciones. En algunas ocasiones puede iniciarse desde el origen de la enfermedad, hasta el episodio actual. Para decidir en qué orden haremos la historia debemos considerar las particularidades de cada caso y valorar cuál de las dos alternativas nos facilitará la comprensión global de la enfermedad.

En relación con el tiempo de evolución de los síntomas debemos investigar:

- Carácter agudo o crónico.
- Qué áreas del funcionamiento social, ocupacional, psicológico o familiar han sido comprometidos por la enfermedad.
- En qué situaciones y en qué momento han aparecido los síntomas, cómo han evolucionado.
- Si la persona evaluada ha continuado laborando (para ver el impacto en su funcionamiento general).
- Si se le alteró el apetito y el sueño.
- Si presentó cambios en el comportamiento y el pensamiento.
- Si ha tenido inconsciencias, convulsiones, alteraciones preceptuales o cambios en su forma de ser.

Se debe valorar si es necesario entrevistar a otras personas con el fin de ampliar la información.

Para cada síntoma es importante investigar y describir sus características:

- Tipo de síntoma que refiere.
- Tiempo de evolución.
- Si le desencadena otros síntomas Ej. le genera angustia.
- Se asocia con otros síntomas
- Con qué factores se agrava.
- Con qué factores mejora.

## **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS**

Es un informe sobre el desarrollo y la vida de la persona evaluada que incluye aspectos normales y patológicos. Se debe seguir el siguiente orden para describirlo:

### **a. Antecedentes Perinatales de la persona evaluada:**

Se debe realizar una entrevista sobre gestación materna, parto, periodo neonatal.

### **b. Lactancia y Desarrollo Psicomotor:**

Control de esfínteres y desarrollo psicomotor. Edad en que gateó, sostuvo la cabeza, dio primeros pasos, caminó, primeras palabras que habló, etc. Se investiga hábitos del sueño, comida, juegos.

### **c. Niñez:**

Indagar donde y con quien vivía, de quien dependía para su sustento y cuidados. Se investiga el inicio escolar (la separación de los padres), el rendimiento, la capacidad de compartir con otros.

Se exploran también síntomas especiales de la infancia: timidez, aislamiento, enuresis, fobias, mentiras, robos, sonambulismo, pesadillas, tartamudeo, entre otros. Cuáles fueron de importancia y cómo influyeron en la persona evaluada. Cómo fueron las relaciones con personas importantes como padres, amigos, profesores, etc. Escolaridad, aprendizaje, limitaciones, adaptación, cambios de colegio y reprobación. Se indaga por eventos traumáticos y su respuesta a estos, maltrato físico, psicológico y/o abuso sexual (pornografía, tocamientos, seducciones, violaciones).

### **d. Adolescencia:**

Describir donde transcurrió y en qué condiciones. Se continúa la revisión de las relaciones importantes. Se explora la capacidad de tolerar estos cambios y la forma: ascetismo, grupos, ideas, deportes, consumo de sustancias psicoactivas. Inicio de la Sexualidad (con quien, en qué condiciones), relación con el sexo opuesto, comportamientos homosexuales.

### **e. Adulthood:**

Noviazgos, matrimonio, relación con los hijos, estabilidad, sexualidad, relaciones sociales, trabajo (estabilidad en ellos, relaciones con los jefes, inversión del dinero), satisfacciones, metas, desencantos, frustraciones, situación económica, adaptación social, formas de entrenamiento, uso de alcohol, café, tabaco.

**f. Senectud:**

Menopausia, actitud frente a la vejez, sexualidad, pasatiempos, relaciones familiares, autonomía, actitud ante la muerte.

**g. Personalidad previa:**

Se trata de describir la forma de ser habitual, sus estados de ánimo y su humor, su forma de relacionarse con las personas y el mundo. La forma de responder ante las situaciones de stress. Si es solitario o sociable, entusiasta o pesimista, tímido o seguro.

**h. Antecedentes Legales:**

Se indaga por problemas con la ley, detenciones, riñas, encarcelamientos, demandas etc.

**i. Antecedentes Médico Legales:**

En caso de existir, se consignan todas las valoraciones médico legales realizadas documentando el número de dictamen y la fecha, considerar anotar las conclusiones o elementos que se consideren relevantes o necesarios.

**j. Antecedentes Personales Patológicos**

Antecedentes médicos, quirúrgicos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, gineco-obstétricos, farmacológicos, así como hospitalizaciones.

Los datos se anotarán en estricta secuencia cronológica, valorando la influencia que las fallas en su salud pudieran tener sobre la conducta del individuo, de cómo lo afectaron emocionalmente y en su manera de relacionarse con los demás, además del impacto físico que causaron.

Antecedentes psiquiátricos, documentar la existencia o no de alteración psíquica y documentar posibles hospitalizaciones que se describen en orden cronológico. Si ha tenido valoraciones previas por psicología, asistencias psicoterapéuticas etc.

Se debe realizar la revisión de sistemas, principalmente cuando hay sospecha de comorbilidad médica o etiología orgánica estos casos evaluados por psiquiatría forense.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES Y DINÁMICA FAMILIAR**

En esta sección se describe el estado cultural, social y económico de la familia, las características de los integrantes de la familia (los padres y hermanos, así como otros miembros de influencia).

Se debe anotar la constitución de la familia en la actualidad; así como los cambios ocurridos en la estructura familiar.

Indagar la presencia o no de patologías con marcado carácter genético (enfermedad afectiva, psicótica); el tipo de trastorno que presenten algunos miembros familiares ayuda a clarificar el diagnóstico.

