

Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México



OFICINA EN MÉXICO DEL
ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LOS DERECHOS HUMANOS



OACNUDH

Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México



**OFICINA EN MÉXICO DEL
ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LOS DERECHOS HUMANOS**



***Consideraciones para la investigación y documentación
de la tortura en México.***

DR © 2007, por la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos.

Alejandro Dumas No. 165
Col. Polanco, Delegación Miguel Hidalgo
C. P. 11560, México, D. F.

Publicado por la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida,
almacenada en un sistema de recuperación, o transmitida en cualquier forma
o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopiado,
de grabación o de cualquier otro tipo, sin la previa autorización del editor.

ISBN: 978-92-1-354105-0

Coordinación editorial: Jan Perlin
Diseño y formación: Pablo Rulfo
Corrección de estilo: Rafael García de Alba

Impreso en México

Este documento ha sido elaborado con la ayuda financiera de la Unión Europea.

En ningún caso debe considerarse que el análisis y recomendaciones del mismo
reflejan la opinión oficial de la Unión Europea.

Índice general

- 5 **Prólogo**
- 7 **I. Introducción**
JAN PERLIN Y CAROLINA PIMENTEL
- 15 **Dictamen sobre tortura y tratos inhumanos a los detenidos en México. Actitudes y experiencias de médicos forenses**
MICHELE HEISLER, MD, MPA, ALEJANDRO MORENO, MD, MPH,
SONYA DEMONNER, MPH, ALLEN KELLER, MD,
VINCENT IACOPINO, MD, PHD
- 43 **ANEXO: Cuestionario Dirigido al Personal Médico Forense Especializado Sobre la Investigación Pericial en Supuestos Casos de Tortura y Maltrato.**
- 55 **Consideraciones para la documentación de las secuelas de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, según el Protocolo de Estambul: Peritajes Médicos y Psicológicos**
NIEVES GÓMEZ
- 67 **Técnicas de la entrevista con víctimas de tortura. Investigación de la historia del trauma**
DR. JOSÉ QUIROGA
- 81 **Diferencia entre interrogatorio y entrevista**
JORGE DE LA PEÑA
- 91 **Documentación del aspecto psicológico de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**
NIEVES GÓMEZ

109	Consideraciones psicosociales respecto al “Caso 28 de mayo en Guadalajara” y análisis de las consecuencias psicológicas en torno a la denuncia por tortura ANGÉLICA JAZMÍN ALBARRÁN LEDEZMA, CARLOS OLVERA CORTÉS Y MARÍA GUADALUPE UREÑA LÓPEZ
129	Marco jurídico y enfoque del trabajo de las personas responsables de realizar los peritajes médicos y psicológicos en la documentación de la tortura JUAN CARLOS ARJONA ESTÉVEZ Y CRISTINA HÁRDAGA FERNÁNDEZ
151	Las finalidades de la tortura en el Derecho Internacional Mexicano de los Derechos Humanos CARLOS GARDUÑO SALINAS
173	Documentación de casos de tortura con perspectiva de género JULISSA MANTILLA FALCÓN
197	II. Materiales de Apoyo Introducción a los Materiales de Apoyo
207	Evidencia Psicológica de Tortura: Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul —para Psicólogos, International Council for the Rehabilitation of Victims of Torture
267	Examen Físico Médico de Víctimas de Tortura Alegadas: Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul —para Médicos, International Council for the Rehabilitation of Victims of Torture
313	Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
345	Evaluación Simple de Depresión y Trastorno por Estrés Postraumático: Cuestionario de Síntomas Hopkins y Cuestionario para Trauma de Harvard, Harvard Program en Refugee Trauma
363	Pautas Éticas para Médicos , recopiladas por el Dr. Alejandro Moreno

La tortura es, sin duda, una de las prácticas más lacerantes utilizadas y padecidas por la humanidad. Sus heridas son indelebles y sus consecuencias, muchas de las veces, insuperables. La comunidad internacional no ha permanecido ajena al compromiso de erradicarla. De esta manera, los organismos internacionales han emitido una serie de instrumentos internacionales que convergen en ese propósito. Uno de ellos, objeto de inspiración de la presente obra, es el “Manual para la Investigación y Documentación eficaces de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes”, mejor conocido como *Protocolo de Estambul*.

No obstante la amplia normativa que proscribe su instrumentación, la tortura continúa empleándose o justificándose. Es justamente dentro del espíritu por erradicar esta práctica que la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos decidió celebrar una serie de seminarios y talleres que permitieran socializar experiencias, difundir problemáticas y plantear alternativas de solución para enfrentar el desafío que implica respetar plenamente la integridad de la persona y suprimir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Fruto de dichos seminarios es el libro que el lector o lectora tiene en sus manos. Se trata de una compilación de presentaciones donde personas expertas en el tema, de diversas nacionalidades y desde distintas disciplinas, expusieron y discutieron durante varios días las mejores estrategias para desalentar el uso de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, así como para fomen-

- ¹ México ha suscrito instrumentos específicos en materia de tortura, como son la *Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, de las Naciones Unidas, ratificada el 23 de enero de 1986, y la *Convención interamericana para prevenir y sancionar la tortura*, ratificada el 22 de junio de 1987, así como otros tratados que incluyen compromisos contra la tortura, tales como el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- ² México cuenta con una Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura, publicada en el Diario Oficial de la Federación el viernes 27 de diciembre de 1991 (última reforma el 10 de enero de 1994).
- ³ En México existe legislación a nivel federal y estatal que castiga la tortura. En algunos artículos que presenta este volumen se analizan los alcances de esa legislación y las prácticas de los actores del sistema de justicia respecto a la documentación de la tortura, y las consecuencias de estas prácticas para la investigación y persecución de los responsables.
- ⁴ Posteriormente, el 1 de julio de 2002, el Gobierno de México suscribió un acuerdo para el establecimiento de la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), la cual tiene como mandato brindar asesoría técnica y apoyar proyectos de cooperación en materia de defensa y promoción de los derechos humanos en México.

tar el pleno respeto a la integridad de la persona. Se trata de una mirada multidisciplinaria que propone una serie de elementos para documentar en forma precisa los casos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Sin bien el propósito central es que la tortura no ocurra y se implementen las medidas necesarias para prevenirla, la existencia misma de la práctica exige la adopción de providencias tendientes a garantizar que cuando la tortura no ha podido evitarse, existan los mecanismos adecuados para investigarla y sancionarla; objetivos ambos que ameritan una documentación profesional de los hechos delictivos. Es incontrovertible que de la documentación correcta del abuso depende, en gran medida, la posibilidad de identificar y romper los incentivos de diversa índole aún existentes para torturar y violentar la integridad de la persona. La documentación científica y técnica sirve, además, para acreditar la existencia de la conducta ilícita dentro de los procedimientos legales y contribuye a romper el manto de impunidad que rodea a tan hiriente conducta, donde la integridad de mujeres y hombres resulta gravemente lesionada.

Todo libro posee un efecto benéfico o provechoso, y en el caso del que ahora presentamos, resulta particularmente útil en cuanto a que su propósito es servir a las y los profesionales encargados de investigar y documentar casos de tortura y otros maltratos en la implementación del compromiso adquirido por México como parte de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y del *Protocolo de Estambul*. Los ensayos aquí compilados contribuyen a que los instrumentos internacionales se vuelvan operativos, coadyuvando, así, a su vigencia efectiva. Además, la presente obra, en un apartado de anexos, contiene una serie de herramientas valiosas para dichos profesionales.

Por último, un justo reconocimiento a todas las personas que hicieron posible el presente libro. Su compromiso y entusiasmo merece una cálida felicitación. Enhorabuena.

AMERIGO INCALCATERRA

Representante en México

*de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos*

Introducción

Desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, los Estados tienen la obligación de respetar y garantizar la integridad y seguridad física de las personas. En reconocimiento de lo anterior, México ha suscrito varios instrumentos internacionales en la materia,¹ además de contar con legislación nacional² que prohíbe la tortura, y haber implementado algunas medidas en aras de erradicar este flagelo.³ Sin embargo, a la fecha sigue siendo un desafío a lo largo de su territorio volver efectivos la prevención y el castigo de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

El 2 de diciembre de 2000, el gobierno de México y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) firmaron un Acuerdo de Cooperación Técnica con la finalidad de fortalecer las capacidades institucionales en materia de derechos humanos. Como parte del dicho acuerdo,⁴ se priorizó la promoción de actividades de capacitación y asistencia técnica para la prevención y detección médica-psicológica de la tortura. Asimismo, se trabajó en la elaboración de un Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México (Diagnóstico), publicado en 2003.

El Diagnóstico analiza la situación de todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como derechos de las mujeres, de los pueblos indígenas y de los grupos en situación de discriminación y vulnerabilidad. El documento contiene 31 recomendaciones generales y propuestas relevantes a los distintos

¹ México ha suscrito instrumentos específicos en materia de tortura, como son la *Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, de las Naciones Unidas, ratificada el 23 de enero de 1986, y la *Convención interamericana para prevenir y sancionar la tortura*, ratificada el 22 de junio de 1987, así como otros tratados que incluyen compromisos contra la tortura, tales como el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

² México cuenta con una Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura, publicada en el Diario Oficial de la Federación el viernes 27 de diciembre de 1991 (última reforma el 10 de enero de 1994).

³ En México existe legislación a nivel federal y estatal que castiga la tortura. En algunos artículos que presenta este volumen se analizan los alcances de esa legislación y las prácticas de los actores del sistema de justicia respecto a la documentación de la tortura, y las consecuencias de estas prácticas para la investigación y persecución de los responsables.

⁴ Posteriormente, el 1 de julio de 2002, el Gobierno de México suscribió un acuerdo para el establecimiento de la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), la cual tiene como mandato brindar asesoría técnica y apoyar proyectos de cooperación en materia de defensa y promoción de los derechos humanos en México.

temas, entre las que se encuentra la implementación del Manual para la Investigación y Documentación eficaces de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, conocido como Protocolo de Estambul.⁵

Dicho Manual busca orientar el trabajo de los profesionales de la medicina y la psicología para que sea eficaz la documentación de la tortura y otros malos tratos, así como la comunicación de información relevante a los jueces y tribunales, quienes deberán juzgar si se ha cometido un acto de este tipo. El enfoque del Protocolo en la integración de una perspectiva multidisciplinaria dentro del trabajo de protección de los derechos humanos es, igualmente, un esfuerzo por humanizar la justicia.

El Protocolo tiene un sentido científico y no legal de la palabra. En él se ve reflejado el esfuerzo colectivo de médicos, psicólogos, abogados y defensores de derechos humanos procedentes de diversos países, por precisar los elementos específicos de la investigación técnica y científica de la tortura con base en la universalidad de la humanidad, buscando constatar el daño que la tortura y el maltrato provocan de manera muy particular en las personas. En este sentido, el Protocolo de Estambul, publicado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, detalla los procedimientos necesarios para investigar la tortura, preservar las pruebas y lograr su presentación dentro del proceso legal. Contiene, además, varios anexos en los cuales, entre otras cosas, se enumeran los métodos de tortura más comunes, se señala cuáles son las señales o secuelas físicas y psicológicas indicativas de tortura y se sugieren las mejores prácticas para su detección y registro.

La implementación de las pautas de investigación contenidas en el Protocolo de Estambul en México es una medida que reconoce que:

La mejor salvaguarda contra la tortura es el establecimiento de condiciones legales disuasorias y que permitan probarla.⁶

[...] para desincentivar la tortura es fundamental el desarrollo de las técnicas de investigación de los delitos. En ese sentido destaca la carencia de un protocolo obligatorio para la investigación de muertes violentas y de una norma que obligue expresamente a establecer la cadena de custodia.⁷

⁵ Naciones Unidas. "Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes". Serie de Capacitación Profesional N° 8, Rev.1, Ed. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, 2005.

⁶ Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México, Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, México, 2003, página 12.
Nota: Informe del Relator Especial para la Tortura, de las Naciones Unidas, Nigel Rodley, sobre su visita a México en 1998, presentado con arreglo a la Resolución 1997/38 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. E/CN.4/1998/38/Add.2, 14 de enero de 1998.

⁷ *Ibid*, página 31. Nota: Un protocolo conducente a este propósito ha sido promovido por las Naciones Unidas inicialmente a través de la creación de un *Manual sobre la prevención e investigación eficaz*

En este sentido, el Diagnóstico señala que se debe:

Adoptar el Protocolo de Estambul garantizando plenamente la independencia de los investigadores respecto de los presuntos torturadores, así como de las procuradurías u otras instituciones a los que éstos pertenezcan. Al mismo tiempo, en la elaboración de los dictámenes respectivos debe enfatizarse la importancia que tiene el entorno en el que tuvieron lugar los hechos.

Intensificar los programas de formación y difusión en materia de derechos humanos destinados en especial a los servidores públicos de los organismos responsables de la procuración de justicia, de hacer cumplir la ley y del personal médico, e incluir en estos programas las cuestiones relativas a la prohibición de la tortura.

Dar acceso a peritos independientes para la investigación de supuestos hechos de tortura.⁸

Por lo anterior, y con base en la discordancia que existe entre la prohibición absoluta de la tortura y su prevalencia en la práctica,⁹ se evidenció la necesidad de poner en práctica medidas eficaces para proteger a las personas en contra de la tortura y los malos tratos.

Implementación del Protocolo de Estambul en México

Uno de los principales obstáculos que se ha presentado consiste en la dificultad para probar la tortura y/o el maltrato. Como queda de manifiesto tanto en los ensayos contenidos en este volumen, como en los documentos de referencia que abarcan los instrumentos e instructivos técnicos, se requiere de conocimiento especializado para poder entender las dinámicas que genera en el ser humano al haber sufrido actos de tortura. Por ello, y como nos explican los expertos, la documentación de la tortura debe tomar en cuenta no sólo las lesiones o marcas que presente una persona, sino también los daños psicológicos provocados por este tipo de conduc-

ces de las ejecuciones extrajudiciales, arbitrarias o sumarias, así como en diversas resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Véase: Los derechos humanos y la ciencia forense: Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2003/33; Los derechos humanos y la ciencia forense: Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2000/32.

⁸ *Ibidem*, página 34.

⁹ El Informe del Relator para la Tortura de las Naciones Unidas, concluyó que en México la tortura es una práctica generalizada. Informe del Relator Especial para la Tortura, de las Naciones Unidas, Nigel Rodley, sobre su visita a México en 1998, presentado con arreglo a la Resolución 1997/38 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. E/CN.4/1998/38/Add.2, 14 de enero de 1998. Posteriores informes del Relator (E/CN.4/2005/62/Add.2; E/CN.4/2004/56/Add.3; E/CN.4/2002/76/Add.1, pp. 949-990 y 996-999; E/CN.4/2000/9/Add.1), han dado cuenta de la persistencia de obstáculos estructurales para la erradicación de la tortura, a pesar de los importantes esfuerzos del Gobierno Mexicano para prevenirla y castigarla.

ta, ya que persisten en el tiempo, mientras las lesiones físicas pueden ser pasajeras o ambiguas en algunos casos, aunque no en otros si el que realiza el examen tiene las herramientas suficientes para interpretarlas.

Varios artículos contenidos en este volumen exploran las orientaciones del Protocolo de Estambul desde la perspectiva de profesionales psicólogos y médicos, con experiencia en este ramo. A su vez, se encuentran análisis realizados por profesionales del derecho que señalan los pasos que deben llevarse a cabo para investigar la tortura y los malos tratos, y la argumentación jurídica que permite sustentar el reconocimiento de tales prácticas.

Es de destacar que el primer ensayo de este volumen analiza los resultados de una encuesta anónima dirigida a los peritos médicos y psicólogos de las procuradurías estatales y federal, encargados de documentar los aspectos físicos y psicológicos de las denuncias de tortura o maltrato. La encuesta se realizó en el 2002, y los resultados acerca de las prácticas y actitudes de estos servidores públicos fueron preocupantes, en especial la incidencia de miedo a represalias físicas y/o laborales por el hecho de documentar evidencias de tortura o maltrato,¹⁰ lo cual fomentaba el silencio frente a la obligación de denunciar dichos hechos. Lo anterior evidenció que las problemáticas existentes en la documentación de casos de tortura eran no sólo técnicas sino también estructurales. El aspecto positivo de la encuesta, que contó con la colaboración de las mismas autoridades para que se llevara a cabo, es que al volver a tomar el pulso sobre estos temas, la misma permitirá medir los avances hacia una efectiva investigación y documentación de la tortura. En este sentido, la inclusión de la encuesta proporciona un importante contexto para la lectura de los artículos subsecuentes enfocados en las técnicas médicas, psicológicas y legales para la eficaz investigación y documentación de la tortura y el maltrato.

En el contexto de los esfuerzos de prevención y erradicación de la tortura en México, la Procuraduría General de la República (PGR), a iniciativa propia, elaboró un *Dictamen médico para posibles casos de tortura y/o maltrato*, con el objetivo de prevenir e investigar casos de posible tortura física y/o psicológica, o de tratos crueles, inhumanos o degradantes. De la misma manera, procedió a la implementación del mismo, conocido como *proceso de contextualización*, a través del cual buscaba aplicar los estándares internacionales del Protocolo de Estambul.¹¹ Posteriormente, llevó a cabo la tarea de promover la adopción de dicho Dictamen a nivel estatal, apoyando, con asesoría y capacitación, a las procuradurías estatales interesadas. A la fecha, el Dictamen existe en nueve entidades federativas de la República,¹² teniendo cada uno sus propias características. La adopción de un dictamen

¹⁰ Heisler, Michel, MD, MPA; Moreno, Alejandro, MD, MPH; DeMonner, Sonya, MPH; Keller, Allen, MD; Iacopino, Viniste, MD, PhD, *Dictamen sobre tortura y maltrato a los detenidos en México. Actitudes y experiencias de médicos forenses*, 2003.

¹¹ Comité contra la Tortura CAT/C/75, 25 de mayo de 2003 (párrafos 268-270).

¹² Los nueve estados que ya cuentan con un Dictamen Médico-Psicológico oficial para la documentación de la tortura por parte de los peritos de las respectivas procuradurías estatales de justicia son: Chihuahua, Durango, Guanajuato, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Querétaro y Tabasco.

médico-psicológico a nivel estatal continúa siendo un reto para las demás entidades, aunque a la fecha otras 17 han participado en las actividades de capacitación en el marco del llamado *proceso de contextualización* del Protocolo. Por su parte, la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal realizó su propio proceso de contextualización y ya cuenta con su respectivo Dictamen.

En apoyo a este esfuerzo, y en el marco de la colaboración con el Gobierno de México, la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) participó¹³ en la organización de cuatro seminarios-talleres en los estados¹⁴, aportando expertos médicos y psicólogos de otros países con experiencia en la documentación de la tortura desde una perspectiva multicultural. Los asistentes eran profesionistas médicos y psicólogos, principalmente de las procuradurías estatales y de la PGR. También participaron peritos independientes o asociados con organizaciones de la sociedad civil o la academia, así como trabajadores sociales, abogados y abogadas de los distintos sectores mencionados.

Los talleres tuvieron como objetivo mejorar las técnicas de investigación y documentación de la tortura y los malos tratos, así como el seguimiento al cumplimiento de esta obligación en la práctica. La metodología abarcó primero una perspectiva teórica que constó de una orientación genérica en materia legal y práctica respecto de la documentación de la tortura, enfocada en la realidad y el marco jurídico en México; luego, se enfocó en ejercicios prácticos en los que médicos y psicólogos, participaron de forma interactiva en casos simulados, demostraciones y el diálogo abierto. Con base en esta experiencia y las inquietudes que surgieron a lo largo de los talleres, se orientó el enfoque multidisciplinario y práctico de las contribuciones a esta publicación.

Observaciones Derivadas de la Serie de Talleres para la Implementación del Protocolo de Estambul

A lo largo de los talleres, los profesionistas médicos y psicólogos se mostraron preocupados al creer que son ellos quienes tienen la responsabilidad de tipificar el delito de tortura; entender la definición jurídica del tipo penal, y decidir, a través del resultado del Dictamen Médico-Psicológico, si hubo o no tortura en un determinado caso. Esta percepción errónea del rol de los médicos y psicólogos se fomenta en la práctica, provocando problemas en el desarrollo de su trabajo como documentadores de casos de tortura y malos tratos. Ha impedido, a su vez, superar los problemas de comunicación interdisciplinaria existentes, lo que redundará en una deficiente investigación.

¹³ Estas actividades se realizaron en el marco del Proyecto "Implementación de las Recomendaciones derivadas del Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México", en su componente "Capacitación en la aplicación de protocolos médicos de detección e investigación de la tortura", ejecutado por OACNUDH, gracias al financiamiento de la Unión Europea.

¹⁴ Nuevo León, Chihuahua, Oaxaca y Michoacán.

La calificación legal de un hecho no se deberá basar solamente en las conclusiones de los peritos —debido a que abarcan “apreciaciones” sobre la gravedad del daño en términos psicológicos o médicos; la existencia de secuelas físicas o psicológicas detectables, o la coherencia del relato con el registro de dichas secuelas—,¹⁵ sino en las conclusiones del Ministerio Público quien, además de tomar en cuenta dichas conclusiones periciales, deberá reunir todos los medios de prueba posibles para sustentar su determinación en la mejor y más completa información posible.

Para ello, cada uno de los profesionales involucrados en la investigación tiene la responsabilidad, por un lado, de complementarse y comunicarse con los demás profesionistas de las distintas áreas, y por el otro, con base en una visión clara de las funciones que a cada una de las disciplinas le corresponde, a fin de evitar las confusiones conceptuales que se han venido presentando hasta la fecha. A lo largo de la presente publicación se desarrollan las respectivas funciones de cada uno de los profesionistas involucrados en la investigación y documentación de la tortura y los malos tratos, para lo cual se hicieron especiales esfuerzos por aclarar el empleo del lenguaje que pertenece a cada una de las distintas profesiones implicadas en este ejercicio multidisciplinario.

Desde esta perspectiva, la determinación de existir o no secuelas físicas o mentales de un evento traumático y su correlación con el relato de la víctima, es un aporte esencial, pero no único, ya que la tortura puede existir sin que deje huellas contundentes. Los otros especialistas en la investigación deben reunir los testimonios y documentos relevantes, examinar el lugar de los hechos y los indicios que allí se encuentren y analizar toda esta información en su conjunto, para poder llegar a una determinación sobre el ejercicio de la acción penal. Todo ello sin importar que la víctima haya sido acusada de cometer un delito, pues la prohibición de la tortura es absoluta en reconocimiento de que la autoridad que la emplea también comete un delito, lo que ilegítima su acción.

Dentro del sistema jurídico penal mexicano también existen fallas estructurales que han venido impidiendo esta correcta investigación. Entre ellas, se encuentra la falta de la necesaria autonomía profesional del servicio pericial para asegurar el cumplimiento de su cometido.¹⁶ En este sentido, se ha documentado en México que los servidores públicos vinculados a la Policía Judicial son los mayormente señalados como responsables de haber cometido actos de tortura;¹⁷ asimismo, otros servidores públicos de diversa índole suelen participar o coparticipar en aquella, como es el caso de los peritos médicos, cuando expiden dictámenes e incurrir en graves omisiones al abstenerse de describir el estado que presenta la víctima como consecuencia de los sufrimientos físicos y/o psicológicos de que fue objeto: no sólo participan pasivamente en el evento sino que también violentan el Protocolo de Estambul¹⁸, en lo que se refiere a sus obligaciones éticas y legales. En este sentido, el Comité con-

¹⁵ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, párr. 76.

¹⁶ Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos, Seguimiento a las recomendaciones emitidas por el Relator Especial, México, 21 de marzo de 2006, E/CN.4/2006/6/Add.2, párrafo 184.

¹⁷ Hernández Forcada, Ricardo y Lugo Garfias, María Elena, *Algunas notas sobre tortura en México*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2004.

¹⁸ Comisión Nacional de Derechos Humanos, Recomendación General 10, México, 17 de noviembre del 2005.

tra la Tortura de Naciones Unidas ha establecido previamente que los servicios periciales deben ser confiables e imparciales y ser igualmente accesibles para todos los que los necesiten.¹⁹ Con ello, se entiende también que se debe poder contar con expertos de la sociedad civil (academia, profesionistas independientes o afiliados con organizaciones profesionales u otras de la sociedad civil), como peritos, cuyo testimonio debe ser valorado en los mismos términos que el del perito “oficial”.

Los dictámenes médico-psicológicos que se han aplicado en las procuradurías de justicia a nivel estatal y federal, pretenden orientar esa tarea en el marco del trabajo de los peritos “oficiales”. Sin embargo, y como se ha mencionado, los expertos independientes también pueden aplicar los protocolos de investigación delineadas en el Protocolo de Estambul.

Por otra parte, la falta de programas de estudio forense a nivel universitario ha contribuido al desconocimiento sobre la documentación de casos de tortura. Lo anterior ha originado que la tarea de capacitar en este rubro se mantenga a cargo de la función pública o de los esfuerzos de grupos profesionales desde la sociedad civil o academia. Como consecuencia, quedó de manifiesto la necesidad de socializar en todos los niveles profesionales, en particular en la formación de médicos y psicólogos, el conocimiento sobre la documentación de la tortura y los malos tratos tal y como lo demuestra el propio Protocolo de Estambul, ya que sin esta especialización difícilmente llegará a arraigarse en la práctica profesional en México.

Con la implementación del Dictamen se ha impulsado la confidencialidad del examen médico-psicológico y se han promovido mejoras a los distintos equipos forenses del país con miras a mejorar la documentación y esclarecimiento de casos de violaciones a los derechos humanos en México, como ocurre en el caso de las nuevas instalaciones para la realización de peritajes en Chihuahua.

Aún reconociendo los avances que ha habido en la materia, no deja de ser importante mencionar los retos que quedan pendientes. En este sentido, otro desafío relacionado con el trabajo interdisciplinario consiste en superar la problemática que existe por la falta de homologación en la aplicación del Dictamen. La PGR —a diferencia de algunas procuradurías estatales— no incluye la firma del perito psicológico en el dictamen, lo cual ocasiona que se desvalore o minimice el análisis de las secuelas psicológicas en un caso de posible tortura o maltrato. Como se verá a lo largo de la presente publicación, las secuelas psicológicas son, en algunos casos, incluso más importantes que las secuelas físicas, ya porque a veces las denuncias se presentan una vez que el daño físico ha sanado, ya porque, en algunos casos, los actos de tortura psicológica no conllevan ningún daño de tipo físico en contra de la víctima.²⁰ Es necesario recalcar que la tortura puede dejar una evidencia física o psicológica, por lo que ambas evaluaciones tienen un papel central para documentar que una persona fue víctima de la misma.²¹

¹⁹ Comité contra la Tortura, en su informe sobre México en el marco del artículo 20 de la Convención (CAT/C/75, párr. 220, *k*). Véase también: Comité contra la Tortura 37° período de sesiones CAT/C/MEX/CO/4, 6 de febrero de 2007.

²⁰ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, párr. 233.

²¹ *Algunas notas sobre la tortura en México, op. cit.*, p.42.

Es importante, también, recordar que los dictámenes son únicamente una manera o un medio de documentación y sistematización de casos de tortura, más no implica que sean el único medio para afirmar que hubo o no tortura. El dictamen es una guía importante para lograr un medio de prueba, y como tal debe ser analizado y valorado por el juez a lo largo del proceso penal conjuntamente con todas las otras pruebas presentadas, ya que es a él a quien compete analizar y valorar los resultados del dictamen, así como el testimonio del perito en caso de que fuese llamado a participar en el proceso como testigo.

Sobre la publicación

Gracias a las aportaciones de los participantes de los foros, se lograron identificar los retos que quedan pendientes en la investigación y documentación de la tortura en México, por lo que se determinó que esta publicación tuviese como objetivo el servir como espacio de reflexión y de apoyo a los profesionales en la aplicación del Protocolo de Estambul en México.

Colaboran en el presente trabajo profesionales de distintos países que a su vez comparten las experiencias vividas, aportando una rica retroalimentación en el campo de implementación del Protocolo de Estambul. Lo anterior permite dar una lectura objetiva a su aplicación en México. Se aborda el tema, además, desde las perspectivas clínica, jurídica, de género y desde la cosmovisión indígena —estas dos sumamente relevantes dentro de la realidad mexicana—. Por último, como documentos de referencia, se reproducen herramientas adicionales para el médico y psicólogo, basadas en los principios de documentación que recomienda dicho Manual.

Esperamos que esta publicación sea de utilidad para todos los profesionistas en México que participan en la investigación y documentación de casos de posible tortura y maltrato, concretando de esta manera el combate a estos actos que tanto ofenden la humanidad.

JAN PERLIN*
CAROLINA PIMENTEL**

* Jan Perlin, Directora del Proyecto "Implementación de las Recomendaciones derivadas del Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México", desarrollado por la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

** Abogada por la Universidad Panamericana, México. Realizó estudios de Maestría en Protección Internacional de los Derechos Humanos en la Università degli studi di Roma, "La Sapienza", Italia. Colaboró en el proyecto "Seguimiento a las Recomendaciones del Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México", realizando actividades de investigación en lo relativo al tema de tortura y tratos crueles, inhumanos y/o degradantes. Fue responsable de la organización de los seminarios-talleres en los que se basa esta publicación. Actualmente, trabaja como observadora en la Oficina en Guatemala del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

Dictamen sobre tortura y tratos inhumanos a los detenidos en México

Actitudes y experiencias de médicos forenses *

• MICHELE HEISLER, MD, MPA, ALEJANDRO MORENO, MD, MPH, SONYA DEMONNER, MPH, ALLEN KELLER, MD, VINCENT IACOPINO, MD, PHD**

Contexto. Diversas organizaciones de derechos humanos de los ámbitos internacional y mexicano han documentado prácticas de tortura en personas detenidas (es decir, que están reclusas y procesadas pero no sentenciadas) en los 31 estados de la República y el Distrito Federal, pero poco se sabe de las actitudes y experiencias de los médicos forenses que las examinan.