Se debe documentar todos los datos sobre la historia médica de la familia con especial énfasis en los antecedentes de enfermedades mentales, presencia o ausencia de psicosis o neurosis, deficiencia mental, trastornos cerebrales.

### **2.4.2. EXPLORACION**

#### **EXAMEN FÍSICO**

Es la revisión cuidadosa del estado físico de la persona evaluada, se realiza de acuerdo a las cuatro fases clásicas que son inspección, palpación, auscultación y percusión.

A la información que se logra mediante el examen físico directo, se agregan mediciones como el peso, la talla, la presión arterial y la temperatura.

Es importante realizar un examen físico completo a fin de descartar o confirmar la relación entre el aspecto somático y el aspecto mental del cuadro clínico que presenta la persona evaluada. (En casos que lo ameriten).

Cuando se trate de personas hospitalizadas el perito debe presentarse con el médico o jefe de enfermería del servicio, identificarse y solicitar el expediente médico respectivo. De igual manera, si la persona examinada está bajo custodia debe proceder a presentarse ante la persona responsable.

Si la persona a examinar está consciente, el perito debe realizar los procedimientos establecidos en la presente norma. Si se encuentra en estado de inconsciencia, se registrará de manera expresa la imposibilidad de realizarle en procedimiento del dictamen estado de salud mental.

Consignar en el dictamen, fecha y hora, indicando unidad de salud, sala o pabellón donde se encuentra, así como el número de cama.

## EXAMEN MENTAL COMPLETO

El examen mental es una parte de la historia médica integral que consiste en un registro descriptivo de las funciones mentales del usuario, derivado de la observación y exploración ordenada y sistemática de los signos y síntomas (alteraciones patológicas) presentes en el momento determinado. Se trata de un corte transversal del funcionamiento del psiquismo del usuario, al momento de la entrevista, que es equivalente al examen físico en el área corporal.

El examen mental evalúa cada una de las funciones mentales, si se nota alguna alteración, es conveniente valorar el área alterada mediante preguntas o pruebas específicas. Es importante constatar los signos en los diferentes acápites ordenados del mismo, tanto lo positivo como lo negativo de importancia.

Registrar en el dictamen médico legal todos los hallazgos encontrados, se exploran los siguientes acápites:

**Apariencia general:** Es una descripción exhaustiva del evaluado.

¿Viene solo?, ¿Voluntariamente?, ¿Fue traído engañado, por coacción, contención mecánica, sedación, etc. o se hace acompañar?

**Inspección:** valorar aproximación, lenguaje, actitud, si da la mano, aspecto, biotipo, higiene, vestido, arreglo personal.

**Actitud:** Son algunos ejemplos para valorar: extravagante, sumiso, seductor, bizarro, colaborador suspicaz, hostil, agresivo, Inhibido, opositorista.

**Estado de conciencia, atención y vigilancia:** determinar si está vigil / lúcido, hipervigil, confuso, somnoliento, estuporoso, obnubilado, coma.

Marcha: Deambula por sus medios, por medio de silla de ruedas, muletas, en cama.

**Orientación:** Alopsiquicamente y autopsiquicamente.

**Atención:** Es la capacidad de recoger, fijar, procesar y grabar los estímulos perceptivos, euprosexia, hipoprosexia, hiperprosexia, aprosexia, paraprosexia. La concentración tiene que ver con el tiempo de poder mantener esa atención lábil, Fatigable, tenacidad.

**Lenguaje:** evaluar tono, volumen, ritmo, fluidez, tartamudeo, afasia motora, comprensiva o mixta, agrafia, alexitimia, neologismos.

**Afecto:** es Eutímico, hipertímico, hipotímico, aplanado, incongruente, lábil, ansioso.

**Pensamiento:** Evaluamos el origen, el curso, forma y contenido.

**Origen:** es Real, autista, fantástico.

**Curso:** Taquipsíquico, bradipsíquico, perseverante, bloqueo, laxitud en las asociaciones, incoherente, disgregada o tangencial.

**Contenido:** Normal, ideas sobrevaloradas, fijas, obsesivas; fóbicas, ideas delirantes, ideas suicidas, reviviscencias.

**Sensopercepción:** ilusiones alucinaciones: auditivas, visuales, olfatorias, táctiles.

**Inteligencia:** Se valora si es promedio.

**Memoria:** Valoración a corto, mediano y largo plazo.

Anterógrada o de Fijación (Inmediata)

Retrógrada o de Evocación (Remota)

Amnesias: Totales, Parciales, Paramnesias, Deja-Vu, Jamais-Vu

**Conducta motora:** agitado, enlentecido, acatisia, acinesia, manierismos, estereotipias, distonías, temblores, tics, compulsiones, catatonía (catalepsia, flexibilidad cérea, negativismo).

**Juicio y raciocinio:** El juicio o “sentido común” es la capacidad de valorar las alternativas y actuar. Si la conducta está dentro de lo esperable para su edad y condición social se dice que su juicio es normal, se valoran alteraciones por ejemplo en los trastornos neurocognitivos.

### **Con plena conciencia de su situación actual y de sus actos**

Se utiliza el término auto cognición para señalar si el individuo tiene conciencia de presentar problemas, alteraciones o enfermedades mentales. Si no es capaz de darse cuenta de trastornos que resultan evidentes, se dice que no tiene conciencia de enfermedad mental.

## **DOCUMENTACIÓN MÉDICA**

Revisar la documentación disponible y realizar un resumen de los documentos aportados (expediente médico, resumen clínico, estudios psicosociales, epicrisis, exámenes de laboratorio, constancias médicas etc.)

Si no se recibe documentación anexa se debe consignar en el expediente.