Objetivo. Evaluar las experiencias y actitudes de los médicos forenses respecto a la naturaleza y dimensiones de la tortura y el maltrato de los detenidos examinados en el año anterior.

Diseño, marco y participantes. Con el apoyo de la Procuraduría General de la República (PGR), y como parte de una iniciativa más amplia para implementar reformas gubernamentales que erradiquen la tortura en México, en el año 2002 se distribuyó a todos los médicos forenses mexicanos, tanto federales (115) como a una muestra útil de médicos forenses estatales (99), una encuesta anónima individual, por escrito y con 80 rubros, diseñada para evaluar si las prácticas y actitudes médi-

* Este artículo se reproduce gracias a los autores y a la revista del American Medical Association (JAMA), y es la traducción al español del original en inglés. JAMA, 23 y 30 de abril de 2003, Vol.289, No. 16.

** Asociaciones a las que pertenecen los autores: Physicians for Human Rights, Boston, Massachusetts (Drs. Heisler, Moreno, Keller y Iacopino); Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan y el Ann Arbor Veterans Affairs Health System, Ann Arbor (Dr. Heisler y Sra. DeMonner); Departamento Legal de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston; Centro para la Salud del Refugiado y Derechos Humanos de Boston, Centro Médico de Boston; y los Programas Educación Médica de Austin, Hospital de Brackenridge, Austin, Texas (Dr. Moreno); Bellevue/Programa de la Universidad de Nueva York para Sobrevivientes de Tortura, Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, NY (Dr. Keller). Physicians for Human Rights es una organización no-gubernamental que utiliza el conocimiento médico y científico para documentar violaciones a las leyes internacionales de derechos humanos y al derecho humanitario.

Contribuciones de los autores: *Concepto y diseño del estudio; apoyo administrativo, técnico o material; supervisión:* Moreno, Iacopino; *Recopilación de datos:* Moreno; *Análisis e interpretación de los datos; revisión crítica del manuscrito para el contenido intelectual importante:* Heisler, Moreno, DeMonner, Keller, Iacopino; *Pericia estadística:* Heisler, DeMonner, Iacopino; *Financiamiento obtenido:* Iacopino.

Agradecimientos: Nos gustaría agradecer a los doctores Frank Davidoff, Jack Geiger, Leonard Rubinstein, JD, y a Bárbara Ayotte por los comentarios incisivos y sugerencias de edición a un borrador inicial de este artículo.

cas correspondían a los criterios internacionales para la investigación y documentación forenses de la tortura.

Las principales medidas resultantes. Cálculos del número de detenidos federales evaluados médicamente y número de casos en los que se sospecha, alega y documenta tortura o maltrato a dichos detenidos; factores que interfieren en la documentación de evidencia forense; actitudes de los médicos respecto a la tortura; medidas que les ayudarían a documentarla, y recomendaciones de reformas.

Resultados. Se recibieron respuestas de 93 (81%) médicos forenses federales y 91 (92%) de los estatales. Cuarenta y nueve por ciento de los médicos federales y 58% de los estatales reportaron que la tortura es un grave problema para los detenidos en México. Los médicos federales calcularon que habían realizado de 26,445 a 30,650 o más evaluaciones médicas de los 13,000 detenidos federales en el último año y que entre 1658 y 4850 de estos detenidos habían alegado tortura. Asimismo, calcularon que habían documentado evidencias de tortura en una gama de 285 a 1090 casos. Cuarenta por ciento de los encuestados había sospechado de tortura y/o maltrato a los detenidos examinados en el año anterior; 64% había examinado a detenidos que alegaban que habían sufrido estas prácticas, y 49% había documentado evidencias forenses de tortura. Los encuestados informaron que la falta de equipo y servicios fotográficos (58%); la supervisión y precisión inadecuadas de los exámenes médicos (36%); la documentación inadecuada de la tortura (29%); las limitaciones de su capacitación (28%); el temor a represalias por documentar la tortura (23%), y el temor de ser coaccionados por oficiales de policía (18%), son factores que interfieren en la documentación de tortura y maltrato de los detenidos. Los encuestados reportaron, además, la necesidad de capacitación adicional (98%); de protocolos estandarizados y procedimientos de documentación para su uso en casos en los que se alega o sospecha de tortura y/o maltrato (81%), y de supervisión que garantice la calidad y precisión de las evaluaciones médicas (95%).

Conclusiones. En México, la tortura y el maltrato a los detenidos es un gran problema que está facilitado por múltiples factores médicos y legales. Por su parte, los médicos forenses mexicanos apoyan las medidas para mejorar la documentación forense de la tortura y el maltrato a los detenidos.

• • •

La tortura y el maltrato a los detenidos son moneda común en más de la mitad de los países del mundo y tienen consecuencias devastadoras de índole física, psicológica y en la salud social.¹ Como respuesta a este problema, médicos y otros profesionales de la salud en todo el mundo desempeñan un papel crucial esforzándose en

¹ Amnistía Internacional, *Amnesty International World Report 2002*. Londres, Inglaterra, 2002, y M., Basoglu. "Prevención de la tortura y atención a los sobrevivientes: un enfoque integral", en *JAMA*, 1993; 270, pp. 606-611.

la investigación y documentación de las evidencias médicas, el tratamiento a sobrevivientes de la tortura, en impedir la y oponerse a cualquier forma de participación médica en la tortura.² Dado que en muchos de los países en los que se practica la tortura se exige o permite que médicos forenses realicen exámenes médicos a los detenidos, asegurar que estos médicos estén debidamente capacitados, dispongan de recursos y de autonomía es de importancia crucial para responsabilizar a los perpetradores y poner fin a la práctica de la tortura. Con este propósito, más de 75 médicos, psicólogos, expertos en derechos humanos y abogados en representación de 40 organizaciones pertenecientes a 15 países, trabajaron juntos en el desarrollo de criterios internacionales para la eficaz investigación y documentación de la tortura y los tratos inhumanos.³ Las pautas de orientación fueron publicadas por las Naciones Unidas (NU) en forma de *Manual para la investigación y documentación efectivas de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* (i.e., el "Protocolo de Estambul"),⁴ junto con un conjunto de principios que trazan los criterios mínimos de adhesión de los estados para garantizar la documentación efectiva de la tortura.⁵ La Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha anexado por unanimidad estos principios a varias resoluciones de NU.⁶ Por lo que respecta a México, la Constitución prohíbe explícitamente "Toda detención en régimen de incomunicación, la intimidación o la tortura",⁷ mientras que la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura define a ésta como el delito que comete un servidor público cuando inflija a una persona "dolores o sufrimientos graves, sean físicos o psíquicos, con el fin de obtener del torturado o de un tercero, información o

² V., Iacopino, M., Heisler, & R.J., Rosoff. *Torture in Turkey and Its Unwilling Accomplices: The Scope of State Persecution and the Coercion of Physicians*, Boston, Mass: Physicians for Human Rights, 1996; V., Iacopino, M., Heisler, S., Pischevar y R.H., Kirschner. "Complicidad del médico en la representación errónea y la omisión de evidencias de tortura en los exámenes médicos posteriores a la detención en Turquía", en *JAMA*, 1996; 276, pp. 396-402; V., Iacopino, O., Ozkalipç y C., Schlar. "El Protocolo de Estambul: criterios internacionales para la investigación y documentación efectivas de la tortura y los malos tratos", en *Lancet*, 1999; 354, p. 1117; V., Iacopino. "Derechos humanos: conexiones con la salud en el siglo XXI", en Majumdar S.K., Rosenfeld L.M., Nash, Audet A.M. (comps.): *Medicine and Health Care into the Twenty-First Century*, Filadelfia: Pennsylvania Academy of Science, 1995, pp. 376-392, y M., Peel & V., Iacopino. "The Medical Documentation of Torture", in Greenwich Medical Media Ltd, San Francisco, California., 2002.

³ V., Iacopino, O., Ozkalipç y C., Schlar. "El Protocolo de Estambul: criterios internacionales...", *Idem*, p. 1117.

⁴ V., Iacopino, O., Ozkalipç y C., Schlar, et al. "Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment ("Istanbul Protocol)". Ginebra, Suiza: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001. Publicación de NU HR/P/PT/8. En: <http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot.pdf>. Acceso verificado el 24 de marzo de 2003.

⁵ V., Iacopino, O., Ozkalipç y C., Schlar. "El Protocolo de Estambul: criterios internacionales...", *Ibidem*, p. 1117.

⁶ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. *Commission on Human Rights: Report on the Fifty-Fifth Session (22 March-30 April 1999)*. 20 de julio, 1999, Report E/CN.4/1999/167, E/1999/23; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*; 2000. Report E/CN.4/RES/2000/43, y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Human Rights and Forensic Science 2000*. Report E/CN.4/RES/2000/32.

⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Artículo 20, fracción II.

una confesión, o castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o coaccionarla para que realice o deje de realizar una conducta determinada”.⁸ México es también signatario de la *Convención de Naciones Unidas Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*.⁹ No obstante, a pesar de estas medidas formales, organizaciones de derechos humanos internacionales y mexicanas han documentado tortura en los 31 estados de la República, en el Distrito Federal y en los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal de aplicación de la ley.¹⁰ Las personas que han informado de haber sufrido tortura abarcan a imputados de cometer un delito, detenidos políticos y miembros de comunidades indígenas en zonas con importante presencia militar. Además, se ha señalado que agentes a cargo de hacer cumplir la ley cometen tortura en el contexto de la administración de justicia para arrancar confesiones que después se utilizan en los tribunales en calidad de pruebas.¹¹

La responsabilidad por la seguridad pública y los sistemas judiciales en México está dividida entre entidades administrativas federales, estatales y municipales relativamente autónomas. A nivel federal, la PGR tiene el mandato de perseguir una serie de delitos, incluidos el tráfico de armas, las drogas, secuestros y los relacionados con la inmigración. En las entidades federativas, incluido el Distrito Federal, las procuradurías estatales persiguen los delitos del fuero común, apoyadas por sus respectivas policías judiciales. Tanto las entidades de procuración de justicia federal y estatales emplean un cuerpo de médicos forenses (es decir, médicos con capacitación para la aplicación legal de la medicina y la investigación de causas, mecanismos y consecuencias de los daños infligidos), quienes se ven exigidos por leyes y reglamentos a examinar a los detenidos. Hay aproximadamente 130,000 presos estatales y 47,000 federales en el total de la población carcelaria en México. De los presos federales, aproximadamente 13,000 son detenidos (es decir, están confinados en centros de detención en calidad de acusados, pero no sentenciados), lo mismo que 62,000 de los presos estatales.¹² Hay un cuerpo de 115 médicos forenses federales que tiene asignado el

⁸ Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura, Artículo 3.

⁹ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. Ginebra, Suiza: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1987.

¹⁰ Amnistía Internacional. *Mexico: Torture Cases-Calling Out for Justice*. Nueva York, NY, 2001; Amnistía Internacional. *Mexico: Justice Betrayed: Torture in the Judicial System*. Nueva York, NY, 2001; Human Rights Watch. *Human Rights Watch World Report 2002: Americas: Mexico*. Nueva York, NY, 2002; Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor. *US Department of State Country Reports on Human Rights Practices 2001*. Washington, DC: US Dept of State; 2002, y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Report of the Special Rapporteur on the Question of the Human Rights of all Persons Subjected to any Form of Detention or Imprisonment, in Particular: Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Visit to Mexico*. Ginebra, Suiza: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 1998. Report E/CN.4/1998/38/Add.2.

¹¹ Lawyers Committee for Human Rights. *Legalized Injustice: Mexican Criminal Procedure and Human Rights*. Nueva York, NY: Lawyers Committee for Human Rights; 2001.

¹² Secretaría de Seguridad Pública, Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social. Distribución de la Población Penitenciaria por Fuero y Situación Jurídica. Estadísticas de Sep-

examen de los detenidos federales y aproximadamente 310 médicos forenses estatales examinan a los detenidos estatales (con 120 médicos adicionales asignados al Distrito Federal). Por lo tanto, en un país en el que en 1990 había aproximadamente un médico por cada 500 personas,¹³ hay un médico forense federal por cada 113 reclusos y un médico forense estatal por cada 200 reclusos estatales.

Además de los exámenes médicos practicados al inicio de la detención y cuando la persona es llevada al tribunal, las autoridades gubernamentales deben proporcionarle, lo mismo que a cualquier detenido que lo solicite, un examen realizado por un médico oficial.¹⁴ Sin embargo, incluso en casos en los que otros médicos independientes han documentado evidencia de tortura, el informe médico del forense oficial, incluido en los expedientes legales de estos detenidos, muchas veces declara que no hay evidencia de tortura.¹⁵ Como en otros países en los que se practica la tortura y la ley exige exámenes forenses de los detenidos,¹⁶ los exámenes médicos oficiales inadecuados pueden fungir como impedimento a los acusados que denuncian tortura. Dado que los jueces requieren un certificado médico oficial que documente la evidencia de tortura, el certificado médico que no contiene información respecto a la tortura se utiliza como prueba concluyente de que no la ha habido.¹⁷

La elección del Presidente Vicente Fox en julio de 2000, puso fin a siete décadas de un régimen de partido único en México y creó la oportunidad histórica de abordar los problemas de derechos humanos del país, incluida la tortura. El Presidente Fox prometió que su gobierno iba a respetar plenamente los derechos humanos y el imperio de la ley, y promulgó una serie de reformas para cumplir esta promesa.¹⁸ En el contexto de estas reformas, en diciembre de 2001, el gobierno mexicano firmó un acuerdo con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos a fin de reforzar que en los procedimientos judiciales y de la policía se impidiera la tortura, incluidas una mejor investigación y documentación médica forense.¹⁹

Para impulsar estos objetivos, en diciembre de 2001 la PGR consultó a Physicians for Human Rights (PHR) para que le ayudara a diseñar un modelo de programa de

tiembre 2002. En: http://www.ssp.gob.mx/_k_organos/oadprsrsep.swf. Acceso verificado el 18 de marzo, 2003. *Nota el editor: Para información más reciente sobre las estadísticas de personas en reclusión, ver Zepeda, Guillermo, "Los mitos de la prisión preventiva en México", disponible en http://www.justiceinitiative.org/db/resource2?res_id=102330 visitado el 3 de junio de 2007.

¹³ Organización Mundial de la Salud. WHO Estimates of Health Personnel. En: http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm. Acceso verificado el 14 de marzo, 2003.

¹⁴ Lawyers Committee for Human Rights. *Legalized Injustice, op. cit.*, y Constitución mexicana, Art. 7

¹⁵ Lawyers Committee for Human Rights. *Legalized Injustice, op. cit.*

¹⁶ V., Iacopino, M., Heisler, & R.J., Rosoff. *Torture in Turkey and Its Unwilling Accomplices, op. cit.*

¹⁷ Lawyers Committee for Human Rights. *Legalized Injustice, op. cit.*

¹⁸ Human Rights Watch. *Human Rights Watch World Report 2002, op. cit.*

¹⁹ Sistema Internet de la Presidencia de la República. Programa de Cooperación Técnica entre la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Gobierno Mexicano, firmado por Mary Robinson y Vicente Fox, Ciudad de México, 2 de diciembre, 2000. En: <http://www.presidencia.gob.mx/>. Acceso el 6 de marzo, 2003.

capacitación para todos los médicos del Servicio Forense Federal de la PGR, le prestara asistencia en la estandarización de los exámenes médicos de los detenidos y su documentación, y elaborara recomendaciones específicas sobre medidas de prevención y rendición de cuentas. Esta consulta representa la primera iniciativa integral para implementar reformas gubernamentales en consonancia con el Protocolo de Estambul y sus principios relacionados. En marzo de 2002, un equipo de expertos de PHR (incluidos Vincent Iacopino y Alejandro Moreno) se reunió con funcionarios de la PGR, médicos y representantes de organizaciones independientes mexicanas de derechos humanos. Como poco se sabe en la actualidad de la preponderancia de la tortura y los malos tratos en México y de las actitudes y experiencias de los médicos forenses que examinan a los detenidos, los participantes en la reunión acordaron que un primer paso importante para mejorar la documentación forense sería realizar un sondeo integral de los médicos forenses a nivel federal y estatal.

En consecuencia, diseñamos y realizamos una encuesta en la que había que responder a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la frecuencia de exámenes médicos y autopsias en los que se alega, sospecha o documenta tortura?
2. ¿Qué problemas enfrentan los médicos forenses para llevar a cabo exámenes médicos a fondo e imparciales? y
3. ¿Cuáles son las actitudes de los médicos forenses respecto de la práctica de la tortura en México y las medidas que mejoren la investigación forense y documentación de la tortura?

Este dictamen sobre los médicos forenses mexicanos, emprendido con el pleno apoyo del gobierno mexicano, es la primera iniciativa de este tipo y se utilizará para configurar proyectos subsecuentes de implementación del Protocolo de Estambul en otros países.

Métodos

Muestreo y recolección de datos

En mayo de 2002, a los 115 médicos enumerados en la nómina del Servicio Forense Federal de la PGR a nivel nacional, se les entregó en mano una encuesta por escrito con un sobre para que la remitieran debidamente cumplimentada, y una carta de presentación del Director General para la Protección de los Derechos Humanos de la Procuraduría General de la República solicitándoles su participación. Para garantizar el anonimato, los encuestados podían enviar por correo la encuesta cumplimentada dentro del sobre sin datos de identificación a un representante de PHR en Estados Unidos, o introducir la encuesta anónima en un sobre común cerrado en el buzón de una persona

designada por la delegación regional de la PGR para reunir y enviar por correo los sobres al representante de PHR. Como no hay ninguna lista confiable de médicos forenses en los estados pertenecientes a las procuradurías de justicia a nivel estatal, encuestamos a los médicos forenses de los estados que asistieron a la conferencia nacional anual de medicina forense organizada por la PGR y celebrada en la Ciudad de México en agosto de 2002 para dictaminar las experiencias y actitudes de los médicos a nivel de los estados. Un representante de PHR que asistió a la reunión (Alejandro Moreno) distribuyó el cuestionario a los 99 médicos forenses estatales que participaron en la conferencia (32% de unos 310 médicos forenses asociados a las oficinas de los procuradores generales de justicia estatales). Todos los cuestionarios se respondieron en privado y se enviaron al representante de PHR en un sobre cerrado y en blanco.

Para garantizar aún más la confidencialidad, la única información personal que se pedía a los encuestados era la especialidad médica y aproximadamente los años de capacitación y de práctica en medicina forense. Como no se rastreaban las respuestas de los individuos, se distribuyó sólo un lote de encuestas a cada grupo. Además, como las respuestas eran anónimas, no se dispone de datos sobre los que no respondieron. Los participantes no recibieron ninguna compensación. El protocolo de la investigación fue revisado y aprobado por un grupo independiente de personas expertas en medicina clínica, salud pública, bioética e investigación en derechos humanos internacionales, y se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki, revisada en 2000.²⁰ El plan de análisis de los datos fue revisado y aprobado por el Consejo de Revisión Institucional del Ann Arbor Veterans Affairs Medical Center. La recolección de datos se realizó entre junio y agosto de 2002.

Instrumento de la encuesta

El cuestionario consistía en 80 rubros, desarrollados tanto para abordar el contexto mexicano en particular como para cubrir áreas necesarias para dictaminar en qué medida las prácticas y actitudes estaban en correspondencia con los criterios internacionales para la investigación forense y la documentación de la tortura. La encuesta se componía de las siguientes secciones:

1. información sobre capacitación y práctica médicas;
2. actitudes acerca de la definición de tortura y el alcance del problema de la tortura en México;
3. cantidad aproximada de casos en los que se pretendía, sospechaba o documentaba tortura entre los reclusos examinados durante el año anterior;

²⁰ Asociación Médica Mundial. "Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica que implica a sujetos humanos", en JAMA, 2000; 284, pp. 3043-3045.

4. tendencias de las tasas en que se sospechaba o documentaba tortura en el año anterior comparadas con cinco años atrás;
5. evaluación de los problemas que enfrentan los médicos forenses para investigar y documentar la tortura; y
6. recomendaciones de reformas.

Mientras se supone que todos los médicos forenses en México emplean la definición de tortura y malos tratos que se establece en la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura,²¹ uno de los objetivos de la encuesta era cerciorarse de las definiciones de tortura y malos tratos que los encuestados utilizaban en la práctica. Por lo tanto, en la encuesta no se definían dichos términos. Como las definiciones legales de tortura suelen incluir tanto "tortura" como "maltrato",²² las preguntas de la encuesta interrogaban sobre "tortura y/o maltrato". El "alegato" de tortura o maltrato se definía como la afirmación verbal de éstos por un detenido. La "sospecha" de tortura y/o maltrato se definía como los casos en los que el médico tenía razón para creer que el detenido podía haber sufrido tortura y/o maltrato a falta de alegatos verbales del detenido o la clara evidencia de este tipo de abusos. Para las preguntas que pedían a los encuestados que calcularan la cantidad de evaluaciones médicas que habían llevado a cabo y los casos de alegato, sospecha y documentación de tortura en los últimos doce meses, en la encuesta se daban categorías de respuesta con rangos de cifras.

El cuestionario se escribió primero en inglés y después se tradujo al español. Algunas preguntas fueron adaptadas de encuestas anteriores de PHR verificadas en abundancia en el terreno por médicos forenses con experiencia en el examen de detenidos.²³ El cuestionario en español pasó por una prueba piloto con cinco médicos y expertos de derechos humanos en México, dos de los cuales hablaban con fluidez español e inglés. La redacción y los términos se compararon en las versiones en inglés y en español y se incorporaron las sugerencias de la prueba piloto al cuestionario final.

Análisis

Las estadísticas descriptivas se generaron utilizando STATA 7.²⁴ Dado que nuestro objetivo era describir las actitudes y experiencias de esta población de médicos forenses, y no comparar grupos de forenses basándonos en capacitación, práctica o variables de casos, no llevamos a cabo análisis estadísticos comparativos. Además, debido a las dife-

²¹ Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura, Artículo 3.

²² Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, *op. cit.*

²³ V., Iacopino, M., Heisler, & R.J., Rosoff. Torture in Turkey and Its Unwilling Accomplices, *op. cit.*, y V., Iacopino, M., Heisler, S., Pischevar y R.H., Kirschner. "Complicidad del médico en la representación...", *op. cit.*

²⁴ STATA (programa de computación). Publicado 7.0. College Station, Tex: Stata Corp; 2001.

rencias en los marcos para el muestreo de médicos forenses federales y estatales, no presentamos comparaciones estadísticas entre estos dos grupos de médicos.

Calculamos los rangos de cantidades totales de evaluaciones médicas a detenidos realizadas por los encuestados en los 12 meses anteriores y casos de alegato, sospecha y documentación de tortura de los detenidos en los últimos doce meses, como lo informan los encuestados. Los rangos totales para los casos denunciados y documentados se determinaron multiplicando el extremo bajo y alto de cada categoría del rango por la frecuencia de respuestas y después se sumaron todos los rangos de los totales generales de rango bajo y alto. En los casos de sospecha de tortura, se calcularon los rangos multiplicando el número de casos del rango de arriba y de abajo de los casos que cada encuestado reportó en los doce últimos meses, por el porcentaje máximo y mínimo de casos en los que cada encuestado informó de que sospechaba tortura.

Resultados

Encuesta federal de médicos forenses

Práctica, capacitación y características del total de casos. Aunque hubo 103 médicos forenses federales que contestaron a la encuesta, diez de las encuestas habían sido respondidas sólo parcialmente. Por lo tanto, la muestra real de encuestados la constituyeron 93 médicos forenses federales (81% de tasa de respuesta). Como lo muestra el CUADRO 1,* casi todos los encuestados (96%) tenía por lo menos un año de capacitación formal en medicina forense y de práctica en este campo. Aproximadamente la mitad de los médicos federales (56%) había ejercido la medicina forense más de 10 años. La especialidad médica predominante era la medicina general (76%). Otras de las especialidades representadas eran cirugía general (6%), medicina interna (4%), patología (1%), ginecología (2%) y psiquiatría (1%).** Noventa y ocho por ciento de los encuestados federales había realizado exámenes forenses a detenidos en los últimos doce meses. Cuarenta y nueve por ciento de los médicos federales afirmó haber realizado más de 400 evaluaciones en los últimos doce meses. Los 93 médicos forenses federales que respondieron a esta encuesta calculaban haber realizado de 26,445 a 30,650 o más evaluaciones médicas de 13,000 detenidos federales en los últimos doce meses.***

* Nota del editor: Los cuadros se reproducen al final del artículo.

** Nota del editor: Quizás, la falta de psicólogos empleados como forenses es uno de los principales factores de que se obvie la documentación de las secuelas psicológicas de la tortura, a pesar de que sea de las más frecuentes, dado que las secuelas físicas a menudo se disipan con el tiempo a diferencia de las psicológicas. En este volumen, se discuten en detalle los desafíos para lograr una adecuada documentación de las secuelas psicológicas de la tortura.

*** Nota del editor: Lo más probable es que este número refleje el examen rutinario de los detenidos, y no necesariamente un examen específico dirigido a documentar la tortura o el maltrato como producto de una denuncia.

Actitudes acerca de la tortura. La mayoría de los médicos forenses federales encuestados definió la tortura de manera congruente con las definiciones legales mexicanas e internacionales de la tortura y los tratos crueles, incluidas formas de abuso físico y psicológico (CUADRO 2). Cuarenta y nueve por ciento de los médicos forenses federales encuestados afirmaba que la tortura es un grave problema para los detenidos en México. Un 30% adicional consideraba que la tortura era un problema de importancia moderada. No obstante, siete médicos federales encuestados indicaban que ellos creían que la tortura y/o el maltrato puede servir de ayuda para obtener la verdad de los detenidos, y 12 estaban de acuerdo en que es conveniente que funcionarios a cargo del cumplimiento de la ley estén presentes durante los dictámenes médicos de todos los detenidos.****

Cálculos de número de casos de tortura y/o maltrato. Sesenta y tres por ciento de los médicos forenses federales encuestados (58 de 91) informó que había examinado a detenidos en los últimos doce meses que habían *alegado* sufrir tortura y/o maltrato cuando estaban en custodia policial (CUADRO 3). El porcentaje más alto de estos médicos (43%) informó haber examinado entre uno y 50 detenidos que alegaban haber sufrido tortura y/o maltrato. Trece por ciento había examinado de 51 a 100 individuos que alegaron tortura y/o maltrato, y siete médicos informaron que habían examinado de 101 a 300 individuos que alegaron tortura y/o maltrato. Los encuestados reportaron que habían examinado un total que oscilaba de 1658 a 4850 individuos que alegaron tortura y/o maltrato, o de 5% a 18% del número total de evaluaciones a detenidos federales reportadas en los últimos doce meses.

Cuarenta por ciento de los encuestados (37 de 92) había *sospechado* tortura y/o maltrato en los detenidos examinados durante los doce meses anteriores, *a falta de alegatos verbales de abuso por parte de los detenidos* (CUADRO 3). Estos 37 médicos federales informaron que habían examinado entre 131 y 678 detenidos en los que sospechaban tortura y/o maltrato a falta de alegatos de los detenidos. Una mayoría de los encuestados (51 de 79, o 65%) afirmó una disminución en el número de casos sospechosos de tortura en el año anterior comparado con cinco años atrás. Sin embargo, 20% de estos encuestados (16 de 79) afirmó un aumento de este tipo de casos.

Cuarenta y nueve por ciento de los encuestados afirmó que había *documentado evidencia forense de tortura y/o maltrato* en un rango de 285 a 1090 casos (CUADRO 3). Estos casos de tortura o maltrato documentado representan de 1% a 3.5% de rango estimado del número de evaluaciones a detenidos realizadas por los médicos forenses federales. Por último, 20% de los encuestados (18 de 90) informó haber documentado evidencia de tortura y/o maltrato en autopsias en los últimos doce meses.

**** Nota del editor: Esta práctica está en conflicto con la recomendación del Protocolo de Estambul e impide la adecuada investigación y documentación de la tortura.

Problemas en la documentación de la tortura o el maltrato. Los encuestados reportaron una serie de obstáculos a sus intentos de proporcionar una documentación cabal e imparcial de evidencia física y psicológica de tortura (CUADRO 4). Setenta y tres por ciento de los encuestados declaró que se ponía límites a la evidencia forense de tortura en la mayoría de los casos, y 60% coincidió en que el refinamiento de los métodos de tortura por la policía minimiza las señales físicas. Veintinueve por ciento de los encuestados informó que la documentación inadecuada de la evidencia por parte de los médicos forenses contribuía a la tortura y el maltrato de los detenidos en México, y 36% citaba como un problema la supervisión y precisión insuficientes de los exámenes médicos. Otros obstáculos adicionales eran la coerción de los oficiales de policía o la presencia de superiores durante los exámenes (18%) y el temor de los médicos forenses a represalias si documentaban tortura (23%). Dieciocho por ciento de los encuestados afirmó que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley habían intentado estar presentes durante sus exámenes a detenidos en el último año, y 6 médicos declararon que esta presencia había influido en sus exámenes y/o informes médicos.

Los encuestados citaban una serie de limitaciones de recursos y capacitación que dificultaba su capacidad para documentar la evidencia forense de tortura (CUADRO 4). Setenta y cinco por ciento de los encuestados (66 de 88) afirmaba que nunca empleaban documentación fotográfica, y 58% indicaba que no se disponía de equipo o de servicios fotográficos para documentar hallazgos físicos. Veintiocho por ciento (26 de 92) informaba que la capacitación forense recibida brindaba poca o ninguna preparación para documentar la evidencia forense de tortura.