## **ACTIVIDAD No. 3. ANALISIS, INTERPRETACION Y CONCLUSIONES DEL DICTAMEN MEDICO LEGAL SOBRE ESTADO DE SALUD MENTAL.**

### **3.1. OBJETIVOS**

Integrar los hallazgos del interrogatorio, la valoración del estado mental y la totalidad de los exámenes complementarios, para aportar elementos diagnósticos que confirmen el estado de salud mental de la persona examinada.

Analizar y fundamentar el diagnóstico médico legal de estado de salud mental.

Aportar un informe claro y comprensible del estado de salud mental de las personas valoradas que facilite a la autoridad solicitante su comprensión.

### **3.2. RESPONSABLE**

Es responsable del análisis, la interpretación y las conclusiones la o el perito forense del Instituto de Medicina Legal, o profesional del equipo de salud mental del Ministerio de Salud que realizó la valoración de estado de salud mental a solicitud de autoridad competente, siguiendo los lineamientos establecidos en esta norma técnica.

### **3.3. RECOMENDACIONES**

La o el perito forense (psicólogas y psiquiatras), debe realizar un análisis e interpretación del motivo de consulta, de la historia actual de la enfermedad, de los antecedentes y de los hallazgos del examen mental actual encontrados y que le permitan formular conclusiones y recomendaciones sobre el estado de salud mental.

Los médicos psiquiatras ante la necesidad de exámenes complementarios o interconsultas con especialistas para fines diagnósticos, se debe emitir un primer dictamen médico legal e informar a la autoridad competente sobre ese requerimiento. Se debe hacer énfasis sobre la prioridad de la práctica de los exámenes o interconsultas, por la condición de salud actual y la necesidad de emitir un diagnóstico conclusivo de estado de salud.

En el caso de personas detenidas o privadas de libertad la autoridad policial, carcelaria o judicial, son responsables de coordinar lo pertinente para la realización de los exámenes complementarios y/o transferencia solicitadas por la o el perito forense, así como las recomendaciones médico legales en el manejo del estado de salud mental actual a través de los servicios del sector salud.

La integración de los resultados de los exámenes complementarios y/o transferencias con especialistas realizadas, debe ser elaborada por el mismo perito forense que realizó el dictamen médico legal previo.

No es función del perito forense prescribir ningún tratamiento o manejo médico, esto les corresponde a las unidades asistenciales del Ministerio de Salud y/o del Sistema Penitenciario.

En base a la información suministrada por la o el perito forense la autoridad judicial en coordinación con las autoridades de la Policía Nacional y penitenciarias, deben determinar si en el respectivo lugar de reclusión pueden garantizarse las condiciones mencionadas por el perito.

El perito forense no deberá nunca pronunciarse referente a la condición de permanencia o no bajo régimen carcelario de un examinado imputado, acusado, procesado, condenado o interno (a), esta es una decisión de índole jurídica y es competencia exclusiva del juez o autoridad.

### **3.4. DESCRIPCIÓN**

En aquellos casos en los cuales se requiera de exámenes complementarios o interconsultas con especialistas para confirmar un diagnóstico o precisar la condición actual, se emitirá un dictamen médico legal que incluya:

- Información obtenida en la entrevista y examen realizado.
- La pertinencia de realizar exámenes complementarios o interconsultas para determinar su condición médica, estableciendo la prioridad de estos.
- Informar a la autoridad sobre la necesidad de ampliación del dictamen; una vez que se reciban los resultados de los exámenes o interconsultas de los especialistas solicitados, se concluirá el examen médico legal.

#### **Diagnóstico clínico o Impresión diagnóstica**

El criterio del especialista debe privar en el diagnóstico de estado de salud mental, sin menoscabo que la persona examinada porte o no epicrisis médicas, expediente médico del Sistema Penitenciario o del Ministerio de Salud.



Sin embargo, si no se adjuntan epicrisis médicas y/o expediente médico de los sitios de reclusión, la o el perito forense en base a la historia suministrada y al examen mental establecerá una *impresión diagnóstica* debiendo consignarla en la sección respectiva del dictamen, remitiendo cuando fuera necesario, la solicitud de exámenes complementarios de apoyo que se requieran para la conclusión del respectivo dictamen.

Si la persona evaluada *refiere* padecer de una enfermedad y *no porta* epicrisis médica que acrediten la misma, la o el perito forense, debe consignarla como referencia suministrada por la persona examinada.

### 3.5. INTERPRETACIÓN

Hacer un análisis integral sobre los aspectos relevantes, positivos y negativos, de la información obtenida a partir de los documentos recibidos (expediente médico, resultados de exámenes complementarios y/o interconsultas), la entrevista de la historia actual de la enfermedad y el examen mental realizado, que fundamenten el diagnóstico médico legal o la necesidad de solicitar otros exámenes complementarios para establecer un diagnóstico.

Se describirán las particularidades de salud del examinado. Es decir, su situación específica al momento de realizar la evaluación psicológica y psiquiátrica forense.

Si la o el perito forense considera que, para concluir un diagnóstico médico legal, dado la sintomatología y los hallazgos encontrados se deban de conformar una junta médica, la o el perito forense indicara a la autoridad respetiva para que ésta lo resuelva.

### 3.6. CONCLUSIÓN

La conclusión del dictamen médico legal debe concatenar todos los hallazgos consignados en el informe elaborado.

Con todo lo antes expuesto, establecer los siguientes aspectos esenciales sobre la persona valorada:

- Si padece o no una enfermedad mental (especificarla).
- Si la enfermedad mental es permanente.
- Si la enfermedad mental es aguda o crónica.
- Si se encuentra o no en un estado de salud gravemente enfermo, que requiera manejo intrahospitalario por equipo de salud mental urgente.