Sólo 60% de los médicos encuestados (55 de 93) respondió la pregunta de si el juez había ignorado por lo menos uno de sus informes médicos de exámenes a detenidos que habían alegado tortura y/o maltrato. Dieciocho médicos declararon que sus informes algunas veces habían sido ignorados debido a la falta de hallazgos físicos, 16 a que no habían establecido una relación de causa-efecto entre la alegada tortura y los hallazgos físicos, y 12 a que no habían identificado a un supuesto perpetrador en sus informes.* Treinta y cinco médicos (38% de los encuestados) coincidían en que los oficiales de policía habían ignorado la evidencia de tortura o maltrato de los detenidos.

Medidas para mejorar la documentación forense. Si bien sólo 23% de los encuestados (21 de 93) informó que sus colegas de medicina forense al menos ocasionalmente no logran documentar evidencia forense de tortura (CUADRO 2), casi todos los encuestados (98%) coincidían en que los médicos forenses necesitan una capacitación adicional para la documentación eficaz de la tortura (CUADRO 5). La mayoría (81%) también declaró que sería de utilidad un formato de evaluación estándar para

* Nota del editor: Este objetivo claramente responde al que conduce la investigación —es decir, al agente del Ministerio Público— y no al médico o psicólogo forense, ya que sólo el MP cuenta con la totalidad de la información derivada de la investigación.

uso de los médicos forenses en casos de alegato o sospecha de tortura y/o maltrato. Además, 95% defendía que se intensificaran las medidas para supervisar la calidad y la precisión de los informes médicos en casos en los que se alega tortura y/o maltrato. Cuando se les preguntaba qué había que hacer con los médicos que malinterpretaban, omitían o falsificaban la información en reportes de tortura o maltrato, 21% indicaba que se debía amonestárseles, 42% apoyaba las sanciones penales, 35% las sanciones administrativas y 44% indicaba que había que despedirlos de su empleo. Por último, altos porcentajes de los médicos forenses federales encuestados citaban una serie de deficiencias judiciales y de aplicación de la ley que contribuían a la tortura y el maltrato de los detenidos en México (CUADRO 6).

Encuesta estatal de médicos forenses

La muestra de encuestados estaba constituida por 91 médicos forenses estatales (92% de tasa de respuesta entre los 99 médicos a los que se les entregó la encuesta). Noventa y uno por ciento de los encuestados tenía un año o más de capacitación formal en medicina forense y 76% eran médicos generales. Treinta y uno por ciento había realizado más de cuatrocientas evaluaciones forenses o médico-legales a detenidos en los últimos doce meses. El CUADRO 7 sintetiza los cálculos que hacen los encuestados a nivel estatal del número de exámenes médicos realizados a detenidos en los últimos 12 meses en los que se alegaba, sospechaba o documentaba tortura y/o maltrato. Además, 36 encuestados habían realizado por lo menos una autopsia judicial a lo largo de los doce meses anteriores con evidencia forense de tortura o maltrato. Cincuenta y ocho por ciento de los encuestados a nivel estatal informó que la tortura es un problema grave en México para los detenidos. Sesenta y seis por ciento citaba supervisión y precisión inadecuadas de los exámenes médicos, y 49% citaba documentación del médico forense inadecuada como problemas que pueden contribuir a la tortura o maltrato de los detenidos en México. Noventa y nueve por ciento de los encuestados suscribía la necesidad tanto de capacitación adicional para la documentación efectiva de tortura y maltrato, como para una mayor supervisión de la precisión y calidad del informe médico. Setenta y siete por ciento de los encuestados a nivel estatal suscribía el empleo de un formato de evaluación estándar para casos en los que se alegara tortura y/o maltrato.

COMENTARIO

Nuestros resultados indican que la tortura y el maltrato de los detenidos siguen siendo problemas muy extendidos en México. Es alentador que una mayoría de los médicos forenses federales encuestados reportaran una disminución de los exámenes médicos en los que se sospechaba o documentaba tortura, comparado con cinco años atrás. No obstante, de las respuestas que dieron los encuestados, calculamos que los médicos forenses federales y estatales habían examinado en los

12 meses previos de 5017 a 11,800 o más detenidos que alegaron tortura, y documentaron evidencia de tortura y/o maltrato en un rango de 806 a 2440 casos o más. Estos cálculos, que representan sólo aquéllos en los que estos médicos estuvieron directamente implicados, exceden indudablemente los seis casos documentados de tortura o maltrato reportados por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en 2000 y 2001.²⁵ No queda claro si la brecha entre los alegatos de tortura de los detenidos y el número de casos de tortura y maltrato que los encuestados reportaron haber documentado se debe a deficiencias en capacidades de documentación, falta de evidencia física o psicológica en los detenidos, o a otros factores.

Nuestro estudio de los hallazgos de la encuesta indica, además, que en México los médicos forenses enfrentan obstáculos importantes a sus intentos de documentar efectivamente el alegato o la sospecha de tortura. Casi todos los encuestados definieron la tortura en consonancia con las definiciones promulgadas en convenciones internacionales de derechos humanos y en México.²⁶ Aun así, aunque la mitad de los encuestados afirmó que la tortura es un grave problema en México para los detenidos, también reportaron que la supervisión y la precisión de los exámenes médicos son inadecuados. Además de enumerar las presiones externas que recaen sobre los médicos forenses para que ignoren la evidencia de abusos, los encuestados apuntaban la necesidad de capacitación especializada, protocolos estandarizados y recursos materiales para incrementar la detección y documentación de evidencia de tortura y maltrato. Ante la falta de hallazgos físicos de tortura, la capacitación y la documentación eficaz de las secuelas psicológicas de la tortura también son importantes. La mayoría de los encuestados (99% de los médicos federales y 92% de los estatales) reconoció formas psicológicas de abuso como tortura. No obstante, 99% de los médicos forenses federales no estaban capacitados como psiquiatras, y en consecuencia, puede que necesiten ayuda adicional para detectar y documentar evidencia psicológica de tortura.

²⁵ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Informe de actividades del 16 de noviembre, 2000, al 31 de diciembre, 2001, México, 2002.

²⁶ Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, *op cit.*; Amnistía Internacional. Mexico: Torture Cases-Calling Out for Justice, *op. cit.*; Amnistía Internacional. Mexico: Justice Betrayed: Torture in the Judicial System, *op. cit.*; Human Rights Watch. Human Rights Watch World Report 2002: Americas: Mexico, *op. cit.*; Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor. US Department of State Country Reports on Human Rights Practices 2001, *op. cit.*; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Report of the Special Rapporteur on the Question of the Human Rights of all Persons Subjected to any Form of Detention or Imprisonment, in Particular: Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Visit to Mexico, *op. cit.*; Lawyers Committee for Human Rights. Legalized Injustice: Mexican Criminal Procedure and Human Rights, *op. cit.*; Secretaría de Seguridad Pública, Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social. Distribución de la Población Penitenciaria por Fuero y Situación Jurídica, *op. cit.*; Organización Mundial de la Salud. WHO Estimates of Health Personnel, *op. cit.*; Constitución mexicana, Artículo 7.

Los deberes y obligaciones de los médicos ante la tortura están claramente definidos en instrumentos internacionales de derechos humanos.²⁷ Entre ellos, la Declaración de Tokio, aprobada por la Asociación Médica Mundial en 1975, declara: “El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquier sea el delito atribuido a la víctima, sea ella sospechosa, acusada o culpable, y cualquiera sean sus creencias o motivos y en toda situación, incluido el conflicto armado o conflicto interno.”²⁸ No investigar ni documentar evidencia de tortura o trato inhumano, cruel o degradante en los detenidos constituye, en efecto, una forma de “favorecer” o ser cómplice de la tortura.²⁹ Pero, como lo ejemplifica el caso de los médicos forenses en México, traducir los principios a la práctica puede resultar difícil. Entre estas dificultades, como lo declaran los médicos forenses en este estudio, están las condiciones de escasez material en las que suelen trabajar, sin ni siquiera equipo auxiliar básico, como cámaras para documentar daños externos, así como el exceso de carga de casos que recae sobre muchos médicos forenses. Además, como empleados del gobierno, puede ser que enfrenten no sólo la coerción que genera la presencia de oficiales de policía en los exámenes médicos que realizan a los detenidos, sino también que teman legítimamente represalias físicas o relacionadas con su puesto de trabajo por documentar evidencia de tortura o maltrato.

Nuestros resultados refuerzan la necesidad de tres medidas específicas para mejorar la investigación y la documentación forenses de abusos a los detenidos. La primera es un programa de capacitación especializada para médicos forenses que se centre en la investigación y documentación de evidencia de tortura y maltrato físicos y psicológicos. En este estudio, 17% de los médicos federales encuestados reportó que ellos pensaban que era adecuado que estuvieran presentes oficiales encargados del cumplimiento de la ley durante el examen médico y 8% coincidía en el argumento de que la tortura o el maltrato puede ayudar a obtener la verdad (CUADRO 2). En consecuencia, un componente esencial de este tipo de capacitación es reforzar los criterios internacionales sobre la privacidad de los exámenes forenses y las normas contra el uso de tortura, cualquiera que sea la

²⁷ Simposio Internacional sobre la Tortura y la Profesión Médica. *Actas del International Symposium on Torture and the Medical Profession*. *J Med Ethics*. 1991; 17 (suppl):1-64; Amnistía Internacional. *Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment*. Nueva York, NY: Amnistía Internacional; 1994, y Amnistía Internacional. “Reglas mínimas estándar para el tratamiento de presos y procedimientos para la implementación efectiva de las reglas mínimas estándar”, en *Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Profession*. Nueva York, NY: Amnistía Internacional; 1994; 89-107.

²⁸ Asociación Médica Mundial. *World Medical Association Declaration Guidelines for Medical Doctors Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment*. Tokio, Japón: World Medical Association; 1975.

²⁹ V., Iacopino. “Médicos turcos coaccionados a ocultar la tortura sistemática”, in *Lancet*. 1996:348, p. 1500, y Asociación Médica Británica. *Medicine Betrayed: The Participation of Doctors in Human Rights Abuses*. Londres, Inglaterra: Zed Books; 1992.

razón.* En segundo lugar, la elaboración y el empleo de protocolos estandarizados y de procedimientos de documentación puede contribuir a garantizar una mayor uniformidad de los exámenes médicos y su documentación. En tercer lugar, es necesario instituir una supervisión de la calidad y precisión de las evaluaciones médicas en casos de alegato de tortura o trato inhumano, cruel o degradante para hacer responsables a los médicos forenses de la documentación de tortura y maltrato.

En México, como en todas partes, la documentación efectiva de tortura representa sólo una de las medidas necesarias para impedirla y fincar responsabilidades a los perpetradores. Como lo indican los encuestados, el mejoramiento de los exámenes médicos forenses y su documentación ha de estar vinculado con investigaciones y protecciones legales adecuadas, supervisión independiente de las prácticas policíacas, sanciones punitivas a los perpetradores y medidas más duras que prohíban la aceptación judicial de confesiones extraídas bajo tortura como evidencias. En México, los médicos forenses federales y estatales están en posición de ser testigos del sufrimiento humano causado por la tortura y el maltrato, y mediante sus investigaciones y documentación, ayudar a poner fin a estas prácticas. Para cumplir este papel, necesitan suficiente autonomía y salvaguardas procesales dentro de un sistema judicial más amplio en el que se obligue a cumplir con el respeto a los derechos humanos.

Hay que destacar algunas de las limitaciones de este estudio. Hemos insistido en los resultados de la encuesta a médicos forenses federales porque encuestamos al total de éstos con una tasa de respuesta de 81%. En cambio, a nivel estatal, encuestamos a una muestra útil de aproximadamente una tercera parte de los médicos forenses asociados a las procuradurías estatales de justicia. Los hallazgos correspondientes a este grupo pueden no ser generalizables a otros médicos forenses a nivel estatal. Sin embargo, vale la pena destacar que incluso si las dos terceras partes restantes de los médicos forenses no hubieran reportado ningún caso en absoluto de tortura y maltrato, aun así las cantidades hubieran sido alarmantemente altas. En segundo lugar, este estudio no incluyó a ningún médico forense a nivel municipal ni del Distrito Federal, ni a aquéllos asociados con comisiones de derechos humanos, el ejército o los reclusorios. Por lo tanto, no se pueden generalizar nuestros resultados a esos grupos. En tercer lugar, nuestra estrategia de recolección de datos, como es el caso en todas las encuestas que piden a los encuestados que reporten casos del pasado, estaba sometida al auto-informe y los prejuicios o sesgos de la rememoración. Además, los propios pun-

* Nota del editor: Esta publicación se enfoca en los estándares internacionales y su aplicación práctica en la documentación de la tortura en México, como consecuencia de la serie de seminarios-talleres que se realizaron en el marco del Proyecto "Implementación de las Recomendaciones derivadas del Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México", ejecutado por OACNUDH con el financiamiento de la Unión Europea. El trabajo de la Sub procuraduría de Derechos Humanos de la PGR, paralelamente, impulsaba la adopción a nivel estatal del protocolo estandarizado y un sistema de supervisión de la aplicación del Protocolo de Estambul, a nivel práctico. A pesar de haber logrado su implementación en varios estados durante la vida de este proyecto, muchos de los obstáculos que antes existían tanto en capacitación, personal, equipo como sistémicos, para la eficaz documentación de la tortura siguen existiendo.

tos de vista subjetivos de los encuestados sobre los temas que abarca la encuesta puede ser que hayan sesgado sus reportes. Por ejemplo, aunque en México los médicos forenses han recibido capacitación en las definiciones legales de tortura y maltrato, en la encuesta no proporcionamos una definición operativa de estos términos. No obstante, sobre este aspecto, es reconfortante que más de 90% de los encuestados definió la tortura y el maltrato de manera congruente con el derecho nacional e internacional. Por último, no verificamos las series estimadas por los encuestados de los casos en que había alegato, sospecha o documentación de tortura y/o maltrato en los años anteriores. No podemos determinar, por lo tanto, si los encuestados sub-reportaron o sobre-reportaron el número de estos casos.

En conclusión, la tortura y el maltrato de los detenidos sigue siendo un problema importante en México y está facilitado por una serie de factores. Los médicos forenses apoyan medidas que mejoren la documentación forense de tortura y maltrato a los detenidos, incluidas la capacitación especializada, los protocolos estandarizados y procedimientos de documentación, así como la supervisión de la calidad y precisión de las evaluaciones médicas en casos de supuesta tortura y maltrato. Este tipo de medidas deben ser componentes integrales de intentos más amplios de responsabilizar a los perpetradores y de eliminar la tortura.

Cuadros

Cuadro 1**Características de los médicos forenses federales mexicanos encuestados**

CARACTERÍSTICA (NO. DE ENCUESTADOS QUE RESPONDIERON)	NO. ABSOLUTO	%*
≥1 año de capacitación formal en medicina forense (n=91)	87	96%
<1 año de práctica de medicina forense (n=93)	91	98%
Práctica de la medicina general (n=85)	65	76%
No. de evaluaciones forenses y/o de medicina legal a detenidos realizadas en los últimos 12 meses (n=92)		
Ninguna	2	2%
1-50	1	1%
51-100	4	4%
101-200	12	13%
201-300	14	15%
301-400	14	15%
>400	45	49%
Total no. de evaluaciones a detenidos en los últimos 12 meses	de 26,445 a > 30,650	

- * Puede que los porcentajes no sumen exactamente 100 debido al redondeo.
- + Los rangos totales se determinaron multiplicando cada categoría de la serie por la frecuencia de respuestas y después sumando todas las categorías de la serie.

Cuadro 2**Actitudes de los médicos forenses federales mexicanos acerca de la tortura**

ACTITUDES (NO. DE ENCUESTADOS)	No. ABSOLUTO	%
Algunos actos por funcionarios encargados de hacer cumplir la ley caen dentro de la definición de tortura		
Actos físicos que no consisten en golpes (p. ej., toques eléctricos, quemaduras, suspensión) (n=91)	89	98%
Actos psicológicos (p. ej., amenazas de muerte) (n=91)	90	99%
Actos relacionados con el sexo (violación, humillación sexual) (n=91)	87	96%
Sólo golpes, sin considerar la presencia o falta de lesiones físicas (n=92)	84	91%
Interrogatorios que implican amenazas de daño o intimidación, pero no lesiones físicas (n=91)	86	95%
La tortura es un grave problema en México para los detenidos (n=92)	45	49%
La tortura y/o el maltrato pueden ayudar a obtener la verdad (n=93)	7	8%
Es adecuado que funcionarios encargados de hacer cumplir la ley estén presentes en las evaluaciones médicas de todos los detenidos (n=70)	12	17%
Es adecuado que funcionarios encargados de hacer cumplir la ley estén presentes en las evaluaciones médicas de los detenidos acusados de delitos violentos (n=77)	60	78%
No es nunca adecuado que funcionarios encargados de hacer cumplir la ley estén presentes en las evaluaciones médicas (n=67)	20	30%
Creer que colegas de medicina forense no documentan evidencia forense de tortura al menos ocasionalmente (n=93)	21	23%
Es de suma importancia determinar la evidencia psicológica de tortura y/o maltrato (n=92)	79	86%

Cuadro 3

Cálculos de los médicos forenses federales mexicanos del número de casos de tortura y/o maltrato en los últimos 12 meses

Calculo (número de encuestados que respondieron)	No. ABSOLUTO	%
No. de individuos examinados en los últimos 12 meses que alegan tortura y/o maltrato en custodia policial (n=91)		
Ninguno	33	36%
1-50	39	43%
51-100	12	13%
101-200	4	4%
201-300	3	3%
301-400	0	0%
>400	0	0%
Total*	1658	4850
Porcentaje de exámenes en los que los encuestados sospecharon que detenidos sufrieron tortura y/o maltrato, aunque no lo denunciaron verbalmente (n=92)		
Ninguno	55	60%
1-5	36	39%
6-10	1	1%
11-25	0	0%
26-50	0	0%
>50	0	0%
Total+	131	678
Cambio en no. de detenidos que se sospecha han sufrido tortura en los últimos 12 meses comparado con hace 5 años (n=79)		
Aumento	16	20%
Sin cambio	12	15%
Disminución	51	65%
No. de casos en los últimos 12 meses en los que los encuestados documentaron evidencia forense de tortura y/o maltrato (n=93)		
Ninguno	48	52%
1-10	34	37%
11-50	9	10%
51-100	1	1%
101-200	1	1%
>200	0	
Total*	285	1090

Actitud (no. de encuestados que respondieron)	No. ABSOLUTO	%
Porcentaje de autopsias realizadas en los últimos 12 meses que muestran evidencia forense de tortura y/o maltrato (n=90)		
Ninguna	2	80%
1-5	18	20%
6-10	0	0%
11-25	0	0%
26-50	0	0%
>50	0	0%

- * Las series totales se determinaron multiplicando cada categoría de serie por la frecuencia de respuestas y después sumando todas las categorías de la serie.
- + El rango calculado de casos sospechosos de tortura se determinó multiplicando el porcentaje alto y bajo de exámenes en que los encuestados sospecharon tortura por las cantidades alta y baja, respectivamente, de evaluaciones médicas que cada encuestado reportó que había realizado en los últimos 12 meses, y después sumando estas cantidades.

Cuadro 4

Problemas reportados por médicos forenses federales mexicanos en la documentación de tortura y/o maltrato de los detenidos

Problema (no. de encuestados que respondieron)	No. ABSOLUTO	%
Problemas experimentados que pueden contribuir a la tortura y/o el maltrato de los detenidos		
La presencia de evidencia forense en la mayoría de los casos es limitada (n=91)	6	73%
Agentes de policía siguen refinando métodos de tortura que minimizan las señales físicas (n=90)	54	60%
Supervisión y precisión inadecuadas de los exámenes médicos (n=91)	33	36%
Documentación inadecuada realizada por los médicos (n=91)	26	29%
Los médicos temen represalias futuras en forma de amenazas y/o actos dañinos (n=91)	21	23%
La presencia de oficiales de policía o superiores coacciona a los médicos a omitir evidencia de tortura en los informes (n=90)	16	18%
Oficiales encargados de hacer cumplir la ley han intentado estar presentes en los exámenes de detenidos (n=91)	16	18%
Proporción de exámenes forenses en los últimos 12 meses realizados en presencia de oficiales a cargo de imponer la ley (n=29)		
Ninguno	8	28%
1-10	5	17%
11-50	8	28%
>50	8	28%
La presencia de agentes a cargo de imponer la ley durante el examen de detenidos ha influido en el examen médico y/o en el informe en los últimos 12 meses (n=26)	6	23%
No hay ni equipo ni servicios fotográficos para documentar los hallazgos físicos (n=93) Frecuencia de documentación fotográfica de evidencia forense de tortura y/o maltrato (n=88)II	54	58%

Nunca	66	75%
Ocasionalmente	12	14%
Frecuentemente	1	1%
Siempre	7	8%
No sé	2	2%
La capacitación forense brindó poca o nula preparación para documentar evidencia forense de tortura (n=92)	26	28%
¿Ha ignorado el juez por lo menos un informe médico que documente evidencia forense de tortura? (n=92)		
Falta de hallazgos físicos (n=54)	18	33%
El informe no establecía relación de causa-efecto (n=55)	15	27%
Frecuencia, en la experiencia del encuestado, con la que la policía ignora evidencia de tortura y/o maltrato (n=92)		
Nunca	43	47%
Ocasionalmente	22	24%
Frecuentemente	12	13%
Siempre	1	1%
No sé	14	15%
Actitud (no. de encuestados que respondieron)	No. ABSOLUTO	%

Cuadro 5

Actitudes de los médicos forenses federales mexicanos respecto de medidas que contribuyan efectivamente a documentar la tortura y/o el maltrato

Actitud (no. de encuestados que respondieron)	No. ABSOLUTO	%
Los médicos forenses necesitan capacitación adicional para una documentación efectiva de tortura y/o maltrato (n=93)	91	98%
Un formato de evaluación estándar cuando se alega tortura y/o maltrato sería sumamente útil (n=93)	75	81%
Es necesario intensificar medidas para supervisar la calidad y precisión de informes médicos en casos en que se alega tortura y/o maltrato (n=93)	88	95%
Cuánto tiempo se necesita para realizar una evaluación médica adecuada de un detenido que alega tortura o maltrato (n=90)		
>-15 minutos	1	1%
16-30 minutos	20	22%
31-60 minutos	35	39%
1-2 horas	16	18%
>2 horas	16	18%
No sé	2	2%
Sugerir consecuencias para médicos que malinterpretan, omiten y/o falsifican información en informes de tortura/maltrato		
Amonestación (n=93)	22	21%
Sanción administrativa (n=93)	36	35%
Sanción penal (n=93)	43	42%
Despido del puesto de trabajo (n=93)	45	44%
Otras (n=93)	4	4%

Cuadro 6

Opiniones de médicos forenses federales mexicanos sobre factores judiciales y de imposición de la ley que contribuyen a la tortura

Opinión (no. de encuestados que respondieron)	No. ABSOLUTO	%
Investigaciones legales inadecuadas (n=91)	73	80%
Prácticas inadecuadas de supervisión de policía (n=89)	69	78%
Corrupción de los agentes del Ministerio Público (n=89)	50	56%
Defensa legal inadecuada de los detenidos (n=90)	59	66%
Falta de sanciones punitivas para los que cometen tortura (n=91)	56	62%
Los procuradores ignoran los alegatos de tortura (n=89)	55	62%
Las investigaciones se etiquetan como "abuso de la policía" en vez de "tortura" (n=91)	81	89%
Corrupción de jueces y magistrados (n=89)	44	49%
Los jueces reconocen confesiones obtenidas por agentes del Ministerio Público (n=90)	45	50%
Los jueces reconocen confesiones obtenidas por la policía (n=89)	45	51
Falta de independencia entre las investigaciones penales y los procesos (n=90)	37	41%

Cuadro 7

Cálculos de número de casos de tortura y/o maltrato en los últimos 12 meses de médicos forenses estatales mexicanos

Cálculo (no. de encuestados que respondieron)	No. ABSOLUTO	%
No. de individuos examinados en los últimos 12 meses que alegaron tortura y/o maltrato en custodia de la policía (n=86)		
Ninguno	27	31%
1-50	27	31%
51-100	18	21%
101-200	6	7%
201-300	6	7%
301-400	2	3%
>400	0	0%
Total*	3359	6950
Porcentaje de exámenes en que los encuestados sospecharon que los detenidos sufrieron tortura y/o maltrato, aunque no lo alegaran verbalmente (n=85)		
Ninguno	26	31%
1-5	51	60%
6-10	3	4%
11-25	3	4%
26-50	2	2%
>50	0	0%
Total*	243	1048
Cambio en no. de detenidos sospechosos de sufrir tortura en los últimos 12 meses comparado con hace 5 años (n=72)		
Aumento	23	31%
Ningún cambio	12	17%
Disminución	37	51%
No. de casos en los últimos 12 meses en que los encuestados documentaron evidencia forense de tortura y/o maltrato (n=86)		
Ninguno	34	40%
1-10	40	47%
11-50	7	8%
51-100	4	5%
101-200	0	0%
>200	1	1%
Total*	de 521 a >1350	

* Los rangos totales se determinaron multiplicando cada categoría de serie por la frecuencia de respuestas y después sumando todas las categorías de la serie.

+ El rango calculado de casos de sospecha de tortura se determinó multiplicando los porcentajes bajo y alto de exámenes en que los encuestados sospecharon tortura por las cantidades baja y alta, respectivamente, de evaluaciones médicas que cada encuestado reportó que había realizado en los 12 últimos meses, y después sumando estas cantidades.

Cuestionario Dirigido al Personal Médico Forense Especializado Sobre la Investigación Pericial en Supuestos Casos de Tortura y Maltrato

Instrucciones de llenado

- Por favor complete todas las preguntas
- Por favor subraye su respuesta(s) o escriba su respuesta si así fuese indicado
- Al responder las preguntas por favor verificar si se le pide señalar una o varias respuestas.

1. Señale su capacitación como médico forense y/o legista (subraye sólo una respuesta)

1. Especialidad en medicina forense
2. Diplomado en medicina forense
3. Otro tipo de capacitación especializada en ciencias penales (tales como criminalística, criminología y victimología, etc.; por favor indíquelo): _____
4. Experiencia profesional únicamente

2. Señale cuánto tiempo de capacitación especializada en medicina forense y/o medicina legal ha recibido (subraye sólo una respuesta)

1. Ninguna capacitación especializada
2. De 1 a 12 meses
3. De 13 a 24 meses
4. Más de 24 meses (por favor indíquelo): _____

3. Señale los años de experiencia profesional como médico forense y/o legista (subraye sólo una respuesta)

1. Menos de 1 año de experiencia
2. De un año a 5 años de experiencia
3. De 6 a 10 años de experiencia
4. Más de 10 años de experiencia

4. Señale su especialidad médico-clínica en caso de contar con ella y años de experiencia (subraye sólo una respuesta).

- | | Años de experiencia |
|---|---------------------|
| 1. Médico general | _____ |
| 2. Patólogo | _____ |
| 3. Cirujano general | _____ |
| 4. Médico internista | _____ |
| 5. Ginecólogo y obstetra | _____ |
| 6. Psiquiatra | _____ |
| 7. Otra especialidad clínica (por favor indíquela): | _____ |

5. Señale cuántos dictámenes o certificados médico-legales realizó usted en personas detenidas en promedio el año pasado (subraye sólo una respuesta).

1. Ninguno
2. De 1 a 50
3. De 51 a 100
4. De 101 a 200
5. De 201 a 300
6. De 301 a 400
7. Más de 400 (por favor indíquelo): _____

6. De los dictámenes o certificados médico-legales que usted llevó a cabo el año pasado en individuos detenidos, señale el porcentaje que usted considera fueron objeto de tortura física y/o psicológica, aun cuando los examinados no denunciaron haber sufrido este tipo de abuso (subraye sólo una respuesta).

1. Ninguno
2. De 1 a 5%
3. De 6 a 10%
4. De 11 a 25%
5. De 26 a 50%
6. Más del 50% (por favor indíquelo): _____

7. Indique el número de individuos que usted examinó el año pasado que alegaron tortura y/o maltrato mientras estaban detenidos (subraye sólo una respuesta).

1. Ninguno
2. De 1 a 50
3. De 51 a 100
4. De 101 a 200
5. De 201 a 300
6. De 301 a 400
7. Más de 400 (por favor indíquelo): _____

8. En relación con la pregunta anterior, ¿cómo considera usted que ha cambiado el número de individuos que alegaron tortura y/o maltrato en los últimos 5 años comparado con el año anterior (subraye sólo una respuesta)?

1. El número de individuos ha incrementado (Continúe con la pregunta 8a)
2. El número de individuos se ha mantenido igual (Continúe con la pregunta 9)
3. El número de individuos ha disminuido (Continúe con la pregunta 8b)

8a. Señale, ¿en qué porcentaje considera usted se ha INCREMENTADO el número de individuos que alegan tortura en los últimos 5 años comparado con el año anterior (subraye sólo una respuesta)?

1. De 1 a 5%
2. De 6 a 10%
3. De 11 a 25%
4. De 26 a 50%
5. Más del 50% (por favor indíquelo): _____

(Continúe con la pregunta 9)

8b. Señale, ¿en qué porcentaje considera usted se ha DISMINUIDO el número de individuos que alegan tortura en los últimos 5 años comparado con el año anterior (subraye sólo una respuesta)?