Se recomienda explicar en lenguaje común, de fácil comprensión para un lector no médico, en qué consiste la enfermedad o alteración mental que padece y qué tipo de manejo requiere.

Se escribirá una conclusión corta y concisa, respondiendo de forma precisa lo requerido por la autoridad competente.

## **ACTIVIDAD. No. 4 CIERRE DE LA ATENCIÓN MÉDICO LEGAL, RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO SOBRE ESTADO DE SALUD MENTAL.**

### **4.1. OBJETIVOS**

Aportar la información necesaria y útil, que sustente la toma de decisiones judiciales y de otras autoridades, sobre el estado de salud de la persona examinada.

Brindar orientación y proporcionar información a la persona examinada sobre su estado de salud mental.

### **4.2. RESPONSABLES**

El cierre de la atención médico legal sobre estado de salud mental debe ser efectuado por la o el perito forense o profesional del Ministerio de Salud capacitado, que realizó el examen de estado de salud mental siguiendo los lineamientos establecidos en esta norma técnica.

### **4.3. RECOMENDACIONES**

Ante todo, la o el perito forense debe garantizar el respeto de la dignidad humana de la persona examinada durante toda la atención médico legal y hacer de la misma, una ganancia positiva para su situación emocional. De ninguna manera puede permitir que esta atención se convierta en un evento traumático o lesivo.

### **4.4. DESCRIPCIÓN**

Al realizar la entrevista de cierre con la persona examinada, el perito forense deberá:

Informar a la persona examinada sobre las interconsultas que se requieran y todo lo referido a su estado de salud mental.

Cuando se diagnostique enfermedad mental a una persona que esté siendo imputada, acusada, procesada, detenida o ya esté condenada e interna en Nicaragua y cuyos tipos penales sean Delitos establecidos en la Ley 735 “Ley de prevención, investigación y persecución del crimen organizado y de la administración de los bienes incautados, decomisados y abandonados”, Ley 779 “Ley Integral contra la violencia hacia las mujeres” se deberá realizar el respectivo Control de Calidad del dictamen médico legal; éste lo realizará el Director del Instituto de Medicina Legal o a quien él delegue.

## **ACTIVIDAD. No. 5. REMISIÓN Y ARCHIVO DEL DICTAMEN MÉDICO LEGAL O INFORME PERICIAL Y SUS ANEXOS.**

Todos los procedimientos administrativos en relación con el envío del dictamen médico legal y el archivo del expediente se deben realizar conforme lo establecido en la normativa IML/NT-013/01/15 **“Procedimientos administrativos para las valoraciones médico legales en la atención de personas sobrevivientes de violencia”**.

## **ANEXOS**

**Anexo 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA FORENSE Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS.**

**DICTAMEN PSIQUIATRICO-PSICOLOGICO FORENSE**

No. de Expediente: \_\_\_\_\_  
Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Hora del peritaje: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la persona a examinar \_\_\_\_\_  
Documento de identidad: \_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal o acompañante (en caso de menores o discapacitados): \_\_\_\_\_ Documento de identidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Yo \_\_\_\_\_ una vez informada (o) sobre los procedimientos que se efectuarán, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias que se derivan de la imposibilidad de practicarlos, otorgo de forma libre **SI** \_\_\_\_\_ o **No** \_\_\_\_\_ mi consentimiento a:

\_\_\_\_\_  
Nombre del o la perito que realiza la valoración médico legal  
  
para la realización de entrevista, examen psíquico, elaboración escrita de dictamen psiquiátrico-psicológico forense y entrega de este a la autoridad competente: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Autoridad Solicitante

III. Como parte de la realización de este examen psiquiátrico- psicológico forense autorizo a efectuar:

El examen psíquico completo **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_  
La realización de registro fotográfico de evidencias y hallazgos durante el examen psiquiátrico-psicológico forense. **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_  
La realización del registro en video y grabación de las evidencias y hallazgos encontrados durante el examen psiquiátrico-psicológico forense. **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Hago constar que el presente documento ha sido leído por mí, en su integridad, de manera libre y espontánea.

\_\_\_\_\_  
Firma/Huella Dactilar

**Anexo. 2.**  
**SALUD**

**FORMATO DE TRANSFERENCIA A INSTITUCIONES DE**

No. de expediente: \_\_\_\_\_

**1. Identificación de Instituciones**

De:
(Escriba el nombre de Institución en la que se realizó la valoración pericial)
A:
(Escriba el nombre de Institución de Salud a la cual se remite la persona examinada)

**2. Identificación de la persona examinada**

Nombres y Apellidos:	
Documento de Identidad No.:	
Edad:	Sexo M F

**3. Solicitud de Atención Médica**

Fecha de Remisión: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____	
Nombre y Código del o la perito que realizó la valoración médico legal: _____ _____	
Servicio al cual se remite:	Emergencia Consulta Externa

**4. Resumen del caso**

4.1. Datos clínicos – síntomas. (Haga un relato breve de los datos clínicos que motivaron la valoración pericial)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2. Hallazgos del examen pericial.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.3. Motivo de la remisión.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre, firma, código y sello del o la perito que realiza el examen

**Anexo. 3. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DICTAMEN MÉDICO LEGAL SOBRE ESTADO DE SALUD MENTAL.**

**Número de dictamen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Lugar y Fecha)

\_\_\_\_\_  
**(Título, nombre y cargo de la autoridad solicitante)**

\_\_\_\_\_  
**(Institución solicitante)**

En atención a lo ordenado por su autoridad en [solicitud/oficio] con fecha \_\_\_\_\_, recibido en el Instituto de Medicina Legal el día \_\_\_\_\_, [con/sin] número de expediente [policia/judicial] \_\_\_\_\_, para valorar a: \_\_\_\_\_, le informo que he procedido a examinarle en la clínica \_\_\_\_\_ del Instituto de Medicina Legal el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_.