1. De 1 a 5%
2. De 6 a 10%
3. De 11 a 25%
4. De 26 a 50%
5. Más del 50% (por favor indíquelo) _____

(Continúe con la pregunta 9)

9. Señale qué porcentaje de individuos que usted examinó el año pasado y que alegaron tortura y/o maltrato pertenecen a los siguientes grupos: (Escriba el porcentaje dentro del paréntesis de 0 a 100)

- | | |
|---|--------|
| 9a. Mujeres | _____% |
| 9b. Indígenas | _____% |
| 9c. Campesinos | _____% |
| 9d. Individuos acusados de delitos relacionados con el narcotráfico | _____% |

10. Señale ¿cuántas autopsias de tipo judicial realizó usted el año pasado (subraye sólo una respuesta)

1. Ninguna
2. De 1 a 10

3. De 11 a 50
4. De 51 a 100
5. De 101 a 200
6. Más de 200 (por favor indíquelo) _____

11. Señale el porcentaje de autopsias de tipo judicial que usted realizó el año pasado en las cuales encontró evidencia forense de tortura y/o maltrato (subraye sólo una respuesta).

1. De 1 a 5%
2. De 6 a 10%
3. De 11 a 25%
4. De 26 a 50%
5. Más del 50% (por favor indíquelo) _____

12. En relación con la pregunta anterior, ¿cómo considera usted que ha cambiado el número de autopsias judiciales en las cuales encontró evidencia forense de tortura y/o maltrato en los últimos 5 años comparado con el año anterior (subraye sólo una respuesta)?

1. El número de autopsias ha incrementado (Continúe con la pregunta 12a)
2. El número de autopsias se ha mantenido igual (Continúe con la pregunta 13)
3. El número de autopsias ha disminuido (Continúe con la pregunta 12b)

12a. Señale, ¿en qué porcentaje considera usted se ha INCREMENTADO el número de autopsias judiciales en las cuales encontró evidencia forense de tortura y/o maltrato en los últimos 5 años comparado con el año anterior (subraye sólo una respuesta)?

6. De 1 a 5%
5. De 6 a 10%
6. De 11 a 25%
7. De 26 a 50%
8. Más del 50% (por favor indíquelo): _____

(Continúe con la pregunta 13)

12b. Señale, ¿en qué porcentaje considera usted se ha DISMINUIDO el número de autopsias judiciales en las cuales encontró evidencia forense de tortura y/o maltrato en los últimos 5 años comparado con el año anterior (subraye sólo una respuesta)?

1. De 1 a 5%
2. De 6 a 10%
3. De 11 a 25%

4. De 26 a 50%
5. Más del 50% (por favor indíquelo): _____

(Continúe con la pregunta 13)

13. Señale si usted considera personalmente que los siguientes actos caen dentro de la definición de tortura (subraye Sí o No para cada una de las preguntas)

	SÍ	NO	
13a.	1	2	Interrogatorios con intimidación o amenazas, pero sin abuso físico
13b.	1	2	Golpes sin importar el hecho de que dejen o no lesiones
13c.	1	2	Acciones de tipo físico tales como quemaduras y toques eléctricos
13d.	1	2	Acciones de tipo psicológico tales como amenazas de muerte, permanecer incomunicado y aislado.
13e.	1	2	Acciones de tipo sexuales como violación, golpes a los genitales, vejación u hostigamiento sexual

14. ¿En su opinión, cree que la tortura conduce a decir la verdad (subraye sólo una respuesta)?

1. Sí
2. No

15. Señale, en su opinión personal, ¿qué tan serio cree que es el problema de tortura y/o maltrato en individuos detenidos en México (subraye sólo una respuesta)?

1. No es problema
2. Es un problema de mínima trascendencia
3. Es un problema de moderada trascendencia
4. Es un problema de extrema trascendencia
5. No sé su trascendencia

16. De los siguientes factores, ¿cuáles considera usted que contribuyen a que se comenten actos de tortura y/o maltrato en individuos detenidos en México (subraye Sí o No para cada una de las repuestas)?

	SÍ	NO	
16a.	1	2	Investigaciones ministeriales inadecuadas
16b.	1	2	Los jueces permiten como prueba las confesiones iniciales obtenidas por el Ministerio Público

	SÍ	NO	
16c.	1	2	Los jueces permiten como prueba las confesiones iniciales obtenidas por la policía
16d.	1	2	Los agentes del Ministerio Público omiten este tipo de investigación
16e.	1	2	No se inician las averiguaciones por el delito de tortura específicamente, sino por otros crímenes como lesiones y abuso de autoridad
16f.	1	2	Corrupción de los agentes del Ministerio Público
16g.	1	2	Corrupción de jueces y magistrados
16h.	1	2	Los médicos forenses documentan inadecuadamente estos hallazgos
16i.	1	2	Los médicos forenses son presionados por las autoridades policiales o por sus superiores para no documentar estos hallazgos
16j.	1	2	Los médicos forenses no documentan estos hallazgos por temor a futuras represalias
16k.	1	2	No se supervisa adecuadamente las prácticas policiales
16l.	1	2	No hay una supervisión adecuada de la calidad y precisión de las evaluaciones forenses
16m.	1	2	No hay sanciones para aquellas personas que torturan y/o maltratan a los detenidos
16n.	1	2	Las personas que alegan haber sido torturadas y/o maltratadas no tienen una defensa legal adecuada
16o.	1	2	La evidencia de tipo físico es limitada en la mayoría de los casos
16p.	1	2	Las instituciones policíacas han y siguen perfeccionando sus técnicas lesivas a fin de no dejar indicios, huellas o signos físicos de tortura
16q.	1	2	Falta de independencia entre los agentes investigadores y los fiscales

17. ¿Quiénes considera usted que cometen tortura más frecuentemente (subraye todas las repuestas que considere apropiadas)?

1. Policía de seguridad pública municipal
2. Policía de seguridad pública estatal
3. Policía Judicial o Ministerial Estatal
4. Agentes del Ministerio Público del fuero común
5. Policía Federal Preventiva
6. Policía Judicial Federal

7. Miembros del Ejército y de la Armada
8. Agentes del Ministerio Público de la federación
9. Otro (por favor indíquelo): _____

18. ¿Considera Usted que la policía ignora el hecho de que individuos detenidos son torturados y/o maltratos (subraye sólo una respuesta)?

1. Nunca
2. Ocasionalmente
3. Frecuentemente
4. Siempre
5. No sabe

19. Señale, ¿cuál considera usted que es el PRINCIPAL propósito de hacer un dictamen médico en un individuo que alega haber sido torturado o maltratado (subraye sólo una respuesta)?

1. Establecer un diagnóstico forense o médico legal de tortura
2. Documentar la presencia o ausencia de hallazgos físicos y psicológicos de tortura y/o maltrato
3. Documentar y correlacionar los hallazgos físicos y psicológicos con las alegaciones de tortura
4. Comprobar la existencia o no de tortura e identificar al responsable
5. Otra razón (por favor indíquela): _____

20. Señale, ¿cuántos dictámenes médicos de individuos que alegaron haber sido torturados y/o maltratados hizo usted el año pasado (subraye sólo una respuesta)?

1. Ninguno
2. De 1 a 10 casos
3. De 11 a 50 casos
4. De 51 a 100 casos
5. De 101 a 200 casos
6. Más de 200 casos (por favor indíquelo): _____

21. ¿Tiene Usted la posibilidad de tomar fotografías para documentar lesiones físicas (subraye Sí o No)?

1. Sí
2. No

22. En relación con la pregunta anterior, ¿qué tan frecuente documentó fotográficamente las lesiones físicas en aquellos individuos que alegaron haber sido torturados y/o maltratados (subraye sólo una respuesta)?

1. Nunca
2. Ocasionalmente
3. Frecuentemente
4. Siempre
5. No se acuerda

23. ¿Considera usted que sus colegas omiten documentar las lesiones producidas por tortura y/o maltrato (subraye sólo una respuesta)?

1. Nunca
2. Ocasionalmente
3. Frecuentemente
4. Siempre
5. No se acuerda

24. Señale, ¿cuánto tiempo considera usted necesario para llevar a cabo un dictamen médico completo en un individuo que alega haber sido torturado y/o maltratado (subraye sólo una respuesta)?

1. Menos de 15 minutos
2. Entre 16 a 30 minutos
3. Entre 31 minutos y 1 hora
4. De 1 a 2 horas
5. Más de 2 horas
6. No sabe

25. ¿Cuando Usted realiza dictámenes médicos están presentes durante el examen agentes de policía?

1. Sí (Continúe con las preguntas 25a y 25 b)
2. No (Continúe con la pregunta 26)

25a. ¿Considera que la presencia de agentes de policía durante el examen forense influye en usted al momento de hacer o escribir su dictamen (subraye Sí o No)?

1. Sí
2. No

(Continúe con la pregunta 25b)

25b. Señale, ¿qué porcentaje de los dictámenes forenses o médico legales que usted realizó el año pasado los hizo en presencia de un agente de policía (subraye sólo una respuesta)?

1. Ninguno
2. De 1 a 5%
3. De 6 a 10%
4. De 11 a 25%
5. De 26 a 50%
6. Más del 50% (por favor indíquelo): _____

(Continúe con la pregunta 26)

26. ¿Bajo qué circunstancias considera usted necesaria la presencia de agentes de policía durante la práctica del examen médico (subraye Sí o No para cada respuesta)?

	SÍ	NO	
26a.	1	2	Necesaria para todos los detenidos
26b.	1	2	Necesaria para detenidos acusados de crímenes violentos
26c.	1	2	No es necesaria en ninguna circunstancia

27. Del total de los dictámenes forenses y médico legales que usted practicó el año pasado, señale el porcentaje de exámenes que realizó en cada uno de los siguientes lugares (**verifique que la suma de los porcentajes sea igual a 100**)

1.	Agencia del Ministerio Público	_____%
2.	Servicio Médico	_____%
3.	Reclusorios y penitenciarías	_____%
4.	Casas de arraigo	_____%
5.	Hospitales	_____%
6.	Otro (por favor indique): _____	_____%
	Total	100%

28. Señale, ¿qué tan importante es para usted hacer un estudio y/o dictamen psicológico en un individuo que alega haber sido torturado y/o maltratado (subraye sólo una respuesta)?

1. No es importante
2. De mínima importancia
3. De moderada importancia
4. De extrema importancia
5. No sabe

29. En los casos que usted ha tenido conocimiento de la resolución de la autoridad ministerial o del juez, ¿cómo se ha tomado en cuenta su dictamen médico en los casos que se alega tortura o maltrato (subraye Sí o No para cada respuesta)?

	SÍ	NO	
29a.	1	2	Ignorado por ausencia de lesiones físicas
29b.	1	2	Ignorado por no establecer una relación causa-efecto de las lesiones
29c.	1	2	Ignorado por no establecer al culpable

30. Señale, ¿cómo considera el nivel de capacitación médico forense y/o legal que usted recibió durante su capacitación para documentar tortura y maltrato (subraye sólo una respuesta)?

1. No recibió capacitación
2. De bajo nivel
3. De un nivel aceptable
4. De un alto nivel

31. Señale si en su opinión los médicos forenses y legistas deberían recibir más capacitación especializada en la investigación pericial en casos de tortura y maltrato (subraye Sí o No)

1. Sí
2. No

32. Señale, ¿qué tan valioso sería para usted el tener un formato estandarizado para hacer dictámenes forenses en personas que alegan haber sido torturadas y/o maltratadas (subraye sólo una respuesta)?

1. Sin valor
2. De escaso valor
3. De mediano valor
4. De gran valor

33. Señale, ¿en su opinión, qué se debería hacer con los médicos que intencionalmente tergiversan, falsean u omiten información en los dictámenes médicos especializados en casos de tortura y maltrato (subraye todas las repuestas que considera apropiadas)?

1. Nada
2. Llamarles la atención o extranamiento laboral
3. Sancionarlos administrativamente

4. Sancionarlos penalmente
5. Echarlos del cargo
6. Otro (por favor indíquelo): _____

34. Señale si usted apoyaría la implementación de medidas de calidad para los dictámenes médicos especializados en los casos que se alegan tortura y maltrato.

1. Sí
2. No

Por favor escriba cualquier otro comentario que pueda tener al respecto de este tema:

Consideraciones para la documentación de las secuelas de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, según el Protocolo de Estambul

Peritajes Médicos y Psicológicos

• NIEVES GÓMEZ*

La práctica usual de establecer la existencia o no de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, con base en la sola evidencia física observable, omite una prueba sumamente relevante: el peritaje psicológico. El peritaje psicológico¹ es un factor clave en el proceso de investigación o documentación de un caso de tortura, ya que sirve para determinar la existencia de tortura psicológica en sí misma o como daño derivado de la tortura física. Las secuelas físicas pueden desaparecer con el paso del tiempo, pero, generalmente, las psicológicas permanecen. Por ello, es importante documentar tales manifestaciones psicológicas, especialmente cuando los hechos de posible tortura física hayan ocurrido hace tiempo o sean del tipo de agresión que no deja rastros externos.

En ese sentido, el perito se vuelve un actor fundamental, caracterizado por tener conocimientos en una determinada disciplina, los cuales, en el caso específico de tortura o maltrato, servirán para aportar información a la determinación legal a cerca de algún aspecto susceptible de prueba, como por ejemplo, si se puede corroborar, y en qué medida, la denuncia de hechos e identificar y cuantificar el daño producido para de ahí poder resarcir o reparar a la víctima.

Así, las labores del perito psicólogo, sus acciones, objetivos y metodología son diferentes a los perseguidos y utilizados por un profesional de esta disciplina en un contexto de terapia psicológica que persigue fines de rehabilitación psicosocial. A lo largo del presente apartado se desarrollarán la metodología y acciones precisas que debe perseguir el perito psicólogo, bien sea médico o psicólogo, en su labor de documentar y evaluar los daños producidos por la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tal y como lo propone el Protocolo de Estambul.

El perito, para elaborar su peritaje, deberá tener conocimientos en las ciencias de la psicología, de la medicina, y de preferencia, conocimientos, práctica y experiencia con personas que han sido víctimas de tortura.

* *Licenciada en Psicología*, Universidad de Salamanca, 1995; *Diploma en Criminología*, dentro del Título Propio Ciencias de la Seguridad en la Universidad de Salamanca, España, 1999; *Doctorado en Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 1998, Universidad de Salamanca, España y desde 2002 Coordinadora de un programa de intervención psicosocial en víctimas de tortura en las comunidades de Rabinal, Chimaltenango y la región Ixil del Equipo de Estudios Comunitarios y de Acción Psicosocial. ECAP. Guatemala.

¹ El peritaje psicológico es el resultado del examen que realiza un profesional en psicología en el contexto de un proceso legal. El hecho de ser experto cambia la naturaleza del testimonio del psicólogo al suponer que tiene conocimientos especiales que ayudan al juzgador a interpretar y valorar los hechos.

Los psicólogos forenses adquieren sus conocimientos en universidades donde regularmente no existe formación enfocada en la psicología forense. Los pocos espacios de formación se centran en la persona que supuestamente cometió el delito y en determinar su posible inimputabilidad, lo que en otro lenguaje se refiere a que si la persona tenía el conocimiento y la voluntad de realizar el acto delictivo por el que se le acusa. Este tipo de diagnósticos psicológicos centrados en el posible infractor, se valen de instrumentos que evalúan la inteligencia de la persona o que determinan los rasgos de su personalidad. En definitiva, lo que busca el perito, en este caso, es saber si la persona se encuentra o no dentro de un rango de "normalidad". Este enfoque, por el contrario, no es el mismo que debe tener el psicólogo cuando se acerca a la documentación de un posible caso de tortura.

La evaluación psicológica forense, en el contexto de la victimología, ha abierto algunos espacios dirigidos a la evaluación psicológica de la víctima con el fin de determinar el daño y los efectos que el delito produjo en ella. En este caso, no se busca evaluar si la persona se encontraba en una situación de "normalidad" psicológica, sino de evaluar el impacto de ciertos hechos en ella. Esto es un acercamiento más afín a lo que pretende el Protocolo de Estambul.

El número de casos que llegan a los tribunales donde la víctima o el juez solicitan un peritaje, tienden a centrarse en delitos de violación sexual y violencia intrafamiliar. Esto ha ocasionado que los avances en la elaboración y presentación de peritajes para las víctimas en el ámbito penal sean limitados, y por lo tanto, no existen muchos profesionales con experiencia especializada en estos estudios. Partiendo de esta base, si nos adentramos en el delito de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el campo de experiencia se reduce mucho más. Por ello, es de gran utilidad el Protocolo de Estambul porque ofrece una guía de pasos mínimos comunes a seguir frente a la evaluación psicológica de la víctima.

Por lo general, la práctica diaria de los juzgados demuestra que el perito de oficio se encarga de atender tanto los casos relativos a la imputabilidad o inimputabilidad de un posible culpable, como los daños y efectos que produce un delito en una víctima. Esta situación, sumada a las pocas oportunidades de formación continua de los peritos, ha derivado en el uso de técnicas de forma indiferenciada para un caso en el que la persona es acusada de cometer un delito, como para aquellos en los que se está evaluando el daño y efectos de la víctima de un delito.

Es de utilidad tener presente el "Caso Gutiérrez Soler vs. Colombia",² en el que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ordena al Estado colombiano a:

[...] adoptar un programa de formación que tenga en cuenta las normas internacionales establecidas en el Protocolo de Estambul [...]³

² Corte Interamericana de Derechos Humanos. "Caso Gutiérrez Soler vs. Colombia", Sentencia del 12 septiembre de 2005.

³ *Ibid*, Disposiciones finales, párrafo 5.

[...] la Corte estima que la difusión e implementación de los parámetros establecidos en el Protocolo de Estambul puede contribuir eficazmente a la protección del derecho a la integridad personal en Colombia. Por ello, considera que el Estado debe adoptar un programa de formación que tenga en cuenta dichas normas internacionales, el cual debe estar dirigido a los médicos que cumplen sus funciones en los centros de detención oficiales y a los funcionarios del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, así como a los fiscales y jueces encargados de la investigación y el juzgamiento de hechos como los que han afectado al señor Wilson Gutiérrez Soler, con el fin de que dichos funcionarios cuenten con los elementos técnicos y científicos necesarios para evaluar posibles situaciones de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Asimismo, el Tribunal considera necesario que dicho programa de formación incluya el caso del señor Wilson Gutiérrez Soler como una medida dirigida a prevenir la repetición de los hechos.⁴

Ya se ha mencionado la importancia de los lineamientos que exige el Protocolo de Estambul para una adecuada evaluación y documentación en un caso de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Sin embargo, respecto a la documentación psicológica, el Protocolo deja espacios metodológicos abiertos a la orientación teórica del psicólogo. Estos vacíos en la precisión de instrumentos y herramientas de evaluación psicológica útiles para los casos de víctimas de tortura, han hecho que la selección de los instrumentos de evaluación quede a criterio del perito psicólogo. Sin embargo, la realidad nos indica que frente a la falta de formación en técnicas de evaluación psicológica forense centrada en las víctimas, el perito psicólogo utiliza indistintamente instrumentos de evaluación dirigidos a la rehabilitación psicológica y psicodiagnóstico, a determinar la imputabilidad o no de un acusado, a determinar el daño y secuelas sufridos por una víctima, o a analizar la credibilidad del testimonio. Por ello es necesario, además de conocer el Protocolo, recibir formación específica sobre técnicas de evaluación psicológica en casos de víctimas de tortura.

Existen limitantes en las formas de evaluación que hay que comenzar a perfilar, afinar y profundizar. Una de ellas está en la no existencia de pruebas o formas de evaluación psicológica especializadas para víctimas de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Desde la diversidad étnico-cultural, los pocos instrumentos que existen no se encuentran validados y adaptados culturalmente.

La validación cultural no se limita a la traducción de un idioma o lengua, sino que requiere conocer la forma de ver y entender el mundo de la población a la que estará dirigida. Por ejemplo, para la mayor parte de los pueblos indígenas de América Latina su cosmovisión parte de un carácter holístico de las relaciones sociales y de la persona. El individuo existe y está en el mundo en relación con sus difuntos, con la naturaleza y con el cosmos, por lo tanto, cuando la persona queda dañada, la

⁴ *Ibid*, párrafo 110.

repercusión va más allá del individuo y el daño se plasma en ese conjunto de relaciones. Además de adaptar los instrumentos de evaluación psicológica a esta diferente visión, deben adaptarse, en lo posible, a las poblaciones desfavorecidas, pobres, analfabetas y discriminadas en la medida en que estas visiones representan perspectivas diferentes de experiencia individual y social.

La carencia de herramientas para evaluar el daño psicológico provocado por la tortura y su falta de validación cultural, no significa la ausencia de lineamientos que seguir y hacia dónde ir. El Protocolo de Estambul y otras herramientas, como el Reglamento del procedimiento y de la prueba de la Corte Penal Internacional,⁵ nos dan algunas pautas desde las que podemos iniciar la evaluación psicológica. Se pueden distinguir tres formas de presentación de los peritajes psicológicos:

1. El perito evalúa a la víctima cuando se le requiere para que realice la evaluación, ya sea a instancia de parte o de oficio.
2. El psicoterapeuta que ha tratado a la víctima y es llamado para declarar sobre el estado en el que llegó la víctima.
3. El experto que llega a hablar de las secuelas psicológicas que produce la tortura, o sobre otros temas en los que se requiera su conocimiento científico y experiencia desde una visión más teórica o global, sin haber necesariamente evaluado a la víctima del caso particular.

El perito puede presentar su pericia con dos finalidades en el contexto de un proceso penal o de investigación en materia de derechos humanos: con el fin de determinar los hechos ocurridos y los responsables de éstos, es decir, respecto al fondo del asunto, o con el fin de evaluar el daño provocado por el delito o la violación a los derechos humanos, que abarca un proceso para determinar la reparación del daño a la víctima. Respecto al fondo del asunto, se debe tener presente que no todos los delitos o violaciones a derechos humanos tienen dentro de la descripción de los hechos o tipo penal, un “daño a la integridad mental”, o lo que desde la psicología se denomina “daño a la salud mental”. Algunos delitos que sí toman en cuenta este tipo de daño son la tortura y el genocidio en el contexto internacional, y generalmente,⁶ también a nivel nacional cuando se configuran estos tipos penales.

⁵ http://www.un.org/law/icc/asp/1stsession/report/english/part_ji_a_e.pdf (fecha de revisión: 18/12/06). “Reglamento del procedimiento y de la prueba”, Corte Penal Internacional.

⁶ Nota de edición: Los delitos internacionales tienen un elemento adicional, y es que se hayan cometido como parte de un ataque generalizado o sistemático en el caso de delitos de lesa humanidad, por ejemplo. En todo caso, la necesidad de medir el daño a la salud mental se mantiene en varios supuestos del delito de genocidio y en todos los del delito de tortura. Sin embargo, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura prevé un supuesto de la tortura aun cuando la víctima no sufre angustia física: “Art. 2 Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad fisi-

El perito puede ser requerido para presentar los resultados de su examen en el ámbito nacional en casos del fuero común o federal, o en el ámbito internacional, como por ejemplo, en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Cuando se requiere de los servicios de un perito para que presente un peritaje sobre el daño a la integridad mental de una víctima podemos caer en varios errores. Uno de ellos está en confundir el objetivo del peritaje para el cual es requerido. En el contexto del Protocolo de Estambul, ya se ha mencionado que el perito es requerido para documentar y evaluar el daño provocado por un supuesto hecho de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. La práctica nos ha indicado que, en ocasiones, el perito realiza, previo a la evaluación del daño, un análisis de credibilidad del testimonio. Si se cree conveniente realizar una evaluación en este sentido, lo primero a tener en cuenta es que deberá ser un perito diferente de aquél que realice el peritaje sobre el daño psicológico o físico con el fin de no contaminar cualquiera de los dos tipos de evaluación (credibilidad o daño psicológico); y también para evitar dañar la necesaria relación de confianza mínima que debe existir entre perito y persona evaluada respecto al daño psicológico. Esto no quiere decir, por supuesto, que el perito que documenta el daño psicológico no requiera un mínimo de información consistente para sustentar su determinación.

Lo segundo a tener en cuenta es que la evaluación sobre la credibilidad del testimonio cuenta con estudios, pruebas, herramientas y técnicas específicas que se encuadran en la disciplina de la llamada psicología del testimonio. Puede servir de referente el peritaje presentado en el *Caso Furundjiza*,⁷ que se trata de un caso de tortura sexual a una mujer, donde la defensa del acusado cuestionó la credibilidad del testimonio de la víctima y la parte acusadora propuso un peritaje sobre los procesos de memoria en este tipo de situaciones.⁸

En los procesos de construcción de las relaciones de confianza, se genera en la práctica de los peritos una situación compleja y difícil de abordar. Por un lado, como se menciona en otros apartados del presente libro, existe desconfianza de las víctimas hacia los sistemas periciales oficiales porque a menudo los peritos dependen orgánica y laboralmente de la misma institución gubernamental a la que pertenecen los supuestos responsables de ejecutar la tortura. Por otro, el profesional médico o psicológico puede no percibirse vinculado a los departamentos policiales. Sin embargo, la víctima sí lo visualiza de esta forma, y por tanto, parte de una primera relación de desconfianza hacia el perito. Aunado a esta situación, figura el tener como objetivo de la evaluación psicológica la credibilidad del testimonio donde el propio perito inicia su evaluación cuestionando y confrontando el relato de la persona que evalúa, dando como resultado inmediato una revictimización. En algunos

ca o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.” Esto no descarta la posibilidad de secuelas psicológicas a raíz de los actos inflingidos, pero es posible concebir el delito de tortura sin aquéllas, bajo este supuesto, y otros derivadas de la definición de la tortura.

⁷ Tribunal Penal Internacional para la Ex Yugoslavia, Caso IT-95-17/1-T, 10 de diciembre de 1998.

⁸ Peritaje Elisabeth Loftus. Tribunal Penal Internacional para la Ex Yugoslavia, Caso IT-95-17/1-T 10 diciembre 1998.

casos, resulta en el abandono por parte de la supuesta víctima de continuar con su denuncia, dejando que el delito se quede en la impunidad por la enorme frustración que la víctima ha encontrado en el sistema de justicia y en particular por las acciones de los servicios periciales.

Este aspecto ha sido abordado por el Relator Especial de Naciones Unidas para la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en su informe de marzo de 2006:⁹

183. Los médicos asignados a la protección, atención y trato de personas privadas de libertad deben ser empleados con independencia de la institución en que ejerzan su práctica; deben ser formados en las normas internacionales pertinentes, incluidos los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de las personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Deben tener derecho a un nivel de remuneración y condiciones de trabajo acordes con su función de profesionales respetados.

184. Según la información recibida por fuentes no gubernamentales, no se habría cumplido esta recomendación. Los profesionales encargados de la protección, atención y trato a personas privadas de la libertad, siguen dependiendo directamente de las instituciones para las que prestan sus servicios, por lo que no se garantiza independencia en su actuación, [...] En el marco del manual elaborado por la Procuraduría General de la República con el fin de implantar el Protocolo de Estambul, se observa que los médicos carecen de independencia ya que dependen jerárquicamente de la misma PGR.

En conclusión, y con base en esta realidad, teniendo en cuenta la condición indispensable de establecer una relación de confianza entre perito y supuesta víctima para obtener un adecuado diagnóstico, debe existir una diferenciación entre el perito que evalúe la credibilidad del testimonio y el que realice una evaluación sobre el daño.

Al realizar la evaluación del daño psicológico, correlacionando los hechos objeto de la denuncia con el daño que la víctima nos está manifestando, se puede contar con otra serie de datos que ayudan a materializar esta correlación. Uno de ellos consiste en que el perito, en el momento de la entrevista cuando realiza su exploración psicológica, puede solicitar a la persona evaluada ejemplos y situaciones concretas de cada manifestación sintomática. Por ejemplo, si la persona refiere que tiene pesadillas se le solicita que nos cuente alguna o la última que ha tenido, y así con la diferente sintomatología que presenta el Trastorno de Estrés Postraumático y el propio daño al proyecto de vida. La precisión en esta sintomatología arroja luces sobre la correlación, ya que, usualmente, está relacionada con momentos del acontecimien-

⁹ Informe E/CN.4/2006/6/Add. 2 "Derechos civiles y políticos, incluyendo aspectos sobre la tortura y detenciones" presentado el 21 de marzo de 2006, en la 62ª sesión de Naciones Unidas, en seguimiento a sus recomendaciones reflejadas en su informe sobre su visita a México en agosto de 1997.

to traumático vivido y con la repercusión sintomatológica en su proyecto de vida. De esta forma nos ayuda a diferenciar de otros acontecimientos vitales que no son los hechos investigados, o, también, determinar si la persona está fabulando.

El propio Protocolo señala otras pautas para determinar la fabulación o posible invención del daño o de los hechos que se abordarán en el capítulo “Documentación del aspecto psicológico”, donde se analizarán a detalle las diferentes formas de evaluación.

Desde mi punto de vista, otro de los errores que se pueden cometer radica en centrarse en exceso en la evaluación de la personalidad de la víctima, justificando que de esta forma podremos evaluar qué tipo de cambios ha sufrido en su personalidad. Considero que la evaluación de la personalidad en este tipo de casos debe ser entendida como información de contexto, ya que, en caso contrario, se corre el riesgo de desvirtuar a la víctima cuando ésta tenga determinado tipo de rasgos de personalidad, y por ello se llegue a creer que su testimonio no es creíble. Pongo el ejemplo de las Madres de la Plaza de Mayo en Argentina,¹⁰ a las cuales se ha querido desvirtuar con la etiqueta de “locas”.

Considero que la evaluación psicológica de la forma en la que la persona enfrentaba su cotidianidad antes de la violación, de sus formas de percibir y entender el mundo y de situación de “normalidad” psíquica previa a los acontecimientos traumáticos, puede ayudar a entender de qué manera cambiaron esas formas de ver y entender el mundo a raíz del suceso traumático. En el caso de que sufriera algún tipo de psicopatología se podrá documentar de qué forma la violación pudo incrementar o agudizarla, y de esta manera centrar la tarea en la medición de los cambios en la persona en vez de centrarse en sus rasgos intrínsecos. Debemos tener presente que la evaluación psicológica, enmarcada en los rasgos de la personalidad, corre el gran riesgo de entorpecer el proceso de investigación de los hechos y estigmatizar a la víctima. La consecuencia sería desacreditar indebidamente el testimonio de la persona con base en apreciaciones sobre rasgos intrínsecos de su personalidad.

La práctica jurídica nos indica que la estigmatización de las víctimas ha sido una herramienta muy utilizada —sobre todo en personas que ya de por sí son vulnerables— por la defensa de las personas acusadas de actos de tortura. Obviamente, no incide el carácter de la víctima en la acción del torturador. Es el mismo torturador quien ha tenido la voluntad de cometer esos actos. Para comprobar la tortura, nada aporta la personalidad de la víctima antes del hecho, de la misma manera que la actividad sexual previa a una violación no niega el hecho de una violación sexual.¹¹ Esta práctica, además de

¹⁰ La Agrupación Madres de la Plaza de Mayo es una asociación de mujeres que viene luchando en Argentina por la ubicación de sus hijos desaparecidos durante la dictadura en el país y porque se aplique la justicia a los responsables. Su insistencia y la vehemencia con que persiguen su objetivo han recibido calificativos que buscan desacreditar sus demandas. <http://www.madres.org> (fecha: 12/02/07)

¹¹ En este sentido, la Corte Penal Internacional, en su “Reglamento de procedimiento y prueba”, regla 70, ha determinado que: “en casos de violencia sexual, la Corte se guiará por los siguientes principios y cuando proceda, los aplicará: [...] (d) La credibilidad, la honorabilidad o la disponibilidad sexual de una víctima o un testigo no podrán inferirse de la naturaleza sexual del comportamiento anterior o posterior de la víctima o de un testigo.”

representar un enfoque equivocado de la investigación, genera una revictimización de la persona que ha sido objeto de tortura. Por ello, es recomendable enfocar la evaluación psicológica en las relaciones sociales de la víctima y en la forma de estar, percibir y entender el mundo que tenía antes de los acontecimientos traumáticos y evaluar si su cotidianidad, a raíz de esa situación, ha cambiado y de qué manera.

Un eje central de la evaluación y del peritaje son las aptitudes y actitudes del perito en el contexto de la evaluación. Son indispensables las técnicas de entrevista,¹² y una sensibilidad y respeto hacia la persona que se está evaluando, independientemente de cuál haya sido su experiencia previa de vida y si se comparte o no esa experiencia. Estas situaciones ocasionalmente pueden generar malestares en el perito, y por ello, conviene que los peritos tengan un espacio más o menos terapéutico, en el cual puedan hablar de los pensamientos y sentimientos que genera su trabajo con víctimas de tortura, y de esta forma prevenir lo que se denomina *burn-out* o síndrome del quemado.

En general, el trabajo debe plantearse en equipo y de forma interdisciplinaria. El primero permite tomar decisiones con base en la opinión de varios profesionales, mientras que con la forma interdisciplinaria se logrará, además, abordar diferentes aspectos de la persona que se está evaluando, considerándola como un todo.

Los peritos deben mantener comunicación con las personas que llevan la parte legal del trabajo de documentación de la tortura o malos tratos. Para ello, deben adquirir conocimientos mínimos sobre el proceso penal y el papel que juega el peritaje en dicho proceso. De esta forma se podrá responder de manera más adecuada a las demandas procesales y aportar la mejor calidad de información para el esclarecimiento de los hechos. El perito médico o psicológico debe tener presente que su peritaje será un elemento de prueba procesal importante para la determinación judicial de la existencia o no de tortura, y que será la instancia judicial quien deba asumir la tarea de establecerlo en términos legales.

La comprobación o demostración de la existencia de tortura desde la perspectiva legal depende de una evaluación de todas las pruebas, incluyendo las que provienen de otros testigos, de la inspección del lugar de los hechos, de la documentación y testimonios que aporte la autoridad que custodiaba a la persona, entre otras fuentes de información aunadas a los peritajes médicos o psicológicos. Para ello, los representantes legales de las víctimas o el ministerio público serán los encargados de diseñar su propia estrategia de investigación, y proyectar una teoría legal y fáctica del caso basada en una investigación integral. Por esta razón, en la cual el perito no es la persona sobre la que recae la responsabilidad de decidir si existió o no tortura, tampoco es adecuado que la utilice en su peritaje, ni en el proceso de evaluación médica o psicológica.

El concepto de tortura, en el ámbito penal en el que se desarrolla la labor del perito, es un concepto jurídico que requiere de una serie de elementos para que se pueda llamar así, y diferenciarlo de otros delitos, como pudiera ser un delito de

¹² En el texto del Dr. José Quiroga, contenido en la presente publicación, se abordan las distintas técnicas de la entrevista.

lesiones o violación, por ejemplo. Por ello, se debe insistir en que el trabajo del perito se limita a evaluar y documentar los daños médicos y psicológicos, y correlacionarlos con los hechos objeto de la denuncia.

El trabajo con profesionales de otras ciencias y conocimientos requiere establecer canales adecuados de comunicación y espacios en los cuales se pueda hablar y formarse en los conceptos específicos de cada una de las disciplinas. Esto significa que médicos, psicólogos y abogados, jueces o agentes del ministerio público, deben conocer y entender las ideas básicas de cada entorno de trabajo con el fin de adecuarse unos y otros, para manejar el proceso de la forma más efectiva posible, sin confundir sus ámbitos de competencia.

El peritaje o dictamen médico debe ser firmado por un perito médico y el peritaje o dictamen psicológico debe firmarse, por separado, por un perito psicólogo. El trabajo debe ser interdisciplinario y elaborado de forma conjunta, como se exponía anteriormente, para analizar y tomar en cuenta a la persona en su totalidad. Sin embargo, la responsabilidad de firmar el dictamen es propia de cada profesional y especialista. De no suceder así y que sólo un especialista, por ejemplo el médico, firme el dictamen médico y psicológico por ahorrar tiempo u otra razón, puede provocar que el profesional de la medicina no consulte al psicólogo y por lo tanto quede sin documentar las secuelas psicológicas. En caso contrario, se estaría desvalorando el trabajo del psicólogo y con ello se dificulta la aportación de elementos al juez desde la perspectiva de la documentación psicológica de la tortura.

El peritaje debe ser realizado de la forma más imparcial y objetiva posible, atendiendo a normas profesionales de comportamiento y en particular a normas éticas. El Protocolo de Estambul dedica un apartado específico en este sentido que recoge varias de las propuestas que se vienen presentando.

En los casos de graves violaciones a derechos humanos, entre ellas la tortura, uno de los daños más profundos desde el punto de vista psicológico es la desconfianza de la víctima hacia los demás, y muy especialmente hacia cualquier persona que busque información o que trabaje para el Estado. Esta situación plantea algunos desafíos relacionados con la forma más idónea para realizar un peritaje. Ya se ha expuesto en líneas anteriores que, en múltiples casos, los peritos de oficio pertenecen a la misma institución que los acusados de cometer torturas. Esta situación ha generado que las personas que denuncian hechos de este tipo desconfíen de los peritos de oficio, lo que dificulta garantizar un adecuado resultado en su informe pericial. Mientras los peritos de oficio sigan dependiendo jerárquicamente de la institución que alberga la Policía Judicial,¹³ es imprescindible tomar acciones para asegurar la independencia, tanto real como en apariencia, de los peritos que aplican el Protocolo de Estambul, ante la reacción normal y lógica de la víctima de tortura que obstaculiza su documentación.

¹³ Estudios señalan que la policía de investigación es de las autoridades más señaladas de cometer hechos de tortura. Ver *Algunas Notas sobre la Tortura en México*, Ricardo Hernández Forcada y María Elena Lugo Garfías, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Mayo, 2004, página 29; "Diagnóstico sobre el acceso a la justicia para indígenas en México: Estudio de caso en Oaxaca", OACNUDH (2007).

Otro aspecto importante a cerca de los antecedentes del perito radica en la existencia o no de una relación previa con dicho profesional. Cuando éste no tiene ninguna relación previa con la víctima, se trata de una persona desconocida que llega solicitando información. En estas circunstancias se corre el riesgo, asimismo, de que no se establezca la necesaria relación de confianza, y por tanto no se obtenga toda la información necesaria.

Por último, también podría ser perito a instancia de parte o de oficio un profesional de la medicina o de la psicología que ha tratado terapéuticamente a la víctima con anterioridad al peritaje. En este caso, se puede pensar en la posibilidad de que el perito sea parcial a favor de la víctima por tener un tipo de relación afectiva como la que puede surgir después de un proceso terapéutico, especialmente si ha sido largo. En contraposición, un perito que ha llevado a cabo un proceso terapéutico largo y profundo, será el más idóneo para poder documentar el daño sufrido por la víctima. Considero que las dos últimas opciones tienen sus ventajas y desventajas y que cualquiera de ellas es adecuada, siempre que se tomen en cuenta los sesgos de una y otra.

Otra consideración que conlleva aspectos éticos para el perito psicólogo surge a raíz de cuestiones de confidencialidad y del manejo de la información. El perito tiene la obligación de informar a la víctima sobre el proceso y sobre la finalidad del peritaje, explicar cuáles son sus alcances y sus limitaciones, y sobre todo, dar a conocer que la información recabada para el peritaje formará parte del conjunto de pruebas en el proceso,¹⁴ y que ésta será compartida con otros profesionales de la medicina, la psicología y el derecho. Por lo tanto, no estará sujeta a una estricta confidencialidad. Al respecto, el Protocolo nos indica que:

Los profesionales de la salud tienen una doble obligación: una obligación principal ante el paciente de promover sus mejores intereses y una obligación general ante la sociedad de asegurar que se haga justicia e impedir las violaciones de los derechos humanos. Los dilemas que plantea esta doble obligación son particularmente agudos entre los profesionales de la salud que trabajan para la policía, el ejército u otros servicios de seguridad, o para el sistema penitenciario. [...] Es preciso que realicen una evaluación objetiva de los intereses de la salud de sus pacientes y actúen en consecuencia.¹⁵

[...] El dilema se plantea cuando el profesional de la salud se ve presionado o requerido por la ley para que revele información identificable que pueda poner en peligro a un paciente. En esos casos prima la obligación ética fundamental de respetar la autonomía y los mejores intereses del paciente, así como de hacer el bien y evitar dañarle. Esta obligación prima sobre las demás consideraciones [...]¹⁶

¹⁴ Naciones Unidas. "Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y Documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes", Serie de Capacitación Profesional No. 8, Rev. 1, Ed. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, 2005.

¹⁵ *Idem*, párrafo 66.

¹⁶ *Idem*, párrafo 65.

La persona que realiza el peritaje puede detectar diferentes daños producidos por la tortura como parte de su diagnóstico. En ese momento, se tiene conocimiento del dolor que padece la víctima y desde el punto de vista ético es recomendable que el perito tenga presente remitirla a un espacio terapéutico en el que puedan ser tratados sus males y su sintomatología. Esta situación se vuelve especialmente relevante cuando en la entrevista y la evaluación psicológica se abren heridas y recuerdos que la víctima no había querido recordar y que, con el proceso de evaluación diagnóstica, han agudizado su dolor. Con este propósito, es conveniente que el perito tenga información sobre equipos de salud gubernamentales y no-gubernamentales a los cuales poder remitir a la víctima, como por ejemplo los centros de salud, programas gubernamentales y no gubernamentales de salud mental, organizaciones locales o los servicios de las iglesias.

Finalmente, cabe señalar que a lo largo de los procesos de evaluación y de los procesos penales, puede producirse un cambio en el profesional que atiende a la víctima desde cualquiera de las disciplinas: psicología, derecho o medicina. Está claro que las personas se sentirán más o menos cómodas con unas que con otras, pero hay que procurar que cualquier cambio sea lo menos brusco posible. Con el fin de que el posible impacto negativo sea mínimo y no genere una nueva victimización, conviene dar previo aviso de que el perito trabaja para una institución y que aunque sea cambiado, la institución permanece. Otra opción sería realizar el cambio de forma transicional, compartiendo el espacio de entrevista, terapéutico o de evaluación entre la persona que no va a continuar en el proceso y la nueva persona que va a asumir el trabajo.

En cualquiera de los dos supuestos es importante comunicar el cambio, dar explicaciones del porqué, y si se puede, buscar que sea una decisión compartida entre la víctima y la institución o el profesional. Lo importante es la forma en la que se presenta, los procesos de comunicación, la toma en cuenta de la perspectiva y opinión de la persona afectada por dicho cambio. En todo caso, es mejor lograr que el mismo profesional realice todas las actividades del diagnóstico.

Conclusión

El Protocolo de Estambul es una herramienta útil para la documentación de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, en tanto aclara el papel del perito médico o psicólogo en tanto se dirige a evaluar las secuelas físicas y/o psicológicas de una serie de hechos objeto de denuncia y realizar la correlación respectiva. La investigación y documentación de la tortura requiere del esfuerzo de profesionales de diferentes disciplinas (medicina, psicología y derecho), por lo que el papel de la coordinación interdisciplinaria es un eje fundamental y valioso para el esclarecimiento de los hechos. Sin embargo, en el caso de las secuelas psicológicas, su evaluación es especialmente relevante porque las mismas permanecen aun cuando las secuelas físicas hayan desaparecido o se produjeran hechos que se encuadran dentro de la tortura psicológica.

El perito médico o psicólogo, en el contexto del Protocolo, debe limitarse a la documentación de las secuelas derivadas de los hechos objeto de la denuncia, sin determinar la existencia o no de tortura, labor que corresponde a la parte legal del proceso. Igualmente, su papel no se centra en un análisis de credibilidad del testimonio, lo cual requeriría de otro tipo de pruebas y análisis psicológicos. Por otra parte, las relaciones de confianza entre el perito y la supuesta víctima son fundamentales para la obtención de información y la elaboración del peritaje. Por ello, no debe caerse en comportamientos que representen la revictimización de la supuesta víctima o el abandono de su cometido central: la búsqueda del esclarecimiento de los hechos.

Las pruebas de evaluación psicológica forense para la documentación de casos de supuesta tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes deben referirse a técnicas de evaluación de las secuelas provocadas por un hecho traumático, diferenciándose, por ello, de las técnicas utilizadas en la evaluación psicológica de una supuesta persona que ha cometido un acto delictivo. En este sentido, las pruebas de personalidad y evaluación de la inteligencia no deben ser el eje central de este tipo de documentación, dado que este tipo de pruebas han sido utilizadas a menudo para desprestigiar a la víctima y el valor de su testimonio, en vez de esclarecer los hechos.

Técnicas de la entrevista con víctimas de tortura Investigación de la historia del trauma

• JOSÉ QUIROGA MD*

I. Introducción

Cuando se piensa en tortura y malos tratos, comúnmente se asocia el concepto con imágenes de personas con evidentes signos de violencia física. No obstante, junto a esa violencia figura todo el daño psicológico susceptible de ser registrado como consecuencia de la tortura. Documentar las secuelas del deterioro emocional sufrido es un proceso complejo por la multiplicidad de factores que confluyen en la historia de cada persona y la diversidad de manifestaciones que se pueden presentar.

La entrevista clínica, dentro del contexto de documentación y denuncia de la tortura, es un elemento esencial en la reconstrucción de los hechos. Su objetivo es correlacionar la historia vivida por quien presuntamente ha sufrido tortura con los hallazgos del médico y psicólogo para poder evaluar el daño sufrido y comunicar los resultados. Documentar la tortura es un trabajo multidisciplinario. Por ello, en este contexto, el trabajo del médico o psicólogo va más allá de la relación con el paciente, ya que, además, uno u otro interviene como coadyuvante para apoyar la aclaración de hechos dentro de un proceso legal.

El presente artículo proporciona una serie de técnicas, recursos y consideraciones, que se enmarcan dentro del Protocolo de Estambul y que recogen la experiencia del autor como miembro del "Programa para Víctimas de Tortura" en Los Ángeles, California. La finalidad es subrayar la importancia del proceso de la entrevista a la posible víctima, para así obtener la mayor información posible, teniendo en cuenta las condiciones especiales que implica trabajar con una persona que haya sufrido la tortura o los malos tratos.

El Protocolo de Estambul es una metodología que brinda directrices internacionales mínimas para la evaluación de personas que aleguen haber sufrido tortura o maltratos. Asimismo, sugiere métodos para comunicar los resultados a la justicia u otros organismos investigadores.¹

* El Dr. José Quiroga es integrante de la junta directiva de Physicians for Social Responsibility-Los Angeles, y Survivors Internacional; Vicepresidente del Internacional Rehabilitation Council for Torture Victims; Director de Medicina y cofundador del Program for Torture Victims, Los Ángeles, California, y autor de numerosas publicaciones sobre los efectos de la tortura y su documentación.

¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). "Protocolo de Estambul. Manual para la investigación de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes", Serie de Capacitación Profesional No 8, Naciones Unidas, Nueva York y Cinebra, 2001.

El objetivo de la investigación tiene como finalidad verificar los hechos relacionados con los presuntos casos de tortura, identificar a los responsables, servir como medio de prueba en procesos penales o administrativos y compensar a las víctimas.

La investigación de un presunto caso de tortura es labor de un equipo multidisciplinario en donde médicos, psicólogos, en ocasiones visitadoras sociales y abogados, trabajan en forma conjunta y coordinada. Necesitamos obtener la historia de la experiencia traumática, documentar las secuelas físicas, psicológicas, y correlacionar los hallazgos físicos y psicológicos con la historia del trauma. Finalmente, se resumen todas las evidencias forenses en un documento escrito que en algunos países se llama "declaración jurada" y en otros, como en el caso de México, "dictamen".

La víctima es la principal fuente de información y debemos comunicarnos con ella para obtener los datos necesarios que constituirán nuestro informe. De todas las técnicas de comunicación, la entrevista es el método más adecuado.²

El documento final, acorde con las recomendaciones del Protocolo de Estambul, estará sustentado en la historia del trauma y la evaluación médica y psicológica de la persona. De esta manera, la **historia del trauma** es un dato común para el médico, psicólogo, asistente social y abogado.

II. Evaluación médica

El Protocolo recomienda una evaluación médica completa que contemple tanto la historia del trauma en sí mismo como de la referida a los problemas médicos anteriores de la víctima y su familia. Aunado a ello, se requiere una descripción detallada de los síntomas actuales declarados por la víctima y una revisión sistemática que elucide aquellos síntomas que la víctima ha olvidado reportar. Toda esta información inicial se obtiene en una entrevista clínica. La evaluación médica requiere, además, un examen físico completo y exámenes de laboratorio o procedimientos orientados a confirmar una hipótesis diagnóstica del médico examinador.

III. Evaluación psicológica

El Protocolo recomienda que una evaluación psicológica incluya los siguientes aspectos:

² Randall, GR & Lutz, EL. Serving survivors of torture. AAAS, Publication.1991; Physician for Human Rights (PHR). "General interview considerations", in Examining asylum seekers. A health professional's guide to medical and psychological evaluation of torture, PHR Publication 2001, pp. 19-35.; Quiroga, J & Jaranson, J. Politically motivated torture and its survivors. A desk study review of the literature, Torture 2005; 15 (2-3):1- 111.

- Síntomas psicológicos actuales..

Deben ser explorados para determinar las posibilidades de ansiedad, trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y depresión, que son los diagnósticos más frecuentes en víctimas de tortura. También se deben explorar otras posibilidades diagnósticas.

- Historia previa a la tortura.

Este rubro es importante para conocer los traumas que ocurrieron en la infancia, adolescencia o juventud. También sería importante documentar una historia de violencia doméstica, ya que los traumas previos afectan la manera en que la víctima enfrenta un episodio de tortura posterior y el clínico debe saberlo.

- Historia clínica.

Esta resume los problemas y síntomas médicos previos y al momento del examen. Cuando se hace una evolución médica agregada, el psicólogo puede trabajar esta información con el médico.

- Examen del estado mental.

Consiste en la apariencia general, actividad motriz, lenguaje, estado de ánimo y afectividad, contenido del pensamiento, proceso mental, ideas de suicidio y homicidio, así como un examen cognoscitivo.

- Evaluación de su funcionamiento a nivel de su cuidado personal, familia, trabajo, labores cotidianas y actividades sociales.

- Pruebas psicológicas: El Cuestionario de Síntomas Hopkins (HSCL 25) y el Cuestionario para Trauma de Harvard (HTQ) son las dos pruebas diagnósticas más usadas con víctimas de tortura para diagnosticar TEPT, ansiedad y depresión. Estas dos pruebas diagnósticas han sido traducidas y validadas en Español y otros idiomas por el "Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT)", en Boston. Como referencia, se ha incluido en la sección de anexos y manuales de la presente publicación, una copia en español de estos cuestionarios.

Esta larga lista contiene los elementos más importantes para elaborar el dictamen. Toda esta información, exceptuando el examen físico médico y los exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos, se obtiene del relato de la víctima a través de la entrevista clínica. Por lo tanto, la entrevista es el elemento más importante en la investigación de una presunta víctima de tortura.

IV. Características del proceso de tortura como una interacción humana

El proceso de tortura es una interacción humana perversa donde el torturador inflige dolor o sufrimiento a la víctima. El torturador controla la situación y dispone de la integridad física de la persona para decidir sobre su vida o muerte. Por lo general, la relación entre el torturador y la víctima es anónima, ya que existen prácticas de vendarle los ojos o colocar una capucha sobre su cabeza. Por otra parte, a menudo el torturador se cubre la cara o sencillamente no se identifica.³

En esta situación, la víctima puede verse sometida a dos alternativas imposibles. En la primera, está confrontada con la incógnita de tener que informar de sus actividades políticas, denunciar a sus compañeros o confesar con todo lo que ello implica. Si no responde, será sometida a tortura o maltrato, y si habla puede ser responsable de la detención y tortura de otros que sufrirán las mismas consecuencias. En la alternativa, la tortura se aplica para castigar a la víctima o para algún otro fin. En el caso de que la tortura se relacione con la extracción de información o una confesión, al no hablar se verá sometida a una condena de cárcel.

En la primera situación, el que otras personas sean detenidas y torturadas por su acción le causará un sentimiento de culpa que durará toda su vida.⁴ En otros casos, el proceso de tortura resulta ser un castigo u otro tipo de coacción o intimidación que le dejará secuelas, también, por no haber evitado someterse a este peligro contra su propia integridad física y mental.

A pesar de la importancia que la entrevista tiene para la investigación y documentación de un presunto caso de tortura, ella le hace recordar a la víctima los interrogatorios a que fue sometida durante el proceso de detención, interrogación y tortura. Por ello, debe asegurarse que la entrevista clínica sea una interacción entre dos personas caracterizada por un diálogo cordial en donde se intercambian informaciones y opiniones en un ambiente seguro y de mutua confianza.

V. Retos para la realización de la entrevista sobre el trauma

La víctima de tortura, después de una experiencia tan traumática, desarrolla mecanismos de defensa que dificultan, muchas veces, la posibilidad de obtener una información completa sobre la historia del trauma y los síntomas físicos y psicológicos.

³ "La práctica de vendar los ojos y poner capuchas hace que a veces sea prácticamente imposible el enjuiciamiento por torturas, ya que las víctimas no pueden identificar a sus torturadores. Debería prohibirse esta práctica." U.N. Doc. E/CN.4/2003/68, Comisión de Derechos Humanos 59º período de sesiones, "Los Derechos Civiles y Políticos, en Particular las Cuestiones Relacionadas con la Detención, la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, Informe presentado por el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura de conformidad con la resolución 2002/38 de la Comisión".

⁴ Doerr-Zegers, O, Hartman, L, Lira, E, Weinstein E, Torture: psychiatric sequelae and phenomenology, *Psychiatry* 1992, May;55(2):177-84.

La consecuencia psicológica más significativa después de la tortura, en mi experiencia, es la pérdida de confianza en la bondad de los seres humanos y el consiguiente aislamiento de la víctima.

Otro problema consiste en que la víctima omitirá hablar sobre el trauma para evitar toda reacción emocional de ansiedad y reactivación fisiológica que provoca el recordar el proceso traumático. También es un mecanismo conciente orientado a proteger a sus familiares y amigos de un sufrimiento adicional al conocer detalles de esa terrible, penosa y humillante experiencia. La tortura, de esta manera, se vuelve una experiencia muy personal: no la comparte con nadie e intenta enterrarla en lo más profundo de su ser.

Características ideales de un buen entrevistador

La entrevista con una víctima de tortura es diferente a la entrevista con un cliente habitual en una clínica médica o psicológica. Requiere de cierta capacidad técnica y es aconsejable contar con profesionales experimentados en el cuidado de víctimas de tortura, siempre que ello sea posible. El médico y psicólogo tienen que mostrar actitudes positivas que permitan a la víctima expresar su experiencia traumática en forma digna y en un ambiente de respeto hacia su sufrimiento.

El entrevistador debe demostrar empatía, es decir, tener la habilidad de comprender la perspectiva del entrevistado y no juzgarlo. Debe tomar medidas para ganar su confianza y crear un ambiente en el cual el posible sobreviviente de tortura pueda revelar hechos confidenciales. Además, el entrevistador debe ser amable, respetuoso, cortés y utilizar la técnica de escucha activa. Para ello, el entrevistador debe ser genuino, honesto, abierto, responsable hacia el sobreviviente y mostrarse tal como es. Otro aspecto importante de esta actitud de apertura radica en que el entrevistador muestre respeto al sobreviviente a pesar de diferentes orientaciones filosóficas, valores personales y creencias políticas, religiosas, culturales, raciales, y diferencias lingüísticas que pudieran existir entre el entrevistado y el entrevistador.⁵

Preparación para la entrevista

La entrevista será más efectiva y productiva si podemos obtener cierta información de la víctima con anterioridad a la misma. Los datos biográficos de la persona son fáciles de obtener mediante documentos públicos como cédula de identidad, licencia para manejar, pasaporte, o de los mismos expedientes en el caso de las personas procesadas por algún delito.⁶ La información relacionada con el trauma, a veces, está disponible en declaraciones o testimonios previos de la víctima a un abo-

⁵ Gruba-McCallister, F. "Phenomenological orientation to the interview", in Craig R.J. editor, *Clinical and Diagnostic interviewing*, Jason Aronson Inc., New Jersey, London, 1989:3-16.

⁶ En caso de que se dificulte el acceso al expediente judicial, el mismo podrá solicitarse al abogado de la persona que se va a examinar o al agente del Ministerio Público que realiza la investigación de un caso de posible tortura.

gado, reportes policiales, o en ocasiones en informaciones de los medios de comunicación.

La información médica o psicológica previa se puede obtener de los documentos médicos, psicológicos o certificados de médicos o psicólogos tratantes o en las informaciones de clínicas y hospitales.

VI. Entrevista Clínica

Presentación del entrevistador e introducción a la entrevista

Antes de proceder a la entrevista, el entrevistador debe dar su nombre y credenciales a la víctima, explicar los objetivos de la entrevista, los límites de la confidencialidad de la información que se comparta y el control que la víctima tendrá sobre el curso de la entrevista. Esta explicación debe dar espacio a preguntas y establecer claramente la diferencia entre la entrevista como medio para documentar las posibles secuelas de un suceso traumático, y la terapia propiamente dicha. Después de dar a conocer el propósito y forma de llevar a cabo la entrevista, el entrevistador, antes de proceder, debe pedir y obtener el consentimiento de la persona a ser entrevistada.

Objetivos de la entrevista

La entrevista tiene objetivos específicos y la generación de ciertos resultados, los cuales deben explicarse al sobreviviente al inicio de la entrevista. Cuando sea posible, o dependiendo de la práctica en un país determinado,⁷ debe firmarse un documento en donde la persona a entrevistar exprese su conocimiento sobre los términos de la entrevista y consienta su proceder. En algunos casos esto no será posible por cuestiones de idioma u otras, por lo que es importante asegurarse de que la persona entrevistada sea conciente del significado y alcance de la actividad.

Algunos sobrevivientes acuden por su propia voluntad porque presentan ciertos síntomas físicos o psicológicos y buscan tratamiento. En estos casos, la ayuda directa es el objetivo de la consulta inicial. Sin embargo, en otras circunstancias la entrevista es sugerida por un abogado para efectuar una evaluación forense con la finalidad de obtener una declaración juramentada del médico y el psicólogo para apoyar una petición de asilo político ante los oficiales de inmigración, una denuncia de tortura ante los tribunales penales con objeto de ser revindicado y obtener una

⁷ En México puede ser un impedimento a la construcción de la necesaria confianza para llevar a cabo la entrevista, ya que al exigir la firma en un documento, la persona puede asociar esta exigencia con la experiencia de haber firmado una confesión coaccionada. Es imposible saber de antemano si esto ha sido la experiencia de la persona antes de la entrevista, por lo que es recomendable tener sensibilidad para reconocer estas situaciones durante la entrevista a una víctima de tortura.

reparación del daño, o en algunos casos desestimar el valor de una confesión obtenida mediante la tortura o la coacción mediante malos tratos.

En este sentido, todo paciente que consulta al médico o al psicólogo llega con ciertas expectativas a la entrevista, bien sea en relación a la conducta de uno u otro durante la misma, así como del resultado esperado. En lo posible, el médico debe dilucidar el objetivo de la persona respecto a la entrevista para que pueda aclarar los aspectos pertinentes.