**I. DATOS GENERALES.**

Persona de sexo \_\_\_\_\_, [con/sin] identificación \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de edad, de estado civil \_\_\_\_\_, de escolaridad \_\_\_\_\_, de ocupación \_\_\_\_\_, de religión \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_; de etnia (costa caribe) \_\_\_\_\_ procedencia: (Nombre y ubicación del Centro de Reclusión u hospital donde se encuentra o dirección domiciliar): \_\_\_\_\_; de nacionalidad: \_\_\_\_\_; se presenta acompañado de custodio del Sistema Penitenciario Nacional / Policía Nacional: \_\_\_\_\_, con identificación No: \_\_\_\_\_ le informo que he procedido a examinarlo (a) en el servicio forense: (Nombre de la institución y dependencia donde se realiza el examen); a las \_\_\_\_\_ horas, de la fecha (D/M/A): \_\_\_\_\_.

Se toma Huella dactilar del examinado: SI /NO

Dedo pulgar derecho \_\_\_\_\_ otro (explicar): \_\_\_\_\_

Se toma registro fotográfico del examinado: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
(Registre aquí la constancia sobre el Consentimiento Informado; también cuando sea el caso el nombre de cualquier persona diferente al personal forense o de salud presente durante el examen, en calidad de observador; entre otros).

**Objeto de la peritación:** (razón por el cual es enviado por la autoridad)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## II. ENTREVISTA

**Historia de la Enfermedad Actual:** (quejas principales y relato de los hechos)

---

---

**Resumen de información disponible en documentos aportados:** (expediente médico, resumen clínico, epicrisis, exámenes de laboratorios, etc.)

---

---

**Antecedentes personales patológicos y no patológicos:** (psicológicos patológicos, quirúrgicos, traumáticos, psiquiátricos, hospitalarios, toxico, hábitos nocivos, alérgicos, perinatales y posnatales, desarrollo psicomotor)

---

---

**Antecedentes Gineco-obstétricos y período de lactancia:** (Menarca, fecha de última menstruación, número de gestaciones, partos, abortos y cesáreas, si el caso lo amerita)

---

---

**Historia familiar y personal:** (Familiar: descripción narrativa de la rama materna, rama paterna, hermanos(as), pareja, dinámica de la familia etc., Personal: etapas prenatal, nacimiento, lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta, climaterio y senil; escolaridad, educación sexual, historia ocupacional, matrimonial etc.).

---

---

**Antecedentes patológicos familiares:** (relacionado con la enfermedad actual)

---

---

**Antecedentes médico legal:** (si existe, detallar el número de dictamen, fecha en que fue valorado, nombre de la delegación y objetivo de la peritación)

---

---

## III. EXAMEN FÍSICO

Signos vitales (tomados por la o el perito forense) PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

T°: \_\_\_\_\_

Medidas antropométricas: Talla (cms. /pulg.) \_\_\_\_\_ Peso (Lbs. /kg): \_\_\_\_\_

Estado general: \_\_\_\_\_

Neurológico: \_\_\_\_\_

#### **IV. EXAMEN MENTAL AL MOMENTO DE LA VALORACION:**

- Apariencia general:
- Actitud:
- Conación:
- Marcha:
- Conciencia atención y vigilia:
- Orientación:
- Lenguaje:
- Afecto:
- Pensamiento:
- Funciones mentales superiores:
- Sensopercepción:
- Inteligencia:
- Memoria:
- Conducta:
- Juicio y raciocinio:
- Cálculo:
- Insigth:

#### **V. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS, PRUEBAS PSICODIAGNOSTICAS** (durante la peritación):

---

---

#### **VI. CONSIDERACIONES PSIQUIATRICOS Y PSICOLOGICAS FORENSES:**

---

---

#### **VII. CONCLUSIONES MÉDICO LEGALES:**

**Por lo antes expuesto se establecen las siguientes conclusiones médico legales:** (En dependencia del caso)

- a. **Sin quejas de enfermedad mental, examen mental normal y no se encuentra enfermedad y/o alteración de sus signos vitales:**
1. Al momento de valorar a: \_\_\_\_\_ no presenta alteraciones en su estado de salud mental.
  2. Recomendaciones: Ninguna.

**b. Si el examinado (a) refiere enfermedades mentales diagnosticadas y en el examen clínico no se encuentra enfermedad y/o alteración de su estado mental, signos vitales, no presenta epicrisis, ni expediente que acredite la patología mental referida:**

1. Al momento de valorar a: \_\_\_\_\_ no presenta alteraciones en su estado de salud mental.
2. El(a) ciudadano (a) \_\_\_\_\_ refiere que fue diagnosticado(a) con \_\_\_\_\_ e indica síntomas de \_\_\_\_\_ (anotar los síntomas referidos y los signos encontrados y si toma tratamiento describirlo). Sin embargo, no presenta epicrisis ni otro documento que acredite las patologías mentales que refiere.
3. Recomendaciones médico legales: Interconsulta con la especialidad y/o examen complementario de \_\_\_\_\_, Una vez valorado, remitir nuevamente para concluir el dictamen médico legal.

**c. Si en el examinado (a) se encuentra enfermedad mental y/o alteración de su examen mental asociado a epicrisis médicas y/o expediente médico del sistema penitenciario, que acredite una patología mental o un diagnóstico:**

1. De la valoración médico legal efectuada al ciudadano(a): \_\_\_\_\_ se establece(n) el / los diagnósticos (s) de: \_\_\_\_\_
2. Al momento de valorar a: \_\_\_\_\_ presenta o no presenta alteraciones en su estado de salud.
3. Indicar si la enfermedad mental encontrada es aguda o crónica.
4. Si la patología encontrada pone en riesgo su salud mental y su vida.
5. La enfermedad que presenta el examinado requiere o no de tratamiento y control médico, con la periodicidad que determine el médico tratante.
6. Si la persona valorada se encuentra o no en un estado de salud mental gravemente enfermo (Si es positiva amerita hospitalización).
7. De acuerdo al diagnóstico encontrado si el examinado requiere o no exámenes complementarios o interconsultas con especialistas (señalarlos).

**Si el caso lo amerita responder las siguientes conclusiones:**

8. La persona evaluada presenta o no una discapacidad, si está presente indicar de que tipo (física –motora, sensorial e intelectual)

## VIII.RECOMENDACIONES

## IX. REMISIONES Y/O INTERCONSULTAS.

Indicar el motivo de la remisión o interconsulta y el nombre del centro asistencial. (Llenar el formato establecido).

\_\_\_\_\_  
Firma, Código y Sello del o la Perito Forense

CC: Expediente Médico legal.

**Nota: El dictamen médico legal debe redactarse en lenguaje técnico y entre paréntesis usar lenguaje sencillo, para que sea comprensible al Policía, Fiscal, Juez, Defensor u otra persona.**

#### Anexo. 4. ESCALA DE VALORACIÓN PARA DEPRESIÓN SEGÚN MONTGOMERY Y ASBERG

Esta escala es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión, y constituye un apoyo para confirmar una sospecha diagnóstica.

Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes.

La evaluación se basa en una entrevista clínica que varía desde preguntas formuladas de una manera vaga acerca de los síntomas, hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. Mediante esta escala se evalúan los síntomas más característicos de la depresión.

El entrevistador debe decidir si la evaluación se amolda a los niveles definidos en la escala (2, 4, 6) o a los niveles intermedios (1, 3, 5)

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p><b>1. Tristeza observada</b> Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p><b>0. Sin tristeza</b> 1. 2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad 3. 4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo 5. 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p><b>2. Tristeza declarada por el paciente.</b> Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarlo. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p><b>0. Tristeza esporádica según las circunstancias</b> 1. 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad 3. 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas 5. 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>

<p><b>3. Tensión interna</b> Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p><b>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera</b> 1. 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido 3. 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad 5. 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p><b>4. Sueño reducido</b> Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p><b>0. Duerme como siempre</b> 1. 2. ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado 3. 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h 5. 6. Menos de 2 o 3 horas de sueño</p>
<p><b>5. Apetito reducido</b> Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p><b>0. Apetito normal o aumentado</b> 1. 2. Apetito ligeramente reducido 3. 4. Sin apetito. la comida es insípida 5. 6. Necesita persuasión para comer algo</p>
<p><b>6. Dificultades para concentrarse</b> Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p><b>0. Ninguna dificultad para concentrarse</b> 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p><b>7. Lasitud</b> Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p><b>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía</b> 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>

<p><b>8. Incapacidad para sentir</b> Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p><b>0. Interés normal por el entorno y por otras personas</b> 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. la experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p><b>9. Pensamientos pesimistas</b> Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p><b>0. Sin pensamientos pesimistas</b> 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p><b>10. Pensamientos suicidas</b> Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p><b>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene</b> 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

## **Anexo. 5. ESCALA DE VALORACIÓN PARA DEPRESIÓN SEGÚN HAMILTON.**

**(Validada por Ramos-Brieva y cols)**

### **Criterios operativos de valoración**

#### **1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)**

0. Ausente

1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

#### **2. Sensación de culpabilidad**

0. Ausente

1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente
2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

#### **3. Suicidio**

0. Ausente

1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
3. Ideas de suicidio o amenazas
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)

#### **4. Insomnio precoz**

0. Ausente

1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora
2. Dificultades para dormirse cada noche

#### **5. Insomnio medio**

0. Ausente

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche
2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)

#### **6. Insomnio tardío**

0. Ausente

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama



## **7. Trabajo y actividades**

0. Ausente

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.

2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación

3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad

4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad

## **8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)**

0. Palabra y pensamiento normales

1. Ligeramente retrasado en el diálogo

2. Evidente retraso en el diálogo

3. Diálogo difícil

4. Torpeza absoluta

## **9. Agitación**

0. Ninguna

1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

## **10. Ansiedad psíquica**

0. No hay dificultad

1. Tensión subjetiva e irritable

2. Preocupación por pequeñas cosas

3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla

4. Terrores expresados sin preguntarle

## **Criterios operativos de valoración**

### **11. Ansiedad somática**

0. Ausente

1. Ligera

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:

Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones

Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias

Respiratorios: Hiperventilación suspiros

Frecuencia urinaria

Sudoración

## **12. Síntomas somáticos**

### **Gastrointestinales**

0. Ninguno

1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen.

Sensación de pesadez en el abdomen

2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación

Intestinal para sus síntomas gastrointestinales

### **13. Síntomas somáticos generales**

0. Ninguno

1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias

Musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad

2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2

### **14. Síntomas genitales**

0. Ausente

1. Débil

2. Grave

3. Incapacitante

Síntomas como

Pérdida de la libido

Trastornos menstruales

### **15. Hipocondría**

0. No la hay

1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2. Preocupado por su salud

3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.