Confidencialidad

El entrevistador debe explicar al entrevistado que en una relación usual entre cliente y médico o psicólogo, la información proporcionada es confidencial y está protegida. Sin embargo, debe señalar que tratándose de una investigación forense de un presunto caso de tortura, la información incluida en el dictamen no será confidencial, debido a que ella será la base para entablar un proceso público en contra del o los responsables. En ese sentido, deberá advertirse a la víctima respecto del tipo de información que contendrá el dictamen.

Control que la víctima tiene de la entrevista

El entrevistador debe explicar a la víctima que tendrá el control sobre la marcha de la entrevista en el sentido de que podrá interrumpir la conversación en cualquier momento. De la misma manera, está facultado para dar sólo la información con que ella se sienta cómoda. Este control que se le garantiza al entrevistado está diseñado para minimizar la retraumatización que ocurre al tener que recordar y expresar la experiencia traumática.

Consentimiento informado

El entrevistador tiene la obligación de explicar a la víctima las razones de la evaluación forense, cómo se conducirá la evaluación, cuál será el producto final y cómo se utilizará ese documento.

Duración de la entrevista

Debe contarse con el tiempo suficiente. En nuestra experiencia, se requieren dos horas mínimo por cada cita. Las posibilidades y condiciones para obtener la información necesaria varían de una persona a otra. Algunas víctimas pueden proporcionar la información en una sola visita, mientras que otras necesitan de varias citas para exponer la misma cantidad de información. El tiempo de entrevista también dependerá de la condición de la persona y las circunstancias del hecho traumático y sus efectos.

Lugar de la entrevista y medio ambiente

*Factores que **facilitan** una entrevista:*

El ambiente físico del lugar en donde se realiza la entrevista es de suma importancia. Debe ser cómodo y seguro para el sobreviviente y el médico evaluador. La oficina, en caso de que en ella se realice la entrevista, debe ser atractiva en lo posible y estar a una temperatura adecuada. Todo el material de escritorio necesario debe estar a mano y se deben evitar interrupciones durante la entrevista. En este sentido, el teléfono celular debe ser apagado. Por otra parte, el baño debe estar cerca para la mayor comodidad del entrevistado. La privacidad y confidencialidad deben ser aseguradas. Mecanismos de privacidad tan sencillos como el mantener la puerta cerrada durante la entrevista son esenciales, con la excepción de aquellas personas que sufren ataques de pánico y que por lo tanto requieren de una puerta entreabierta. En ese caso debe asegurarse que no haya personas que estén en posición de escuchar lo que se dice en la entrevista.

*Factores que **dificultan** una entrevista:*

Algunos de los factores que interfieren en la investigación de casos de tortura son las limitaciones en el tiempo, lugar y frecuencia de las entrevistas, debido a razones burocráticas o premura impuesta por los organismos que ordenan la investigación.

En ocasiones el ambiente es inadecuado y no es posible modificar el lugar de la entrevista. Esto ocurre cuando se debe entrevistar al sobreviviente en casa, en centros de detención o cárceles. Con relación a estas últimas, el entrevistador debe solicitar a las autoridades carcelarias una habitación privada sin la presencia del personal de seguridad durante la entrevista. Se debe solicitar que el entrevistado esté libre de ataduras, en condiciones que le permitan hablar con libertad y sin peligro de presión posterior por parte de las autoridades que lo tienen bajo custodia.

Cuando la víctima habla un idioma diferente al del entrevistador, la imposibilidad de comunicarse directamente con la persona es una limitación significativa. Esto sucede con víctimas de otro país o en casos de pueblos indígenas o minorías étnicas o lingüísticas. En estas situaciones el traductor o intérprete es un mal necesario y se debe buscar verificar su idoneidad.

Para remediar esta situación, lo ideal es contar con un traductor profesional, o alternativamente, con una persona bilingüe capacitada para trabajar en este tipo de entrevistas. Hay personas bilingües capacitadas que prestan estos servicios en forma remunerada o voluntaria. Debido a lo sensitivo de la experiencia traumática, se debe evitar, a toda costa, recurrir a familiares como intérpretes, o a personas que custodian o estén recluidas en el mismo lugar de la víctima.

Como práctica general, cuando se utiliza un intérprete el entrevistador debe mantener contacto visual con la víctima y dirigirle directamente las preguntas. Es un error dirigir las preguntas al intérprete, como ocurre frecuentemente en estas circunstancias.

Algunas técnicas para la entrevista

Entrevistas estructuradas versus no estructuradas:

La entrevista estructurada sigue un formato en donde el entrevistador formula una lista de preguntas predeterminadas y específicas sobre un tema determinado, mientras que la no estructurada es una conversación informal sin ningún formato. Por su parte, en la entrevista semi-estructurada existe un formato abierto con preguntas generales que permiten enfocar la conversación entre el entrevistado y el entrevistador.

La evaluación médica-psicológica de una víctima de tortura tiene aspectos estructurados y semi-estructurados. El uso de pruebas psicológicas y cuestionarios son ejemplo de la utilización de la técnica de entrevista estructurada. Las técnicas para lograr la historia del trauma, historia médica y de síntomas son propias de la entrevista semi-estructurada, en donde se provoca que el entrevistado narre su experiencia en torno a ciertos temas generales y sobre el tiempo.

Preguntas abiertas o cerradas

Los médicos y psicólogos hemos sido entrenados en las técnicas de entrevista durante las etapas de formación y práctica profesional. Nuestros instructores, constantemente, nos enseñaban a usar preguntas abiertas para evitar inducir respuestas específicas. En contraste, las preguntas cerradas requieren de respuestas breves, muchas veces consistiendo solamente en un “sí” o un “no”. Durante este tipo de entrevista, la mayoría de nuestras preguntas serán abiertas, lo que permite conocer en forma completa el relato de la persona entrevistada, y las cerradas se utilizarán generalmente a manera de aclaración.

Robert Craig describe otras técnicas útiles durante una entrevista. Nosotros, que hemos estado practicando medicina o psicología por muchos años, las utilizamos automáticamente durante la entrevista clínica, en forma inconsciente.⁸

Reflexión

Con la técnica de reflexión, el entrevistador repite con sus propias palabras lo que el sobreviviente ha expresado como una manera de demostrarle que se le está poniendo atención y que se entiende lo que viene diciendo. Esta técnica se usa generalmente para intervenciones terapéuticas, pero puede servir también para crear un clima de confianza en la entrevista.

⁸ Craig, Robert J, “The clinical process of interviewing”, in Craig R.J. editor, *Clinical and Diagnostic interviewing*, Jason Aronson Inc., New Jersey, London, 1989:3-16.

Repetición y clarificación

En el caso de la repetición, el entrevistador repite las mismas palabras del sobreviviente de manera más clara y articulada, con el objetivo de clarificar algún concepto y también reafirmarle al entrevistado que se pone atención a su relato.

Preguntas de clarificación son las directamente orientadas a clarificar alguna intervención del entrevistado, con el objeto, por parte del entrevistador, de que ha comprendido correcta y claramente lo que el entrevistado ha expresado.

Auto-descubrimiento

Mediante esta técnica, el médico o psicólogo pone en evidencia las aparentes contradicciones surgidas en la entrevista o las que existen entre lo que el sobreviviente relata y las informaciones o documentos en manos del evaluador. La confrontación debe hacerse de manera constructiva para evitar barreras defensivas. Una manera de ser constructiva es exponer la contradicción con la finalidad de aclararla. Sin embargo, no es constructivo evitar señalarla, ya que esa contradicción en algún momento surgirá, y para entonces, el entrevistado no habrá tenido la oportunidad de expresar desde el inicio su perspectiva respecto de la aparente contradicción.

Silencio

El silencio es útil para dar al sobreviviente algunos minutos que le permitan procesar los contenidos de la entrevista, la introspección o sobrellevar algunos momentos altamente emotivos durante la misma.

Exploración

El entrevistador, delicadamente, explora áreas del trauma que el sobreviviente tiene dificultades de expresar, por ejemplo, la agresión sexual. Si el sobreviviente muestra signos de "ansiedad" es mejor no continuar la exploración para evitar mayores resistencias. En estos casos, es recomendable intentar profundizar en una entrevista posterior, ya que es posible que al consolidar el ambiente de confianza le permita una mayor apertura a la persona afectada.

VII. Entrevista que explora la historia del trauma

Se debe obtener una historia del trauma lo más completa posible. Este es uno de los aspectos más importantes de la entrevista para los médicos, psicólogos, visitador social o abogados. El relato del trauma determinará si una víctima es elegible para ser aceptada como cliente en un programa de rehabilitación de víctimas de tortura. Por otra parte, el abogado utilizará la información para preparar una

denuncia o defensa en cualquiera de los ramos de la justicia. En este mismo sentido, el médico y el psicólogo necesitan la información para determinar la magnitud del trauma, los métodos utilizados y las consecuencias tanto físicas como psicológicas para incluir esta información en su dictamen.

En nuestro programa preferimos que el médico y psicólogo estén juntos cuando se entrevista a la víctima. Con ello se evita que la persona repita dos o tres veces la misma historia y permite intercambiar opiniones después de la entrevista respecto del contenido y credibilidad de la información reunida. Previo a la entrevista se determina quién de ellos tomará el liderazgo y la dirigirá.

Entrevista inicial breve

Antes de investigar la historia del trauma, la víctima debe tener una breve entrevista inicial para determinar el objetivo de su solicitud de servicios, sus expectativas y necesidades más urgentes. En ocasiones su situación emocional o la urgencia de sus problemas médicos obligan a posponer la historia del trauma hasta que la víctima se encuentre en una situación más estable. De esta manera se evita o disminuye el peligro o intensidad de la retraumatización producto de recontar el evento traumático.

La víctima, en una evaluación forense, se encuentra en una situación distinta a la de la entrevista clínica. En ésta, la persona requiere servicios para obtener solución a sus síntomas médicos o psicológicos. Cuando se realiza la evaluación forense, la persona se encuentra obligada a aceptar la evaluación como punto de partida para lograr otros objetivos. En estas circunstancias, pueden surgir problemas que dan lugar a la distorsión en la calidad de la información, como ocurre cuando se encuentra con la simulación, exageración u ocultamiento de los síntomas o hechos.

La simulación ocurre cuando la persona declara síntomas inexistentes o atribuye a la tortura secuelas físicas producidas por otros traumas por razones de beneficio personal. Esto puede ocurrir en personas solicitando asilo político, o en la defensa criminal de una persona que declara haber confesado un crimen bajo tortura.⁹ En cambio, el ocultamiento ocurre cuando la víctima no declara ciertos traumas por vergüenza o humillación, como ocurre frecuentemente en casos de agresión sexual. El entrevistador debe estar conciente de estas posibilidades y desarrollar la entrevista de tal forma que se puedan minimizar estos riesgos.

El médico que investiga un presunto caso de tortura debe examinar las evidencias con imparcialidad, basado en su experiencia y el conocimiento científico de su espe-

⁹ De igual manera la persona torturada puede no revelar su experiencia aun cuando haya sido obligada por la tortura a confesar. Estas situaciones sólo se pueden aclarar con una investigación completa que incluye la documentación médica psicológica, pero que no se reduce a ello. Las circunstancias del evento pueden ser verificadas mediante la constatación de hechos extrínsecos del suceso, y este trabajo es obligación del que investiga el delito de tortura. Ver el "Informe del Diagnóstico sobre El acceso a la justicia para los Indígenas en México. Estudio de Caso en Oaxaca", capítulo sobre El Derecho a la seguridad e integridad personal y a la libertad. (2006) disponible en www.hchr.org.mx.

cialidad. Algunos expertos en psicología forense sugieren que por razones éticas no es conveniente hacer una evaluación forense a una víctima que ha estado en psicoterapia con el evaluador.¹⁰

Historia del trauma

La investigación de la historia del trauma debe hacerse por etapas progresivas. Existe una **fase exploratoria inicial** en la cual se le pregunta a la víctima cierta información básica sin ningún detalle para tener una idea global del orden cronológico de hechos relacionados con la detención y tortura. Para ello es importante preguntar lo siguiente:

Numero de detenciones;

Duración de cada una de las detenciones. Preguntar por la fecha de detención y liberación de cada detención;

Agentes de seguridad que participaron en el arresto: policía civil, policía uniformada, militar, etc., y

Lugar donde estuvo detenido al suceder la tortura o maltrato: tratar de determinar si fue detenido en un cuartel de policía, cárcel o prisión fácil de identificar, o estuvo detenido en un lugar desconocido o en algún lugar secreto de detención. También deben considerarse las circunstancias del traslado del detenido y en forma cronológica para asegurar la mayor claridad.

Claramente el nivel de detalle con que cuenta el entrevistado variará. Si fue vendado o sufrió otro tipo de limitación se puede buscar detallar cuestiones relacionados con el paso de tiempo (horas o días), sonidos, olores y otras sensaciones que puedan arrojar luz sobre las preguntas mencionadas.

Fase de desarrollo: En esta etapa se le pide a la víctima que describa con detalle lo que le sucedió en cada uno de los lugares de detención o durante su traslado, incluyendo:

Una descripción detallada de las circunstancias de la detención: número de agentes que participaron, ya sea vestidos de civil o con uniformes. Grado y tipo de violencia utilizada en el procedimiento de arresto, así como el lugar de la detención (domicilio de la víctima, trabajo, la calle, etc.). Si hubo testigos presenciales de la detención, el método de transporte desde el lugar de arresto al lugar de detención y el grado y tipo de violencia utilizado al transportar a la víctima.

¹⁰ Meloy J, Reid, "The forensic interview", in Craig R.J. editor, *Clinical and Diagnostic interviewin*, Jason Aronson Inc., New Jersey, London, 1989:3-16.

Una descripción detallada del lugar de detención: tamaño, iluminación, ventilación, mobiliario de la celda, etc. Preguntar si la víctima estaba sola o acompañada de otros detenidos, cuántas personas había por celda (hacinamiento) y una descripción de las actividades diarias y las facilidades para orinar y defecar.

Preguntar si la víctima tenía restringida o no su vista, si fue vendada o encapuchada durante la detención, interrogación o tortura. Si los torturadores estaban con la cara descubierta o utilizaban máscaras y si la víctima pudo identificar a alguna de estas personas.

Una descripción detallada de los hechos de violencia o coacción, entre otros, que incluye los diferentes métodos utilizados, la posición de la víctima con cada método de tortura y la descripción de los instrumentos utilizados. No se debe en la entrevista referir directamente a “tortura” o “malos tratos”, ya que esa es una determinación jurídica —debe más bien describir lo sucedido, los hechos traumáticos, en el mayor detalle posible. Si usted tiene la menor duda respecto a la posición que la víctima tenía al momento de la tortura o del instrumento utilizado, se le puede pedir a la víctima que lo dibuje o lo simule en su presencia. Se debe preguntar, además, sobre la frecuencia y duración de las interrogaciones y torturas.

Una descripción de los síntomas experimentados con cada método de tortura en su momento, y una descripción detallada de las lesiones que recuerda haber observado en su cuerpo después de la tortura, así como el desarrollo de esas lesiones en los días posteriores. (Esto se dirige a la documentación de las secuelas físicas de la tortura o malos tratos.)

Preguntar si la víctima recibió atención médica mientras estuvo detenida, con relación a lo que sufrió, o antes de los hechos objeto de la entrevista. Preguntar si pudo observar la presencia de algún médico o personal de salud (psicólogo, enfermero) durante la interrogación y tortura.

Preguntar si la víctima firmó algún documento auto-incriminatorio y si tuvo la oportunidad de leerlo antes de firmar.

Preguntar si la víctima fue llevada a algún tribunal competente durante su periodo de detención y si tuvo la oportunidad de consultar a un abogado y en caso afirmativo en qué momento y circunstancias.

Durante la entrevista, el profesional tiene que observar atentamente las expresiones corporales de la víctima. Por lo general, se emociona profundamente cuando describe su experiencia traumática e interrumpe su relato y solloza o llora de pena. El entrevistador, en esos momentos, debe propiciar un periodo de silencio para permitir que la víctima se recupere, apoyarla emocionalmente y evaluar en ese momento si la entrevista debe continuar o suspenderse para ser retomada en otra ocasión.

En todo caso, al constatar las secuelas de la tortura, debe procurar que la persona afectada reciba la atención médica y psicológica a propiada.

Conclusiones

La entrevista a una víctima de tortura o malos tratos requiere de consideraciones especiales que toman en cuenta la naturaleza de las secuelas que generan estas experiencias en las personas. Al no incorporar en la práctica estas consideraciones, se corre el riesgo de conseguir una información truncada que, a su vez, impedirá la documentación de lo experimentado por la víctima. Por ello, es de suma importancia adquirir las destrezas y sensibilidades necesarias para llevar a cabo este tipo de documentación médica o psicológica, así como asegurar las condiciones propicias para poderla llevar a cabo con un grado importante de certeza sobre la existencia o no de los referidos daños.

Finalmente, se debe comprender que la no documentación de tales daños, no quiere decir que el hecho no ocurrió, sino que solamente faltan secuelas observables por estos dos ramos de profesionales. En estos casos, a veces el médico podrá explicar la falta de daños físicos observables, sobre todo en los casos de narrar formas de tortura que por su misma naturaleza no dejan secuelas físicas. En todo caso, la documentación de manifestaciones psicológicas consistentes con los sucesos descritos serán documentadas para la consideración del foro legal en donde se hace una valoración, desde la perspectiva legal, de los hechos bajo litigio.

Diferencia entre interrogatorio y entrevista

• DR. JORGE DE LA PEÑA*

En la práctica médico psicológica es de vital importancia tener en consideración aspectos que sustentan el buen resultado de nuestras acciones. La clínica y la escucha atenta son, por sobre todo, elementos que debemos considerar, especialmente en casos de personas que hayan sufrido tortura.

En México, la carencia de profesionales que tengan la formación dual que se necesita para abordar la problemática de víctimas de la tortura es grave. La reciente y afortunada aceptación por el gobierno mexicano a nivel federal y de algunas entidades federativas de reglamentar la aplicación del Protocolo de Estambul¹ para determinar posibles hechos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha cambiado la perspectiva del quehacer del profesional de la salud mental al enfrentarse a este tipo de casos. El Protocolo de Estambul viene a ser una herramienta tanto teórica como práctica para abordar dicha problemática.

Los cuestionamientos surgen en este medio debido a que la evaluación de la víctima debe abordar tanto los aspectos médicos como psicológicos y es necesaria, por tanto, la coordinación acertada y adecuada de los especialistas en dichas áreas del conocimiento humano, de tal forma que la evaluación sea la más correcta posible, para así sustentar nuestro dicho ante las instancias judiciales correspondientes. El médico carece de los elementos psicológicos y el psicólogo de los médicos, situándolos en un *impasse* difícil de corregir, aún más cuando los requerimientos oficiales, en su formato de aplicación del Protocolo ya mencionado, facultan para su aplicación y responsabilidad al médico forense.² Es así que aunque el médico tenga la oportunidad de consultar con otros especialistas, lo psicológico es fun-

* Médico Cirujano y Psicólogo Social por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma Metropolitana, respectivamente, y académico de la UNAM desde hace veinticinco años.

¹ Naciones Unidas. "Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y Documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes", Serie de Capacitación Profesional No. 8, Rev. 1, Ed. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, 2005.

² Ver Acuerdo número A/057/2003 del Procurador General de la República, y en particular el formato del dictamen que implementa el Acuerdo. En el formato se contempla solamente la firma del "perito médico legista o forense", y no se incluye un espacio para la firma del perito psicólogo forense. Aunque se anexe el informe del perito psicólogo forense con su firma, el formato refleja la desmedida importancia que se le da a la prueba física por encima de la prueba psicológica.

damental como lo señala el mismo Protocolo de Estambul³ y en la práctica es de un valor imprescindible para el dictamen final. Es por ello que el médico forense, por sí mismo, no podrá disertar sobre lo psicológico y el psicólogo caería en la misma disyuntiva respecto a lo médico. Es imperante, pues, la adecuada coordinación inter y multi disciplinaria para un buen resultado.

En México la circunstancia de la evaluación médico psicológica para determinar posibles hechos de tortura tiene sus avatares. Por ejemplo, en algunas entidades federativas no sólo ya está reglamentada la aplicación del Protocolo de Estambul, sino que se ha considerado la participación conjunta y simultánea tanto del médico como del psicólogo para la evaluación de las personas víctimas de tortura; mientras que dicha situación no ocurre a nivel federal y en la mayoría de los estados del país. Por ello, un elemento fundamental de la aplicación del Protocolo de Estambul deriva en una adecuada entrevista clínica que permite reunir la información relevante, tanto médica como psicológica, así como el entendimiento y la diferenciación en lo que respecta al interrogatorio y el testimonio,⁴ dado que estos últimos pertenecerían al campo no ya de lo clínico sino de lo jurídico.

La influencia considerable de un campo predominante de la psiquiatría y psicología estadounidense, caracterizada por un pensamiento funcionalista que remite al profesional a tomar en consideración prioritariamente lo previamente estructurado —como en el caso de la entrevista clínica, que si bien nos es de mucha utilidad—, carece, a mi parecer, del lado humano de la probable víctima de tortura y malos tratos, el cual nos remite a lo más sensible del discurso traumático y, por lo tanto, a una mayor aportación de datos útiles.

La clínica, como herramienta propedéutica, es fundamental y supera a todas las técnicas posibles, entendiéndola conceptualmente como una habilidad del profesional de la salud para detectar la normalidad y la anormalidad del funcionamiento psico-orgánico de la persona a partir de su formación científica, alimentada y madurada por la experiencia del médico o del psicólogo. Contempla varios campos clínicos de abordaje: el de la mirada, el del tacto, el del olfato, el del gusto y el de la escucha. Este último campo nos atañe en relación a la entrevista y su diferencia con el interrogatorio, sin que esto devalúe la importancia de los demás.

En este sentido, la semiología clínica, médica o psicológica consideran los conceptos de interrogatorio y entrevista como entes similares. En el ámbito del dere-

³ Ver el Capítulo IV: Signos Psicológicos Indicativos de Tortura, Protocolo de Estambul, *op. cit.*

⁴ La tendencia es concebir al interrogatorio como el método para conocer la información legalmente relevante para la investigación o juzgamiento de un hecho. Por lo tanto, se construye el método a partir de una visión legista de los sucesos. El testimonio, por otra parte, es el formato formalizado para presentar la información derivada de una investigación. En el caso de la entrevista, se entiende que es más abierta y busca, más bien, obtener información amplia. Tratándose de la entrevista clínica para la aplicación del Protocolo de Estambul, se debe tomar en cuenta que la tortura o maltrato provocan efectos psicológicos que tendrán que ser comprendidos desde la perspectiva de la persona afectada, pues es el efecto en la persona misma el que se busca documentar. Para lograr ese entender, se requiere emplear métodos especializados. En este ensayo se enuncian aquellas técnicas cuyo proceso de aplicación facilitará, a fin de cuentas, los testimonios e interrogatorio que se realizan en la investigación o en el proceso judicial.

cho, el interrogatorio tendría otra connotación y técnica relacionadas con la dinámica de las investigaciones jurídicas y las audiencias respectivas.

Isabel Díaz Portillo, al tratar de llegar a una definición integral de lo que significaría una entrevista clínica, refiere que es “la forma interna del relato patográfico, aquella de que es vestidura verbal o retórica su forma externa, constituye el término de una imperativa faena de selección. El narrador se ve obligado siempre a elegir las notas más idóneas a los fines de la propia narración”.⁵ Sullivan, citado por la propia Díaz Portillo, define la entrevista clínica como: “[...] una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, mas o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características del vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que con pautas o normas, experimenta como particularmente productora de dificultades o especialmente valiosas y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”⁶ psicológico.

Sin embargo, esta autora, después de un recorrido por diversas construcciones conceptuales respecto a la entrevista clínica, llega a una definición que parece acertada, ya que integra la esencia de la misma por su enfoque particularísimo que tiene que ver con lo psíquico y la clínica desde sus diversos campos. Para Díaz Portillo, la entrevista clínica se define como “[...] encuentro entre un paciente o grupo de pacientes y un entrevistador, o equipo de entrevistadores, es el procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación, *en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del o de los entrevistados*”.⁷ Esta definición nos permite dar cuenta del carácter psicodinámico que la entrevista clínica debe tener y diferenciarlo, por ende, del interrogatorio.

La entrevista clínica difiere del interrogatorio en tanto que se dirige más a la escucha en el entendido de la premisa lacaniana de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, y por tal motivo el decir del uno y la escucha del otro son fundamentales para el acceso de la verdad del sujeto sufriente. Es decir, “el inconsciente habla”. La particularidad de la entrevista hacia lo psíquico es lo que le da especial significancia. En el interrogatorio, el objetivo fundamental es la obtención de datos en general, lo que la persona dice, lo que sabe de sí misma. En este se omite la presencia y existencia de mecanismos psíquicos inconscientes, que se manifiestan precisamente en lo que Freud llamó “formaciones del inconsciente”, como serían los olvidos, los *lapsus linguae*, los malentendidos, los chistes, por mencionar algunos, que tienen por objetivo evitar la aparición en el discurso de la persona de elementos displacenteros al yo y que representan una amenaza para sí misma.

Bleger, citado por Díaz Portillo, explica de manera sencilla y concreta la diferencia entre interrogatorio y una entrevista clínica. A decir de este autor, el interro-

⁵ Díaz Portillo, Isabel: *Técnicas de la entrevista psicodinámica*. Ed. Pax, México, 2001, 2ª edición, p.23.

⁶ *Idem*.

⁷ *Ibidem*, pp. 28-29

gatorio "opera con el supuesto de que el consultante conoce su vida y esta capacitado por tanto, para dar datos sobre la misma. Mientras el supuesto de la entrevista es el de que cada ser humano tiene organizada una historia de su vida y un esquema de su presente, del cual deducimos lo que no sabe, gracias a que su comportamiento no verbal hace emerger lo que es incapaz de aportar como conocimiento explícito".⁸ Es decir, en la entrevista clínica el objetivo fundamental es fomentar una comunicación que nos lleve a inferir e interpretar la conducta del entrevistado, aplicando el conocimiento psicológico que nos permita comprender la conducta humana.

Bleger, por tanto, señala la necesidad de no confundir el interrogatorio con la entrevista clínica, dado que el primero busca datos supuestamente objetivos e incontrovertibles y la segunda toma en consideración los diversos campos de la clínica, como son la mirada y la escucha, tomando en consideración el discurso del otro, su lenguaje. Es decir, elementos verbales y preverbales que nos permitirían inferir componentes psíquicos defensivos manifestados por el entrevistado para proteger su integridad yoica que se ve amenazada, y de alguna manera, las causas del trauma.

Retomando nuestro argumento relativo a los campos clínicos que anteriormente se han mencionado, es importante puntualizar que en la entrevista clínica es de vital relevancia enfatizar el carácter oral o vocal de la misma. El inconsciente está estructurado como un lenguaje, paradigma ya señalado. Pero también se debe considerar que otros aspectos, como la entonación del discurso, el ritmo de la conversación, las omisiones, el silencio (el silencio comunica), los titubeos en el habla, etc., pueden ser indicios de algo que se oculta, de un saber que no se quiere saber porque genera dolor y displacer, manifestando esa necesidad de decirlo de una manera enmascarada que el entrevistador, con base en el entrenamiento y la experiencia, tiene la obligación de deducir. Asimismo, los elementos proporcionados por la mirada del entrevistador aportan datos de validez inconmensurable, como son la presencia de una palidez súbita, rictus de ira o temor, llanto, odio percatado a través de la mirada, etc., los cuales dicen mucho de lo que para la persona significa lo preguntado.

La entrevista clínica nos remite a caracterizarla basados en su conformación, de tal forma que existen particularidades a considerar: puede ser libre, no directiva, no estructurada y profunda, o estructurada, directiva y superficial. Este último modelo, basado fundamentalmente en la escuela estadounidense, es práctico y útil en muchas ocasiones, ya que dadas las condiciones del sistema judicial de México, en la gran mayoría de los casos el tiempo para entrevistar a la persona víctima de tortura y malos tratos es corto, por lo que resulta necesario aprovechar al máximo el momento. Esta modalidad de entrevista estructurada previamente en un documento nos acorta tiempos, más aún cuando se combina con la grabación del relato de los hechos por parte de la persona, y nos puede asegurar, aunque sea parcialmente, información eficaz para nuestro objetivo.

⁸ Díaz Portillo, Isabel, *ibidem*, p. 28

Sin embargo, lo ideal es llevar a cabo una entrevista libre, no directiva y profunda, permitiendo que la persona se exprese con la mayor tranquilidad posible y con el tiempo suficiente para que el entrevistador no sólo escuche aquello que la persona ignora sino que pueda tener acciones de intervención como serían las interpretaciones, preguntas, aclaraciones o clarificaciones que tienen como finalidad el puntualizar y fijar datos ambiguos, confusos e incluso mal entendidos por el entrevistador, con la mira de poder establecer hipótesis con ciertas garantías de certeza. La grabación en cinta magnetofónica, o inclusive la videograbación, son de gran utilidad, aunque en ocasiones estas ayudas complementarias pudiesen afectar al entrevistado, inhibiéndolo y generando resistencias psíquicas que le impidieran manifestarse libremente.