4. Ideas delirantes hipocondríacas

### **16. Pérdida de peso (completar A o B)**

A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0. No hay pérdida de peso

1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual

2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)

B. Según pesaje hecho por e psiquiatra (evaluaciones siguientes)

0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana

1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana

2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)

### **17. Insight (conciencia de enfermedad)**

0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo

1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2. Niega que esté enfermo

## **Puntuación**

- No depresión 0-7
- Ligera/menor 8-13
- Moderada 14-18
- Grave 19-22
- Muy grave >23

## Anexo. 6.

## ESCALA SAD PERSONS

La Escala de Indicadores de **Riesgo de Suicidio** tiene que ser heteroaplicada. Los ítems tienen que ser cumplimentados por el profesional durante una entrevista semiestructurada.

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

	SI	NO
<b>S: Sexo masculino.</b>		
<b>A: Edad (Age) &lt; 20 o &gt;45 años.</b>		
<b>D: Depresión.</b>		
<b>P: Tentativa suicida previa.</b>		
<b>E: Abuso de alcohol.</b>		
<b>R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).</b>		
<b>S: Carencia de apoyo social.</b>		
<b>O: Plan organizado de suicidio.</b>		
<b>N. No pareja o cónyuge.</b>		
<b>S: Enfermedad somática.</b>		
<b>Puntuación</b>		

### Valoración

Se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

De 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.

De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de ideación suicida.

### INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN

#### EN INTENTO DE SUICIDIO

- Elevada letalidad, método violento, más de un método, elevada intención suicida
- Historia de intentos seguidos
- Intento de suicidio ampliado o pacto suicida
- Motivación altruista
- Ideación suicida post intento, reafirmación de intención suicida, decepción ante la sobrevida, rechazo de ayuda o del tratamiento.
- Sexo masculino

- Mayor de 45 años
- Insuficiencia o ausencia de sistemas de apoyo o contención
- Contexto de violencia
- Pérdida reciente de figura clave
- Salud deteriorada
- Deterioro del autocontrol
- Intentos previos severos (ejemplo suicidio frustrado)
- Impulsividad y violencia

**Anexo. 7. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSEIN  
PARA VALORAR DETERIORO COGNITIVO**

<p><b>ORIENTACIÓN TEMPORAL:</b>                  ¿En qué día estamos?..... ¿En qué fecha?.....                  ¿En qué mes?..... ¿En qué estación?.....                  ¿En qué año?.....</p>	<p>____(5)</p>
<p><b>ORIENTACIÓN ESPACIAL:</b>                  ¿En qué hospital o lugar estamos?..... ¿En qué piso o planta?.....                  ¿En qué pueblo o ciudad?..... ¿En qué provincia, región o                  autonomía?.....¿En qué país?.....</p>	<p>____(5)</p>
<p><b>FIJACIÓN:</b>                  Repita estas 3 palabras: ‘peseta- caballo- manzana’.....                  (*Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento)                  (**Pueden utilizarse series alternativas de palabras cuando se trata de reevaluaciones ej. Libro, queso,                  bicicleta)</p>	<p>____(3)</p>
<p><b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>                  Si tiene 30 córdobas y le van quitando de 3 en 3, ¿cuántos le quedan?.....(27)                  ¿y si le quitan otros 3?.....(24) ¿y ahora?.....(21)                  ¿y 3 menos son?.....(18)                  ¿y si le quitan otras 3?.....(15)                  (Anote un punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta)</p>	<p>____(5)</p>
<p>Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia                  atrás.....                  (Como alternativa, decirle ‘mundo’ y que lo repita al revés)</p>	<p>____(3)</p>
<p><b>MEMORIA</b>                  ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho                  antes?.....</p>	<p>____(3)</p>
<p><b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>                  Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto?                  Repetirlo con el reloj.....</p>	<p>____(2)</p>
<p>Repita la frase ‘En un trigal había 5 perros’.....                  (Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento)</p>	<p>____(1)</p>
<p>Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?                  ¿Qué son un perro y un gato? ;                  ¿Qué son el verde y el rojo?.....</p>	<p>____(2)</p>
<p>Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la                  mesa</p>	<p>____(3)</p>
<p>Lea esta frase y haga lo que                  dice.....</p>	<p>____(1)</p>

<p>Escriba una frase (con sujeto y predicado).....</p> <p><b>CIERRE LOS OJOS</b></p>	<p>____(1)</p>
<p>Copie este dibujo.....</p> <div data-bbox="496 405 919 741" data-label="Image"> </div>	<p>____(1)</p>
<p><b>Puntuación total</b></p>	<p>____(35)</p>

**Anexo. 8.**

**TEST PERCEPTIVO VISO-MOTRIZ DE BENDER**

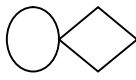


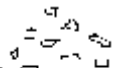
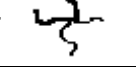
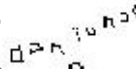


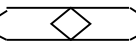
**Nombre y apellidos** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

**Colegio:** \_\_\_\_\_ **Nivel escolar:** \_\_\_\_\_

**Fecha de aplicación:** \_\_\_\_\_

Tiempo empleado para completar el test (Es significativo sólo cuando termina fuera de los límites críticos)		Límite Crítico	
		Edad	Intervalo
Comienza:	<b>Largo:</b> Lento, perfeccionista, esfuerzo para compensar dificultades perceptivo motoras. <b>Corto:</b> Impulsividad, falta de concentración, bajo rendimiento escolar. (o Alta capacidad)	5 años	3 a 10 min.
Termina:		5 ½	4 a 10 min.
		6 a 8 ½	4 a 9 min.
		9 a 10 años	4 a 8 min.
TOTAL	minutos		

FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: ó 0). En caso de duda, no se computa.	P.D.	
A 	1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado.....		*Adición u omisión ángulos
	2b. Desproporción (uno es el doble)....		*
	2. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo.		* (a partir de 6 años)
1 	3. Integración (separ/solapam >3mm en la unión)		*
	4. Distorsión forma )5 ó + puntos son cálculos.....		*
	5. Rotación (45° o más en tarjeta/dibujo).....		**
2. 	6. Perseveración. (\ 15 puntos por fila)		** (>7 años)
	7. Rotación.....		** (> 8 años)
	8. Integr: Omisión/adición filas. 4 ó 6 + círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1.....		** (> 6 años)
3 	9. Perseveración (>14 columnas).....		** (> 7 años)
	10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)...		* (> 6 años)
	11. Rotación del eje 45° ó + en dibujo (o la tarjeta).		** (>7 años)
	12. Integración (forma no conseguida): 12.a Desintegración del diseño..... 12.b Línea continua en vez de hileras de puntos..		* (> 5 años) **
4 	13. Rotación (de la figura o parte 45°, o de tarjeta)		**
	14. Integración (separación o superpos. > 3 mm)....		*
5 	15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert, en círculos)..		* (> 8 años)
	16. Rotación 45° o más (total o parcial).....		*
	17. Integración. 17ª Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco.. 17.b. Línea continua en vez de puntos.....		** En todas las edades
6 	18. Distorsión de la forma: 18.a. Tres o más ángulos en vez de curvas.....		* Sustitución de curvas por ángulos
	18.b. Líneas rectas.....		* Sustitución de curvas X líneas rectas
	19. Integración (cruzan mal).....		*
	20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....		** (> 7 años)
7 	21. Distorsión forma: 21.a. Desproporción tamaño (El doble)..... 21.b. Deforma		* Adición/omisión ángulos (>8 años) * (>7 años)
	22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45° ó +)		** (>6 años)
	23. Integración (no se suporponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente)		*(6 años)
	24. Distorsión forma (deformada, > < n° ángulos.....		* Adición/ángulos (>6 años)
	25. Rotación eje en 45° o más.....		**
<b>P.D. TOTAL (máx 25):</b>			
Edad visomotora	<b>Grado equivalente</b>		<b>Indicadores Disfunción Cerebral</b>
De.....a.....	Igual que los niños que inician el .....grado		Inmadurez funcional..... Casi exclusivos DCM.....



**TEST de BENDER. INDICADORES DE DESAJUSTE EMOCIONAL.** (Koppitz, 1974)

Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto separado como en número de los mismos presentes en un protocolo: Hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. (Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales.) Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.

<b>I. Orden confuso:</b> Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. Confusión mental. <b>Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.</b>	
<b>II. Línea ondulada (Fig. 1 y/o 2)</b> Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación).	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.	
<b>III. Rayas en lugar de círculos (Fig. 2).</b> La mitad o más de los círculos con rayas (de 2 mm. o más)	Imposibilidad, falta de interés o de atención. Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.	
<b>IV. Aumento progresivo del tamaño (Fig. 1, 2 y 3)</b> Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeros.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad. Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.	
<b>V. Gran tamaño (macro grafismo)</b> Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	“Acting out” (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.	
<b>VI. Tamaño pequeño (micro grafismo)</b> Uno o más dibujos son la mitad que el modelo.	Ansiedad, conducta retraída, timidez.	
<b>VII. Líneas finas.</b> Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.	
<b>VIII. Repaso del dibujo o de los trazos.</b> El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas.	Impulsividad, agresividad y conducta “acting out”.	
<b>IX. Segunda tentativa.</b> Abandona o borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja. (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar)	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.	
<b>X. Expansión</b> Empleo de dos o más hojas.	Impulsividad y conductas “acting out”. Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.	
<b>XI. Marco alrededor de las figuras</b>	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos	
<b>XII. Cambios o añadidos</b>	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad.	
<b>TOTAL DE NÚMERO DE INDICADORES EMOCIONALES:</b>		

Edad equivalente	puntaje
5 a 5.5	13.6
5.6 a 5.11	9.8
6.0 a 6.5	8.4
6.5 a 6.11	6.4
7.0 a 7.5	4.8
7.6 a 7.11	4.7
8.0 a 8.5	3.7
8.6 a 8.11	2.5
9.0 a 9.5	1.7
9.6 a 9.11	1.7
10.0 a 10.5	1.6
10.6 a 10.11	1.5

Grado Equivalente	puntaje
Inicial 5 años	23.5
1er. Grado	8.12
2do. Grado	4.7
3er. Grado	2.2
4to. grado	1.5

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
2. .Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2000. Tomado de: Ramos-Brieva J, Cordero Villafafi.
3. .Borthwick-Duffy, S. (1994). Review of "Mental Retardation: Definition, Classification, and systems of supports". *American Journal of Mental Retardation*, 98, 541-544.
4. Código Procesal Penal. Republica de Nicaragua .13 de noviembre , 2001.
5. Ley del Régimen Penitenciario y Ejecución de la pena. República de Nicaragua
6. Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94).
7. Norma técnica para la valoración médico legal del Estado de Salud. Tercera versión octubre 2015. Instituto de Medicina Legal. República de Nicaragua.
8. Publicación más representativa: un sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines* vol 3, 189-202, 1979.
9. (Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983). Evaluation of suicidal patients. *Psychosomatics*).
10. Tratado de Psiquiatría Legal y Forense 4 edición. Juan José Carrasco Gómez.
11. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Especialidad en Neurología Psiquiatría Ciencias Afines* 1986; 14:324-34).

# “Humanismo, Ciencia y Tecnología al servicio de la Población y la Justicia”



unicef   
para cada niño