Del mismo modo, es recomendable, en la medida de lo posible, establecer una atmósfera cordial y afable que favorezca la entrevista, En la mayoría de las veces no se logra establecer este ambiente, en primer lugar, dadas las circunstancias de la persona a quien se entrevista como víctima de tortura o maltrato, y en segundo, dado que los penitenciarias de nuestro país no proporcionan el ambiente más adecuado para nuestro trabajo. Sin embargo, el entrevistador debe tener la capacidad de establecer esa situación cálida y cordial con el entrevistado, y debe ser consciente de la forma en que es capaz de hacerlo, motivando un *rapport* adecuado, entendiendo este como la relación cordial, afectuosa, de confianza, aprecio y respeto mutuo que debe unir siempre a la persona entrevistada con el entrevistador.⁹ Sin embargo, es justo decir que tal posibilidad depende mucho de la motivación de la persona para el trabajo y de la capacidad de *insight*, entendiendo este término del lenguaje psicológico como la capacidad de análisis y reflexión que la persona pueda tener respecto a su problemática. La meta de la interacción entre el entrevistado y entrevistador es, a final de cuentas, el establecimiento de una relación de trabajo o alianza terapéutica, de acuerdo con Greenson (1967). Esta capacidad de trabajo permite abordar adecuadamente los *insight* dolorosos y regresivos que se pueden provocar en el entrevistado como resultado de esta interacción.

Las reacciones transferenciales son también aspectos a tomar en consideración. En la entrevista clínica con sobrevivientes de tortura, la transferencia, definida como el lazo del paciente con el terapeuta que se instaura de manera automática y actual, reactualiza los significantes que han soportado sus demandas de amor en la infancia y que da testimonio de que la organización subjetiva del individuo está comandada por un objeto, es decir, la persona entrevistada transfiere en el entrevistador sentimientos positivos o negativos (amor o agresión), dado que representa a un personaje significativo en la vida del entrevistado. Este hecho de la transferencia interviene de manera significativa en la relación entrevistado-entrevistador. Este mismo efecto se da a la inversa en el entrevistador (contratransferencia), generando efectos psíquicos en el mismo que pudiesen llegar a perturbar la objetividad de sus apreciaciones y la funcionalidad adecuada de

⁹ Díaz Portillo, Isabel, *ibidem*, p. 32.

la entrevista clínica. Estos sentimientos generados en la entrevista deben utilizarse como herramientas que la dirijan hacia la exploración de los afectos y fantasías de la persona sobreviviente de la tortura como elementos adicionales para la evaluación.¹⁰

Se debe tomar en consideración la importancia que, de acuerdo a la experiencia de trabajo con sobrevivientes de la tortura y malos tratos, tiene la expresión libre de los hechos traumáticos no sólo para la aportación de datos sino también como un efecto terapéutico real. Para ello, es importante el establecimiento de un buen *rapport* entre el entrevistado y el entrevistador, que remita al entrevistado a un estado catártico, que si bien no “cure” sus males, sí alieve, de alguna manera, el malestar que le invade después de un hecho tan traumático como la tortura.

En este sentido, la entrevista dirigida hacia un sobreviviente de la tortura debe tomar en consideración los puntos referidos en las “consideraciones generales para la entrevista” del Protocolo de Estambul, donde se determina que debe existir un objetivo general de la entrevista, así como un adecuado examen y documentación, debido a que cada caso es diferente de acuerdo con su contexto sociohistórico y cultural.

En el objetivo u objetivos de la entrevista se debe puntualizar todo lo que se relata respecto a la identificación de los responsables de la tortura; facilitar apoyos, si así se requiere, para solicitar el asilo político; determinar en qué medida funcionarios del Estado pudiesen haber declarado falsamente al cotejar la información que resulta de la documentación del caso; profundizar sobre el “modus operandi” del torturador o torturadores;¹¹ hacer un análisis de los estudios médico psicológicos previos asentados en el expediente procesal; evaluar y correlacionar los daños físicos y psicológicos encontrados, y dar una interpretación que corrobore o no la hipótesis fáctica que se ha planteado respecto a la posible tortura. Todo lo anterior conduce a que se documente la tortura de una manera ágil y entendible para el lego en materia médico psicológica.

Es importante, asimismo, obtener de la persona víctima de tortura información que puede ser de gran utilidad, tal como las circunstancias que en que se dieron los hechos de tortura; las fechas probables o exactas de la tortura; una descripción lo más detallada posible del torturador; la forma y el contenido de las preguntas del mismo; las características del lugar de detención y las actividades cotidianas del mismo; los métodos de tortura; agresiones físicas, sexuales y psicológicas, y la existencia o no de testigos clave. Debe recordarse, sin embargo, que el mismo evento traumático puede afectar la percepción, la capacidad de recordar y contar lo sucedido, de manera que la ausencia del detalle no necesariamente va en detrimento de la veracidad de lo reportado por la víctima.

¹⁰ Ver el Capítulo IV: Signos Psicológicos Indicativos de Tortura, Protocolo de Estambul, y “Evidencia Psicológica de Tortura: Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul —Para Psicólogos”, IRCT (International Rehabilitation Council for Victims of Torture).

¹¹ Esta situación es muy común en México, donde se establecen patrones conductuales regionales de la tortura, que se interpretan como un patrón de actuación de las mismas autoridades policiales, lo que refleja la intencionalidad respecto a la implementación de estas conductas.

Todos estos aspectos pueden obtenerse libremente permitiéndole a la víctima expresar su experiencia cuando fue torturada. El clínico, sin necesidad de dirigir la pregunta, puede obtener la información requerida, y tal vez sólo puntualizar en algunos casos donde considere pertinente profundizar. Sin embargo, en situaciones especiales la entrevista estructurada nos puede aportar más información de manera rápida y concisa. La empatía y la confianza son factores de suma importancia para la obtención eficaz de información. Asimismo, hay que procurar un medio ambiente adecuado, aunque en ocasiones es difícil. La habilidad del entrevistador puede modificar con su actitud y presencia el lugar, de tal forma que el entrevistado se sienta tranquilo, cooperador, y por ende, que pierda el miedo y se facilite el acceso a información importante para documentar de manera adecuada el caso.

Habrá que tomar en consideración elementos esenciales en el proceso de la entrevista como sería, en primer lugar, la explicación al entrevistado de la técnica que el clínico va a emplear. Esto dará confianza y tranquilidad a ambos y permitirá un mejor acercamiento. Asimismo, se tomarán en consideración todos aquellos factores psicológicos que en un proceso de entrevista clínica psicológica el profesional conoce, como son las vivencias que la víctima puede sufrir al relatar los hechos y sus posibles reacciones, las situaciones transferencia-contratransferencia que puedan darse en el proceso de la entrevista, así como sus consecuencias.

Las preguntas deberán ser sutiles y cautelosas, pues podrían herir susceptibilidades en la persona entrevistada. Esta habilidad la aprende el clínico con la experiencia y es difícil dar una regla específica para hacerlo. Por lo tanto, la práctica clínica es fundamental y puede ser necesaria la supervisión y apoyo personal de colegas más experimentados, tanto en función de la persona sobreviviente de tortura, como del entrevistador, quien está expuesto a reacciones contratransferenciales que pudiesen afectar la documentación. Entre las reacciones más frecuentes del entrevistador están:

- a) Evitación
- b) Desilusión
- c) Omnipotencia y grandiosidad
- d) Sentimientos de inseguridad
- e) Sentimientos de culpa
- f) Indignación y rabia
- g) Ansiedad
- h) Confusión

Todas estas consideraciones respecto a la entrevista en una persona sobreviviente de la tortura y/o malos tratos pueden ser profundizadas en los capítulos respectivos a la técnica de entrevista, vertidos en el Protocolo de Estambul, y complementadas con las lecturas científicas sobre técnicas de entrevista clínica.

Por otro lado, en la evaluación de una persona sobreviviente de tortura —basada en el Protocolo de Estambul— el relato de los hechos es de suma importancia

desde el punto de vista jurídico. Dicha evolución muestra fehacientemente la realidad de la tortura, tal y como la vivió el sujeto, lo que permite al juez y al Ministerio Público darse cuenta de cómo fue aquella y la agresión sufrida. El relato que la persona hace al entrevistador se da en un espacio distinto, en un lugar que podría tener un ambiente terapéutico y con un profesional que fomenta la confianza y calidez, permitiéndole recopilar los datos aportados de una manera minuciosa y con el conocimiento que su formación profesional le permite. En cambio, la instancia jurídica carece de lo anterior y obtiene de la persona datos duros y fríos de su discurso que se plasman de manera impersonal en los expedientes, sin ninguna expresión propiamente humana que remita al verdadero dolor que la víctima tiene y tuvo. Esto último considero que es de alta relevancia capturarlo en su integridad y vertirlo de la misma forma en el dictamen. Puedo afirmar que tanto el relato de los hechos como la conclusión son determinantes para informar adecuadamente el criterio del juzgador y obtener la demostración, cuando así sea, de tortura o malos tratos de la persona evaluada. En este sentido, el análisis puntual del relato realizado por el entrevistado también nos permite determinar la coherencia de los hechos, y por lo tanto, llegar a una conclusión con un aceptable grado de consistencia.

Algunos investigadores consideran —y así lo manifiestan— al relato de los hechos como sinónimo de testimonio. Desde mi punto de vista, el testimonio es un término puramente legal y no cabría dentro del discurso de la psicología. Como se mencionó anteriormente, el testimonio tiene una connotación jurídica. Por tal motivo y con el afán de evitar confusiones, creo pertinente establecer también la diferencia no sólo del interrogatorio en relación con la entrevista sino del mismo modo con el testimonio.

Cierto es que el testimonio podría tener repercusiones terapéuticas en la víctima de tortura y malos tratos (Lira: 1984). Sin embargo, creo atrevido seguir considerando el relato de los hechos manifestado por la víctima de tortura con tal conceptualización. El relato de los hechos, como lo afirmo antes, tiene ciertamente un efecto terapéutico en la víctima, pero la particularidad de hacerlo ante un profesional de la salud mental y en un ambiente terapéutico especial es lo que permite esta característica catártica que repercute en el estado mental de la persona afectada por el trauma.

En conclusión, el interrogatorio tiene que ver con una serie de preguntas, basadas en el método clínico que tienen como objetivo determinar un diagnóstico del interrogado, tanto desde la perspectiva médico-psicológica como desde cualquier otro campo del saber humano como podría ser el jurídico o el periodístico, por mencionar algunos. Si bien la entrevista se incluye dentro del interrogatorio y por ende de la clínica, es importante señalar la particularidad que tiene al ser dirigida específicamente para explorar aquellos aspectos de la esfera psíquica que escapan al saber del entrevistado, y que sustentados en la clínica, el entrevistador, que deberá ser un profesional de la salud mental, obtendrá datos e información que determinen el estado psíquico que la persona víctima de tortura y malos tratos tiene, tuvo y tendrá.

En nuestro medio, es común que el acceso a la entrevista con el victimado sea mucho después de los hechos que se denuncian. Por tal motivo, las manifestaciones físicas de tal evento, si las hubo, suelen desaparecer con el paso del tiempo. Sin embargo, en la esfera psíquica las secuelas perduran por toda la vida y con una buena evaluación médica-psicológica es factible determinar estas huellas que la tortura ha dejado en la mente de la persona víctima del trauma.

El daño psicológico no tiene cura alguna y de allí la importancia que la entrevista tiene para la obtención de información que determine el daño en esta área. El testimonio, a mi parecer, debe ser eliminado del discurso psicológico debido a su connotación legal y a que generaría más confusión en el equipo multidisciplinario que se dedica a trabajar con sobrevivientes de la tortura y malos tratos.

El relato de los hechos y la conclusión, ambos de suma importancia, son apartados del dictamen final de la evaluación basada en el Protocolo de Estambul. El primero debe ser transcrito tal y como la persona lo relata, dándole así al documento final un matiz humano y realista de los hechos sucedidos, alejado definitivamente del escrito puramente jurídico que burocratiza el lenguaje. El grado de consistencia del discurso del entrevistado también puede ser detectado en este apartado y permite al clínico, apegado a la ética, dictaminar adecuadamente. Por su parte, la conclusión del dictamen también es importante porque integra cabalmente lo investigado en todo el proceso evaluatorio y es la afirmación contundente y con bases científicas de lo hallado.

Documentación del aspecto psicológico de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

• NIEVES GÓMEZ*

La documentación y evaluación psicológica de los daños y efectos derivados de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, es de suma importancia como quedó de manifiesto en otros apartados del presente libro, ya que permite documentar la tortura física cuando los signos visibles han desaparecido y documentar la de índole psicológica, aunque no hayan existido hechos que dañaran físicamente a la persona.

También se ha expuesto que la tarea del perito no es determinar si los hechos objeto de la denuncia son tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o cualquiera otra categoría jurídica. Sin embargo, en el momento de exponer y teorizar sobre los daños que este tipo de actos generan, utilizaremos la noción “tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, como el hecho o conjunto de hechos ocurridos que están dirigidos a generar un profundo daño a la persona tanto en el ámbito físico como en el psicológico. Al respecto, el Protocolo de Estambul enumera algunos hechos que abarcan la tortura psicológica:

Diferentes condiciones de detención, privación de la estimulación sensorial normal, humillaciones, abuso verbal, realización de actos humillantes, amenazas de muerte, daños a la familia, prisión, ejecuciones simuladas, amenazas de ataques por animales, técnicas psicológicas para quebrar al individuo, incluidas las traiciones forzadas, agudización de la sensación de desvalimiento, exposición a situaciones ambiguas o mensajes contradictorios, violación de tabúes, forzamiento de conducta como la realización forzada de prácticas contra la propia religión, inducción forzada a dañar a otras personas mediante tortura o cualquier otro maltrato, inducción forzada a destruir propiedades, inducción forzada a traicionar a otra persona exponiéndola a riesgos, inducción forzada de la víctima a presenciar torturas u otras atrocidades que se están cometiendo en otros.¹

* Licenciada en Psicología, Universidad de Salamanca , 1995; Diploma en Criminología dentro del Título Propio Ciencias de la Seguridad en la Universidad de Salamanca, España, 1999; Doctorado en Psicología del trabajo y de las Organizaciones, 1998, Universidad de Salamanca, España y desde 2002 Coordinadora de un programa de intervención psicosocial en víctimas de tortura en las comunidades de Rabinal, Chimalteango y la región Ixil del Equipo de Estudios Comunitarios y de Acción Psicosocial. ECAP. Guatemala.

¹ Naciones Unidas. “Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, Serie de Capacitación Profesional Nº 8, Rev.1, Ed. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, 2005, Numeral 145.

Asimismo, en anteriores capítulos se ha delimitado la función del perito a la evaluación y determinación del daño en correlación con los hechos objeto de la denuncia, y cómo debe prescindir de pronunciarse sobre la existencia de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, ya que tal pronunciamiento corresponde a la parte legal del proceso. El Protocolo nos indica los aspectos que debemos evaluar desde el punto de vista psicológico, mismos que serán analizados en las siguientes líneas, teniendo presente el daño en los niveles individual, familiar y social.

Una vez delimitado el objeto y fin de la documentación psicológica, es necesario abordar la manera en que se llevará a cabo ese proceso de evaluación psicológica, es decir, qué tipo de metodología se utilizará para la obtención de información y las conclusiones subsecuentes.

Entre los pasos metodológicos a seguir se han mencionando, entre otros, la creación de un vínculo de confianza entre el perito y la víctima, así como la técnica de la entrevista como eje central de la evaluación, cuestión que se desarrolla en un capítulo específico de la presente obra. Sumado a ello, se pueden utilizar pruebas psicodiagnósticas específicas para evaluar el daño producido, no obstante, y como se expone en el capítulo introductorio, éstas tienen una serie de alcances y limitaciones.

Este tipo de pruebas, por no ser instrumentos específicos para este tipo de delito o violación a los derechos humanos, presentan una serie de limitantes y desafíos. Por ejemplo, no analizan el carácter político y social de este tipo de violaciones, o no se adaptan a un contexto multicultural² o colectivo sino solamente al daño individual, descuidando el impacto negativo familiar y social que genera, como secuela o consecuencia, la aberrante práctica de la tortura.

1. Definición de acontecimiento traumático

La denuncia presentada por una víctima u organismo refiere una serie de hechos dirigidos contra una persona, caracterizados por haberla dañado intencionalmente y de forma cruel. Tales hechos, por su carácter súbito, inesperado, intenso e incontrolable, así como por constituir una amenaza para la propia vida de la víctima, se convierten para ésta, desde el punto de vista psicológico, en un acontecimiento traumático.

Este tipo de situaciones de estrés negativo extremo provocan una descarga física y emocional en las personas, independientemente del tipo de contexto socio-cultural. Lo que puede variar es la respuesta individual, familiar y social que se les dé, en razón de que dependerá de las experiencias previas de la persona y de la interpretación sociocultural del contexto en el que se desarrolla.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV),³ un hecho se convierte en traumático por las siguientes situaciones:

- ² Posteriormente se abordará el carácter étnico-cultural del daño y de las pruebas psicológicas, ya que requieren de un tratamiento especial.
- ³ El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), como su nombre indica, es una clasificación de los diferentes trastornos mentales elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana-

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

Pau Pérez Sales, junto con otros autores, expone el concepto de trauma⁴ como una experiencia de estrés negativo extremo:

1. Una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona. Asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto.
2. Que tiene un carácter inenarrable, incontrolable y resulta incomprensible para los demás.
3. Que quiebra una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad⁵ y de control sobre la propia vida: la confianza en los otros, en su bondad⁶ y su predisposición a la empatía;⁷ y la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo.⁸

Las características del acontecimiento traumático determinan el daño psicológico. Según el Manual de referencia, en el apartado del Trastorno por Estrés Postraumático, se señala:

na, y es utilizado a nivel mundial como marco de referencia para el diagnóstico de los trastornos mentales. Existe, también, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), igualmente utilizada a nivel internacional. Tanto el Manual como la Clasificación tienen constantes revisiones, y actualmente, en 2007, respecto del primero se encuentra la versión revisada DSM-IV, a la cual nos referiremos en el presente texto.

⁴ Pérez Sales, Pau, *et al. Manual Psicoterapia de Respuestas traumáticas, Vol. I, "Trauma y Resistencia"*, 2003.

⁵ La creencia de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida alude a la noción de que "a mí nunca me va a ocurrir una cosa así, esto le pasa a otros".

⁶ La confianza en los otros y en la bondad del otro se entiende como la creencia de que los otros son buenos y tienden a ayudarnos y a apoyarnos.

⁷ Empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, y de entender qué piensa y siente otra persona.

⁸ La confianza en el carácter controlable y predecible del mundo se refiere a la creencia de que vivimos en un mundo ordenado y predecible, donde los hechos son controlables y donde hay unas reglas que, adecuadamente utilizadas, llevan a consecuencias anticipadas.

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar un trastorno.

Igualmente se recoge esta idea en las palabras de Pau Pérez Sales y autores:

En el contexto de situaciones de extrema vulnerabilidad e indefensión (p. ej. detención clandestina, incomunicación o tortura), resulta determinante el terror que surge de no poder hacer absolutamente nada ni por escapar, ni para controlar lo que está ocurriendo. Hay una sensación extrema que coloca a la persona en los mayores niveles de activación fisiológica de lo que se derivaría probablemente una mayor intensidad de la sintomatología post-traumática.⁹

El acontecimiento traumático y el trauma marcan un antes y un después. Suponen una ruptura en la propia existencia: la ruptura de la continuidad de la vida y una pérdida de seguridad.¹⁰

Las respuestas individuales y sociales en la búsqueda de responsables a lo ocurrido varían en unas situaciones y otras. Cuando el acontecimiento traumático tiene su origen en una catástrofe natural las víctimas son reconocidas como tales, y en consecuencia la respuesta social es de solidaridad y apoyo. Sin embargo, cuando se trata de personas víctimas de una situación de violencia política, la respuesta social es de etiquetamiento, rechazo y aislamiento social. Dentro del marco de las “teorías psicológicas del mundo justo” (Lerner, 1980), la sociedad no puede creer que quienes son los encargados de proteger a la sociedad sean los responsables de actos de violencia y crueldad extrema, revirtiendo la responsabilidad y la culpa sobre las propias víctimas: “algo habrán hecho para que les suceda lo que les sucedió”. En consecuencia, no existe una respuesta social de solidaridad y apoyo, y las víctimas quedan etiquetadas y estigmatizadas. En el contexto de América Latina y de la represión política, quedan etiquetadas y estigmatizadas como “guerrilleros” o “comunistas”. En otros contextos, por ejemplo, la colectividad sataniza a la víctima, etiquetándola como “delincuente”. Esto tiene el efecto de mermar la respuesta y legitimar la acción que provocó el acontecimiento traumático.

2. Daños y efectos psicosociales en el individuo y la sociedad

Partiendo del daño a nivel individual provocado por la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, se irá analizando cómo se afectan, también, otras esferas de la persona como la familia y el contexto social y cultural. El Protocolo centra mayormente su atención en el daño individual, dejando ver en varias

⁹ Pérez Sales, Pau. *Trauma y resistencia*, Ed. Escosura Producciones, Madrid, 2004, p. 37.

¹⁰ Beristain, C. Martín. *Reconstruir el tejido social*, Ed. Icaria, 1999, pág. 76.

partes del mismo cómo se afectan, igualmente, las otras áreas de la persona. Sin embargo, en el tipo de daño familiar, social y el daño en la segunda generación, el Protocolo no da el mismo espacio que para el nivel individual.

El daño a nivel individual

La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes pueden generar un daño psicológico individual consistente en alguno de los siguientes síntomas: reexperimentación del trauma, evitación y embotamiento emocional, hiperexcitación, síntomas de depresión, disminución de la autoestima y del sentido de futuro, disociación, despersonalización, quejas somáticas, disfunciones sexuales, psicosis, consumo excesivo de sustancias psicotrópicas y daño neurológico. La agrupación de los síntomas de reexperimentación del trauma, evitación y embotamiento emocional e hiperexcitación se denomina, desde la perspectiva psicológica, Trastorno de Estrés Postraumático (en adelante TEPT).¹¹

Derivado de la necesidad de evitar pensamientos y sentimientos de cólera, tristeza o angustia como respuesta sintomática del trauma, “los especialistas han observado que los supervivientes de la tortura con frecuencia desarrollan secundariamente un cuadro de alcoholismo y toxicomanía como forma de obliterar los recuerdos traumáticos, regular emociones desagradables y controlar la ansiedad.”¹²

Cabe señalar que algunas personas, por las formas de enfrentar el acontecimiento traumático y por su experiencia personal previa a la tortura, pueden no presentar una sintomatología psicológica de ningún tipo. En otros casos, algunas personas pueden presentar sintomatología del TEPT, pero no satisfacer completamente los requisitos exigidos por el DSM-IV.

El hecho de que no satisfagan los criterios diagnósticos del TEPT no significa que no haya habido tortura.¹³

La sintomatología del TEPT tiene altos y bajos. Los síntomas pueden volver ante acontecimientos estresantes de la cotidianidad directos o indirectos. Por ejemplo, con el hecho de leer en los periódicos noticias de violencia, la persona puede comenzar a revivir su experiencia traumática. La aparición de sintomatología no

¹¹ En el TEPT se pueden observar algunas de las siguientes manifestaciones: Recuerdos Intrusivos; Sueños Angustiantes; Actuar o sentir como si el suceso volviera a ocurrir; Angustia psicológica ante hechos que le recuerdan el suceso; Reacción fisiológica al exponerse a hechos que le recuerdan el suceso; Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones; Evitación de actividades, lugares o personas; Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma; Disminución del interés o de la participación en actividades; Sensación de desapego o alejamiento; Afecto restringido; Sensación de un porvenir acortado; Dificultad para conciliar o mantener el sueño; Irritabilidad o accesos de cólera; Dificultad para concentrarse; Hipervigilancia y Sobresalto ante estímulos normales.

¹² Protocolo de Estambul, *op. cit.*, Pto. 258.

¹³ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, Pto. 255.

siempre ocurre en los momentos posteriores al hecho traumático, y en algunos casos, dependiendo de las circunstancias, puede comenzar hasta años después de la violación. En este caso se habla de un trastorno diferido. De la misma forma, puede ocurrir que, la violación que se está juzgando, no ha sido la única vivida por la víctima, sino que tiene experiencias traumáticas acumuladas y retraumatizaciones que también habrá que tener presentes, aunque no sean el eje central del peritaje que realiza el psicólogo.

Asimismo, las personas que tienen familiares desaparecidos pueden presentar sintomatología de duelo alterado, como por ejemplo, creer que el pariente desaparecido o muerto continúa viviendo, o llorar de forma constante al recordarlo, a pesar de los años transcurridos desde su muerte o desaparición.

Otro de los trastornos psicológicos pueden ser los dolores o manifestaciones físicas o somáticas, como resultado de los malestares psicológicos. Suelen ser comunes los dolores de cabeza, de espalda o problemas de respiración, que no tienen ninguna causa física aparente después de realizar análisis físicos. El DSM-IV los denomina "trastornos somatomorfos", y en el contexto de la psicología también se les llama "enfermedades psicósomáticas".

Desde la perspectiva multicultural se ha venido estudiando y documentando la enfermedad de susto, que la "Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura" del DSM-IV, incorpora.¹⁴ En líneas posteriores se expondrá un apartado específico con relación a la perspectiva en la diversidad étnico-cultural.

La percepción de culpa es otra posible manifestación psicológica tanto de la persona víctima de tortura como de algún familiar de la misma, en el sentido de que podían haber hecho algo para no llegar a esa situación o que podían haber efectuado alguna acción que impidiera que otros fueran objeto de torturas. Ambas percepciones son ilusorias. Que la persona manifieste percepción de culpa es un mecanismo psicológico que busca encontrar responsables sobre los hechos ocurridos, y no significa, ni debe significar, que la persona tenga culpa o responsabilidad de haber sido torturada. En relación a la valoración del daño psicológico que padece la víctima, el perito y otros profesionales deben tener presente que la existencia de culpa

¹⁴ "Enfermedad popular prevalente entre algunos latinos de Estados Unidos y entre la población mexicana, de América Central y Sudamérica. El susto se conoce también como espanto, pasmo, tripa ida, pérdida del alma o chibib. El susto es una enfermedad atribuida a un acontecimiento que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando lugar a sufrimiento y enfermedad. Los individuos que sufren sustos experimentan también dificultades significativas en el contexto social. Los síntomas pueden aparecer tras semanas o años de experimentar el miedo súbito. Se cree que, en casos extremos, el susto puede provocar la muerte. Los síntomas típicos incluyen trastornos del apetito, sueño inadecuado o excesivo, sueño intranquilo, pesadillas, disforia, falta de motivación para cualquier actividad, y baja autoestima o valoración negativa. Los síntomas somáticos que acompañan el susto incluyen mialgias, cefaleas, gastralgias y diarrea. Los rituales de salud se orientan en el sentido de recuperar el alma para que vuelva al cuerpo y limpiar a la persona para que restaure el equilibrio corporal y espiritual. Las diferentes experiencias de susto pueden estar relacionadas con un trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático y trastorno somatomorfo. Creencias etiológicas y configuraciones de síntomas similares pueden encontrarse en diversas partes del mundo".

en un sobreviviente de tortura es una variable negativa en relación a su posible recuperación psicológica. Las personas que manifiestan culpa tendrán mayores dificultades en recuperarse que aquellas que no la tienen y requerirán de una intervención terapéutica específica. En ocasiones, el análisis de la culpa no es visible y es necesario deducirlo de algunas palabras o frases de la persona entrevistada a lo largo de la evaluación psicológica.

Daños psicosociales hacia la colectividad y la familia

La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes pueden producir un daño a la colectividad y la ruptura del tejido social, ya que envían el mensaje de que las personas que realicen las mismas actividades o conductas sufrirán el mismo destino que la persona torturada, por lo que se bloquea todo tipo de iniciativa de construcción.

Al deshumanizar y quebrar la voluntad de sus víctimas, el torturador sienta precedentes aterradoros para todos aquellos que después se pongan en contacto con la víctima. De esta forma la tortura puede quebrar o dañar la voluntad y la coherencia de comunidades enteras.¹⁵

Cuando la tortura se enmarca en la búsqueda de información —y por lo tanto de un mal procedimiento de investigación penal—, genera en la población el temor de que les pueda suceder lo mismo, independientemente de que realicen conductas desviadas de la norma penal o social, y por lo tanto, que estén expuestos al arbitrio de los cuerpos que se dedican a la investigación criminal.

En el marco de la estructura familiar, las familias quedan destruidas y desestructuradas por la desconfianza; la atribución de culpas y responsabilidades de lo sucedido; por el interés de buscar justicia o reparación frente al sentimiento de querer olvidar lo sucedido, o por los desplazamientos al interior del país o fuera de él como refugiados. En algunos casos se produce violencia intrafamiliar como forma de canalizar la frustración y el enojo. El hombre o la mujer, padre o madre de familia —según sea el caso— después de vivir una experiencia traumática de tortura y padecer los síntomas psicológicos descritos en líneas anteriores, puede abandonar su rol con la consiguiente ruptura de la dinámica familiar que ello significa. Esta situación llegaría al extremo cuando la tortura culmina en la muerte de la víctima.

Las mujeres que quedan viudas se ven en la necesidad de asumir el rol del hombre al cuidado de la familia y sostén económico del hogar. Dichas mujeres, por ejemplo en el contexto de Guatemala, son a menudo estigmatizadas como mujeres de guerrilleros y culpadas por los hechos sucedidos a la comunidad. Por su parte, los niños que resultan huérfanos asumen los roles de padre y madre y se ven obligados a pasar de una etapa de infancia a una etapa de adultos que cuidan y mantienen un

¹⁵ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, pág. 47.

hogar. Su proyecto de vida se ve truncado y carente de las figuras paternas que les orientan y asesoran ante la vida.

El daño en la segunda generación

El daño psicológico y psicosocial provocado por la tortura se perpetúa a las nuevas generaciones, y se enmarca en un contexto familiar y social lleno de vacíos y silencios alrededor de los hechos traumáticos ocurridos. Los hijos, al no encontrar explicación de la tristeza y la cólera que vive el integrante de la familia que ha sido víctima de tortura, comienzan a atribuirse la culpa de los males de los mayores y de esta forma crecen en un ambiente triste, hostil y lleno de vacíos y culpas que la imaginación de cada uno va llenando.

Quando seres queridos por el niño han sido perseguidos, violados, y torturados o el niño ha sido testigo de graves traumas o tortura, puede concebir ideas disfuncionales como la de que es él el responsable de todos esos males o que es él quien debe soportar la carga de sus padres. Este tipo de ideas puede a largo plazo generar problemas de culpabilidad, conflictos de lealtad y problemas de desarrollo personal y de la maduración a la vida adulta independiente.¹⁶

Los daños no se limitan a los producidos como consecuencia de la violación, sino que la falta de investigación y sanción de los hechos los perpetúan y generan nuevos daños, en este caso psicosociales, derivados de la impunidad. Ante la falta de responsables a los que sancionar, se atribuye a las víctimas la responsabilidad de lo sucedido y se las estigmatiza y excluye. El pensamiento social se dirige hacia “algo habrán hecho para que les suceda algo tan horrible”. Las víctimas se preguntan de continuo “¿porqué a mí?”, y al no existir respuestas por la impunidad y la falta de construcción y difusión de la memoria histórica, las culpas se revierten hacia ellas mismas o hacia su entorno familiar y social. La carencia de justicia, igualmente, envía el mensaje de que cada uno puede hacer lo que quiere porque no será sancionado. Todo ello produce en las víctimas una pérdida de la percepción de control y una situación de indefensión aprendida.¹⁷

El daño al proyecto de vida individual, familiar y comunitario

Al analizar en su conjunto los daños y efectos psicológicos y psicosociales desde los órdenes individual, familiar, comunitario y social, queda de manifiesto la destrucción del proyecto de vida familiar de cada uno de ellos. Las expectativas y metas quedan truncas a raíz de la experiencia de tortura y el ser humano como actor social se echa abajo, por lo que, desde mi punto de vista, es necesario documentar y evaluar esa ruptura.

¹⁶ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, Numeral 315.

¹⁷ Indefensión aprendida: “haga lo que haga, lo que suceda no depende de mí”.

Su objetivo consiste en destruir deliberadamente no sólo el bienestar físico y emocional de la persona sino también, en ciertos casos, la dignidad y la voluntad de comunidades enteras. Es algo que concierne a todos los miembros de la familia humana porque ataca a la misma base de nuestra existencia y de nuestras esperanzas de un futuro mejor.¹⁸

El torturador trata no sólo de incapacitar a la víctima físicamente, sino también de desintegrar su personalidad. El torturador aspira a destruir la sensación de arraigo de la víctima en una familia y una sociedad como ser humanos con sus sueños, esperanzas y aspiraciones.¹⁹

Existen dos sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, analizadas en otro apartado de la presente obra, que ilustran de forma muy precisa el daño al proyecto de vida. Una de ellas es el Caso Loayza Tamayo vs. Perú,²⁰ y una más reciente, el Caso Gutiérrez Soler vs. Colombia.²¹

El daño desde la perspectiva étnico-cultural

Tradicionalmente se han venido realizando evaluaciones psicológicas partiendo de una visión occidental y universal, descuidando que las formas de responder a un acontecimiento traumático dependen también del contexto sociocultural en el que tuvieron lugar y de la forma de ver y entender el mundo de la persona víctima.

Las clasificaciones psiquiátricas corresponden a conceptos médicos occidentales y que su aplicación a poblaciones no occidentales presenta ciertas dificultades, implícitas o explícitas. [...] La idea de que el sufrimiento mental representa un trastorno que reside en un individuo y que presenta una serie de síntomas típicos puede ser inaceptable para muchos miembros de sociedades no occidentales.²²

Es necesario, por ende, tener presente una perspectiva étnico-cultural para analizar los daños psicológicos y psicosociales derivados de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Asimismo, se debe partir de la interpretación individual y social que se tiene de los mismos e incorporar estas perspectivas al emplear los instrumentos de evaluación y diagnóstico utilizados para este fin.

¹⁸ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, "Introducción".

¹⁹ *Idem*, Pto., 235.

²⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Loayza Tamayo vs. Perú, Reparaciones (art. 63.1 Convención Americana sobre Derechos Humanos), Sentencia del 27 de noviembre de 1998.

²¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Gutiérrez Soler vs. Colombia, Sentencia del 12 de septiembre de 2005.

²² Protocolo de Estambul, *op. cit.*, Pto., 240.

Aunque ciertos síntomas pueden observarse en distintas culturas, éstos pueden no ser siempre los síntomas que más preocupan a la persona.²³

Por el contexto sociocultural mexicano, es oportuno dedicar unas líneas a la forma de ver y entender el mundo de los pueblos indígenas que lo conforman.

Las comunidades indígenas están organizadas alrededor de personas que ejercen determinados roles y liderazgos como sus autoridades, los guías espirituales, las comadronas, y la experiencia y consejo que brindan las personas ancianas. De la misma forma, la comunidad basa su sistema de control social en normas y valores propios de su cosmovisión que rigen la conducta de sus familias y habitantes. Por otra parte, existe una relación armónica entre las personas, la naturaleza y los ancestros, la cual es el eje regulador del bienestar de los tres elementos. La cotidianidad se acompaña de rituales dirigidos a mantener esa armonía y respeto hacia los muertos y hacia la naturaleza, como por ejemplo, las ceremonias que se realizan para abrir la tierra y sembrarla, o para cortar un árbol. Las prácticas culturales o rituales dirigidas a los difuntos y a la muerte son particularmente importantes por la especial relación de reciprocidad entre vivos y muertos. Si los vivos no llevan velas, flores, incienso, música u otros obsequios al lugar sagrado donde deben descansar los muertos, éstos últimos no estarán en paz y aparecerán en el sueño de los vivos reclamando la debida atención. De la misma forma, cuando los muertos descansan en paz, ayudan a los vivos y les mandan avisos o consejos a través de los sueños.

Desde la perspectiva pluricultural, se puede señalar que la cosmovisión indígena visualiza al ser humano como un ente global, donde lo físico y lo psicológico constituyen un mismo elemento, que a su vez forma parte del universo y el cosmos. En el contexto de la cultura indígena maya, la organización de salud ASECSA,²⁴ en uno de sus estudios, señala:

La cultura maya entiende la salud y la enfermedad en términos de equilibrio y desequilibrio del universo: la salud es el equilibrio y la enfermedad es el desequilibrio del cosmos [...] para conservar la salud debe existir un ambiente equilibrado del todo con el todo. Una forma de interpretar el desequilibrio a nivel individual de manera integral —físico, espiritual y ambiental— son tratamientos que incluyen la atención corporal de al afección, la atención espiritual y los medios naturales que se interrelacionan en las ceremonias y rituales.²⁵

El mismo estudio señala como elementos del funcionamiento del modelo:

²³ *Idem*, Pto. 237

²⁴ ASECSA: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud de Guatemala.

²⁵ Eder, K. y Car, G. *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Expresiones del modelo en el grupo étnico Q'eqchi*. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, Magna Terra Editores, S.A., Guatemala, 2004, pp. 34-35.

El concepto regulador de la organización terapéutica maya es la espiritualidad, cuyo fundamento es su concepción de la creación y sostenimiento de la vida, el mundo y el universo. La función social de la espiritualidad es establecer un medio de entendimiento sobre cómo se sostienen el equilibrio de los componentes del universo del cual forma parte la vida humana.²⁶

El concepto de salud que se ha venido utilizando desde los diferentes estados, se basa en una concepción biologicista, individualista, salubrista y clínica, y por lo tanto sus tratamientos van dirigidos exclusivamente a paliar el síntoma visible de la enfermedad en un paciente concreto, ignorando su contexto cultural y social.

Cuando se producen graves violaciones a derechos humanos, como las desapariciones forzadas, torturas, violaciones sexuales o masacres hacia poblaciones indígenas, tanto la colectividad como el entramado social comunitario quedan dañados. Al ejecutar o torturar a un líder comunitario indígena, al resto de la población le llega el mensaje de que si otro lo sucede en sus actividades de liderazgo correrá la misma suerte y por ello hay que renunciar a las prácticas culturales o demandas sociales por las que se está luchando. En el caso de Guatemala, las masacres hacia poblaciones indígenas eliminan a los ancianos que son quienes transmiten la experiencia ancestral a las nuevas generaciones, y son igualmente la autoridad para resolver los conflictos familiares y comunitarios. En el mismo contexto de las masacres, se destruyen los elementos culturales y materiales como la piedra de moler, el maíz, los ajuares y las herencias con las que se mantienen relaciones afectivas, simbólicas y ancestrales más allá de su utilidad material. La pérdida de las propiedades materiales elimina, además de las formas de subsistencia de las familias, la percepción de control que las personas tienen sobre su entorno.

Las desapariciones forzadas, las ejecuciones extrajudiciales y las masacres en las que no se logra enterrar al difunto en un lugar sagrado y acorde a las costumbres tradicionales, provocan situaciones de duelo alterado y rompen las relaciones de armonía y reciprocidad entre vivos y muertos. El muerto aparece en los sueños solicitando que se lo busque en los cementerios clandestinos para que sea enterrado conforme a la costumbre. Los sobrevivientes no están tranquilos hasta que se localice el cadáver, se entierre en un lugar sagrado y tengan un lugar donde velarlo en las fechas destinadas a los muertos.

Las violaciones sexuales hacia las mujeres provocan la destrucción de las familias, ya que la mujer que ha sido violada generalmente tiene muchas dificultades en ser aceptada en el seno familiar y matrimonial. En otro aspecto, si la mujer no estuviera casada al momento de la violación, muy probablemente sería rechazada por los hombres y no podría establecer una familia, con lo que ello implica dentro de una cultura donde la familia y el matrimonio son el elemento central del orden social.

Ya se ha hecho referencia, desde la perspectiva individual y en un contexto multicultural, a la existencia del concepto de susto como enfermedad del cuerpo y del

²⁶ *Ibid*, pág. 35.

alma. Rubel, O'Neil y Collado describen los síntomas del susto como "la víctima está 1) inquieta durante el sueño y 2) el resto del tiempo inerte, debilitada, deprimida e indiferente al alimento, el vestido y la higiene personal (Sal y Rosas, 1958; Gillin, 1945; Rubel, 1964; Logan, 1979; cf. Tousignant, 1979:153)".²⁷ El susto se presenta cuando las relaciones sociales y el orden social que rodea a una persona se quiebran, produciéndose una ruptura de las relaciones armónicas entre personas, difuntos y la naturaleza que son el eje central de la cosmovisión indígena.

3. Herramientas psicológicas de evaluación

Las explicaciones anteriores nos facilitan en el presente apartado determinar el objeto de la evaluación psicológica y psicosocial, y con base en ello poder definir algunos criterios que nos permitan medir el daño causado a la víctima de tortura. El objetivo es evaluar y documentar el daño y los efectos de un hecho concreto objeto de denuncia, calificado por los representantes legales, fiscales o jueces como tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que, para la psicología, se conoce como un acontecimiento traumático. El perito deberá determinar y pronunciarse sobre la correlación entre esos hechos y el daño específico al individuo, tomando en cuenta todos los elementos de contexto individual y social antes mencionados.

Se deberá utilizar un instrumento de medida conocido por otros profesionales de la psicología y de ser posible, que haya sido utilizado en el contexto de los tribunales y sea del conocimiento de abogados, fiscales y jueces, o que haya sido validado por la academia profesional en esa materia. En el contexto de la evaluación psicológica, es muy importante la metodología del peritaje para la evaluación, así como diferenciar un instrumento de evaluación psicológica con fines terapéuticos y un instrumento de evaluación psicológica con finalidad de peritaje. Una metodología incorrecta producirá resultados erróneos. De la misma forma, podemos criticar el peritaje realizado por otro profesional si no cumple con unos criterios mínimos de fiabilidad y validez que midan lo que realmente se quiere medir.

Hemos acotado el objeto de la evaluación al daño al proyecto de vida individual, familiar, comunitario y social; y a la evaluación psicológica y psicosocial del contexto social y familiar de la persona, y a nivel individual sobre la presencia o ausencia de sintomatología de TEPT, duelo alterado, enfermedades somatomorfias, la culpa, el susto, el daño en la segunda generación y los daños y efectos provocados por la impunidad, como es la estigmatización hacia la víctima de tortura y/o su familia. Esto significa que el presente apartado no se centrará en la evaluación sobre la credibilidad del testimonio de la víctima, ni sobre la evaluación de sus rasgos de personalidad o su nivel de inteligencia. Ya se expusieron las razones por las cuales se con-

²⁷ J. Rubel, Arthur, O'Neil, Carl W. y Collado Ardón, Rolando. *Susto. Una enfermedad popular*, Editorial Fondo de Cultura Económica, S.A., México, 1989, pág. 22.

sidera que este tipo de evaluaciones no deberían ser centrales y los riesgos de estigmatización que pueden provocar en la víctima.

El siguiente paso es abordar el tipo de técnicas de evaluación psicológica que pudieran ser adecuadas para los casos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, teniendo en cuenta las limitantes de instrumentos y la población a la que van dirigidas. Habría que considerar si las personas evaluadas son analfabetas, si pertenecen a sectores excluidos socialmente o indígenas que no hablan español.

Las técnicas pueden ser entrevistas, observación, escalas o tests con preguntas cerradas o pruebas proyectivas donde, a través de imágenes o determinados estímulos, la persona habla de sus sentimientos y pensamientos en relación a las preguntas que se le formulan y de ello se deducen las secuelas y se mide el daño que la persona está sufriendo. Muchas de las técnicas de evaluación psicológica disponen de manuales de aplicación e instrucción que explican y delimitan la aplicación de las pruebas, por lo que siempre deben consultarse dichos manuales para cerciorarnos de utilizar el instrumento adecuado para nuestro fin. De igual manera, servirán para documentar y fortalecer la metodología utilizada en el peritaje y en las conclusiones del perito.

Una vez que se ha elegido el instrumento, hay que investigar sobre su adecuación a la evaluación en casos de tortura. En el caso de que la persona evaluada sea indígena, no hable español, sea sordomuda, analfabeta, o con cualquier otra característica que no corresponda a lo que estadísticamente se denomina "normal", es necesario investigar sobre la validación cultural con el fin de saber si se puede adaptar a poblaciones que no se encuadran dentro de las denominadas poblaciones "normales".

Cuando ya se haya realizado esa valoración, conviene investigar si el instrumento ha sido utilizado en otros casos legales similares y qué resultados se han obtenido.

- ¿La técnica que utilizo ha sido **validada culturalmente**: técnicas proyectivas? En ese caso nombrar estudios o jurisprudencia
- ¿La técnica que utilizo ha sido **utilizada en otro proceso penal** para evaluar daño a la víctima en relación a la responsabilidad penal? (p. ej.: malos tratos)
- **Entrevista**: ¿qué voy a preguntar? ¿Cómo lo voy a preguntar? ¿Estoy sesgando las respuestas, o siendo tendencioso? ¿Estoy juzgando?
- **Técnicas** árbol, figura humana, familia, frases incompletas etc. ¿Se pueden utilizar cuando la persona es analfabeta?
- **¿Qué observar?**

En el momento de la entrevista y la fase de obtención de información, los relatos abiertos deben ser la pieza central del peritaje, sobre todo con personas en las que

su cultura se basa en la tradición oral, como son las poblaciones indígenas. En estos casos, las personas se remiten a momentos históricos iniciales, que si bien en un principio no parecen guardar relación con el acontecimiento que estamos evaluando, es necesaria para ellas esa introducción.

Una vez realizada una introducción en la entrevista, donde se explica a la víctima el objetivo y las expectativas que pueden existir en relación al peritaje, se fomenta un espacio para hablar de sus dudas, preguntas e inquietudes. Inclusive, se puede formular la primera pregunta de manera abierta. Se debe dejar a la persona seguir hablando hasta que termine su relato y para ello será necesario sostener momentos emocionalmente fuertes y mantener los silencios. Al dejar hablar a la persona de forma fluida y sin interrupciones, se mantiene el hilo emocional, y de esta forma también se crea un clima emocional que nos permite llegar a conocer en profundidad las secuelas y las emociones derivadas del acontecimiento traumático.

En la entrevista puede utilizarse la técnica de embudo: dejar que la persona hable hasta que termine su relato, y posteriormente formular preguntas con el fin de ahondar en determinados aspectos. En cualquier caso, el lenguaje utilizado por el perito y por el traductor deberá ser sencillo y adaptado al lenguaje de la víctima.

Considero que la mejor herramienta es la entrevista semiestructurada, la cual permite ir analizando la sintomatología y daños descritos previamente. Combinar la herramienta con la observación (sin caer en clasicismos y prejuicios), con la entrevista, y con el uso de tests exploratorios, como el Clinician Administred PTSD Scale (CAPS), del National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Behavioral Science Division-Boston. Neurociencias Division-West Haven,²⁸ ampliado con preguntas para explorar el susto, el duelo alterado individual y posibles enfermedades psicósomáticas. De este instrumento, se puede obtener información sobre la percepción de culpa y también sobre las repercusiones que ha tenido la sintomatología en la vida de la víctima, y por lo tanto, sobre el daño al proyecto de vida. El instrumento, por tener un vocabulario complejo, necesita ser adecuado a poblaciones indígenas con un idioma diferente y a poblaciones con baja escolaridad y analfabetismo. Asimismo, requiere ahondar en el aspecto social más ligado al delito concreto de tortura.

Son escasos los datos que se han publicado sobre la utilización de las pruebas psicológicas (pruebas proyectivas y objetivas de personalidad) en la evaluación de los supervivientes de la tortura. Además, las pruebas psicológicas de personalidad carecen de validez transcultural. Estos factores se combinan limitando gravemente la utilidad de las pruebas psicológicas para la evaluación de las víctimas de tortura [...] En ciertos casos puede ser útil utilizar listas de comprobación sobre acontecimientos traumáticos y síntomas. Si el entrevistador considera que puede ser útil utilizar estas listas, hay numerosos cuestionarios disponibles, aunque ninguno de ellos se refiere específicamente a las víctimas de tortura.²⁹

²⁸ D. Blake, F. Weathers, L. Nagy, D. Kaloupek, G. Klauminzer, D. Chamey, T. Keane, & T. C. Buckley.

²⁹ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, Pto. 286.

Que no existan instrumentos validados desde la perspectiva de la diversidad étnico cultural y educativa, y que no existan instrumentos para evaluar el daño psicológico y psicosocial provocado por la tortura no significa que nada sea válido o, por el contrario, que cualquier instrumento se pueda utilizar. Considero que los pocos instrumentos basados en entrevista y en algunos cuestionarios pueden servir de guía inicial, que habrá que ir adaptando a las necesidades, teniendo en cuenta qué es lo que tenemos que analizar y a qué población va dirigida. Es necesario fortalecer la metodología y hacerla más rigurosa, lo cual requiere mayor esfuerzo de documentación por parte de los profesionales peritos.

El resguardo de la información es básico para garantizar la confianza de la víctima. En el caso de que se haya utilizado material de registro como notas, casetes, cintas, con el consentimiento de la víctima, hay que asegurar a la persona que el material será resguardado para mantener la confidencialidad de la información.

Si bien es cierto que cuando no hay sintomatología no necesariamente significa que no exista tortura, también el perito debe preguntarse lo siguiente cuando los resultados de su evaluación no registran ningún daño psicológico frente a la hipótesis inicial de que sí debería existir:

- ¿Evaluó lo que tenía que evaluar? (TEPT, depresión, daño al proyecto de vida, etc..)
- ¿Se generó la confianza necesaria entre el perito y la persona?
- En el caso de que se hubiera trabajado con una persona que traducía, ¿se generó la confianza entre el traductor y la persona evaluada? ¿Entendió el traductor la pregunta y el objetivo de lo que pretendía decir el perito?
- ¿Será el perito o entrevistador adecuado?
- ¿La persona evaluada entendió las preguntas?
- ¿Es el instrumento adecuado?

Fiabilidad del testimonio vs. fabricación

Dado que la finalidad del peritaje es evaluar los daños psicológicos y psicosociales y ver si existe una correlación con los hechos objeto de la denuncia, en ocasiones se puede tener el temor de que la víctima invente tanto la sintomatología como los hechos.

Existen algunas preguntas exploradoras que nos permiten dar un mayor grado de probabilidad de correlación, y también el propio Protocolo de Estambul elabora algunas indicaciones a este respecto. Para llegar a las conclusiones del peritaje resulta de gran ayuda el trabajo en equipo y realizar el proceso de toma de decisiones de forma conjunta entre dos profesionales de la misma rama. El propio Protocolo

nos indica que, en el caso de llegar a la conclusión de que existió fabulación, esto deberá ser concluido por dos peritos.³⁰

Si la narración es coherente, si coinciden los hechos traumáticos con los hechos de la denuncia, si se ha utilizado un lenguaje sencillo y un instrumento validado y adaptado culturalmente, tendremos algunos indicios de que la metodología utilizada es adecuada, y por lo tanto, las conclusiones a las que se llegue tendrán mayor solidez.

Hay que tener presente que el olvido de partes de los hechos no significa que exista fabricación, e incluso, hay personas que saben que algo les sucedió pero no saben el qué, como sintomatología del Estrés Postraumático.

La incapacidad de recordar detalles precisos apoya, más que reduce, la credibilidad de la historia que narra el superviviente. Los principales temas de la historia mantendrán su coherencia en las distintas entrevistas.³¹

En el Caso Furundjiza del Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia se cuestionó la credibilidad de la víctima que había sido víctima de tortura sexual, y la Cámara resolvió que:

[...] razonablemente no se puede esperar que las personas que han sobrevivido a experiencias tan traumatizantes recuerden con precisión los detalles de cada acontecimiento, como la fecha y la hora exacta. No se puede tampoco, razonablemente, esperar que se recuerden de cada elemento preciso de una serie compleja de acontecimientos traumatizantes. De hecho, en determinadas circunstancias, las contradicciones pueden constituir signos de la sinceridad de los testigos e indicar que no fueron influenciados.³²

Los ejemplos particulares de la sintomatología que presenta la persona en todos sus niveles social, familiar e individual, son igualmente difíciles de inventar y de construir. Por ello, cuanto más exploremos en el daño concreto de la persona que estamos evaluando, tendremos mayor solidez en nuestra conclusión y la correlación con los hechos objeto de la denuncia.

³⁰ El Protocolo nos indica que "Para determinar que hubo fabricación será necesaria la opinión de dos especialistas. [...] la fabricación exige un conocimiento detallado de la sintomatología relacionada con los traumas, conocimiento que muy poca gente posee", *op. cit.*, Pto. 290.

³¹ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, Pto. 253.

³² "113.- La Chambre de première instance est d'avis que l'on ne peut raisonnablement attendre des personnes ayant survécu à des expériences si traumatisantes qu'elles se souviennent avec précision des détails de chaque événement, comme sa date ou son heure exacte. On ne peut pas non plus raisonnablement attendre d'elles qu'elles se rappellent chaque élément précis d'une série complexe d'événements traumatisants. En fait, dans certaines circonstances, des contradictions peuvent constituer des signes de la sincérité des témoins et indiquer qu'ils n'ont pas été influencés.", Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, Caso IT-95-17/1-T 10, diciembre de 1998, traducción libre.

Para finalizar, podemos concluir que en la evaluación psicológica de la víctima se debe tener claras y delimitadas las secuelas específicas que producen este tipo de hechos, así como los alcances y limitaciones que presentan los instrumentos de evaluación que se han utilizado tradicionalmente en la psicología y su necesaria validación. Se debe recordar que el objetivo de la evaluación en este contexto difiere de los fines que persigue un proceso terapéutico, y que el rol del perito es establecer la correlación entre las secuelas y el daño que presenta la víctima y los hechos objeto de la denuncia, absteniéndose de pronunciarse en relación a la presencia o ausencia de tortura u otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes.

Consideraciones psicosociales respecto al "Caso 28 de mayo en Guadalajara" y análisis de las consecuencias psicológicas en torno a la denuncia por tortura

• ANGÉLICA JAZMÍN ALBARRÁN LEDEZMA,
CARLOS OLVERA CORTÉS Y MARIA GUADALUPE UREÑA LÓPEZ*

La presente colaboración tiene como finalidad ofrecer un análisis psicosocial¹ que ayude a la comprensión del fenómeno de la violencia institucional y la tortura, así como las consecuencias psicológicas que se desprenden del mismo, las cuales facilitan o dificultan que una víctima presente una denuncia.

La práctica de la tortura y los malos tratos en México surge de diferentes causas y ha generado un problema profundo y complejo con múltiples consecuencias. Entre ellas, dificulta la construcción de la democracia y el goce de las libertades civiles en una nación que trata de emerger de los fantasmas del pasado y de una larga lucha fratricida. En este contexto, la tortura se convierte, por un lado, en un instrumento de los sectores de poder gubernamental que la ven como una aliada en su lucha por mantener o imponer un concepto de orden socialmente establecido. Por otro, se emplea con la idea de combatir a grupos criminales, que a su vez la utilizan en su lucha contra la autoridad y segmentos rivales, convirtiéndose en una práctica aceptada ante la incapacidad de las autoridades de solventar los problemas de seguridad. Es así como la tortura se transforma en algo cotidiano, que nunca está demasiado lejos de cualquier persona dentro de nuestra sociedad.

* **Angélica Jazmín Albarrán Ledezma**, Licenciada en Psicología, por la Universidad de Guadalajara (U. de G.). Realizó el Diplomado en Estudios Latinoamericanos. Democracia, Integración, Pensamiento y Desarrollo en la U. de G. Miembro del Grupo de Apoyo Psicosocial de la U. de G. Profesora en la preparatoria N. 14. de la U. de G. Se ha desempeñado en diversos proyectos de Investigación: "Movimientos contraculturales en Guadalajara", "Globalizando resistencias, localizando alternativas", "Visión etnopsiquiátrica de los Huicholes", "La Historia de la Psiquiatría en Jalisco", "Redes y movimientos sociales en América Latina. La transnacionalización de la acción política", "Demandas ciudadanas, organización y respuesta gubernamental"; **Carlos Olvera Cortés**, Pasante de la Carrera en Psicología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Participa en el Equipo de Apoyo Psicosocial, Caso 28 de Mayo del 2004 Guadalajara, Jalisco; **María Guadalupe Ureña López**, Licenciada en Psicología, egresada de la Carrera en Psicología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Participa en el Equipo de Apoyo Psicosocial, Caso 28 de Mayo del 2004 Guadalajara, Jalisco. Auxiliar de Investigación en el Proyecto "Globalizando Resistencias Localizando Alternativas" cuyo responsable es el Mtro. Jorge Gastón Gutiérrez Rosete Hernández.

¹ Estudio científico de la acción en cuanto ideológica. Al decir ideológica, estamos expresando la misma idea de influjo o relación interpersonal, de juego de lo personal y social: pero estamos afirmando también que la acción es una síntesis de objetividad y subjetividad, de conocimiento y de valoración, no necesariamente consciente, es decir, que la acción está signada por unos contenidos y valores referidos históricamente a una estructura social.

La incapacidad y la falta de voluntad política de los diferentes gobiernos para atender las demandas sociales urgentes en nuestro contexto, contribuyen a crear un caldo de cultivo conformado por la impunidad, la ausencia de una justicia verdadera y la crispación de los diferentes sectores de la sociedad mexicana. Lo anterior propicia la formación de posturas antagónicas que luchan por imponer sus ideas dentro de un contexto de violencia y represión.

Por lo que respecta al Estado y los sectores partícipes del poder vinculados a él, se demandan estrategias puntuales contra sectores de la delincuencia y, por otra parte, se exigen acciones contra grupos sociales divergentes que contradicen las políticas económicas y sociales del régimen establecido, estigmatizando a los movimientos que no tienen concordancia ideológica con los sectores vinculados al poder. Dichas estrategias se transcriben en el uso de la justicia para el beneficio ideológico, político y social de ciertos sectores, lo cual conduce a la utilización de organismos de seguridad como los militares, policías, ministerios públicos, así como la del Poder Judicial para la desacreditación, desarticulación y finalmente la desaparición de organizaciones sociales, sindicales, medio ambientales y culturales, entre otras, que representan un desafío para el poder.

Los aparatos de seguridad cuentan con un largo historial de represión y violencia institucional² enmarcada en la guerra sucia y en la lucha contra el narcotráfico.³ Este historial se relaciona a la par con cuerpos de seguridad de Estados extranjeros, donde la capacitación recibida se encuadra en luchas contrainsurgentes, en un afán de control social que legitime su estancia al frente del gobierno. Esto, aunado a la corrupción presente en los cuerpos de seguridad, facilita el que la tortura sea un mal endémico del país, sin pretensiones para erradicarla por parte de las autoridades, que dependen de ella como mecanismo de control político y social para legitimar el funcionamiento de los órganos de justicia a través, por ejemplo, de la confesión forzada o el castigo anticipado.

La tortura es un método que es necesario aplicar conforme a la necesidad urgente de obtener información para lograr la detención de los delincuentes [...], sostuvo un comandante.⁴

[...] y nos gritaban que por que éramos anarquistas, que por qué luchábamos, y que por qué nos volvíamos contra el gobierno y que si ellos eran policías y no podían contra el gobierno mucho menos nosotros, para que se nos quitara, para que no volviéramos a Jalisco a levantar una bandera, una manta, ni gritar una consigna; que aquí no pasaba eso, que aquí no era el DF [...]⁵

² Fenómeno por el cual el Estado hace uso de su poder para ejercer presión de manera autoritaria ante las expresiones divergentes que se dan en la sociedad, en múltiples contextos, como forma de intimidación individual, colectiva y social.

³ Procuraduría General de la República. "Informe Histórico a la Sociedad Mexicana", Fiscalía Especial para Movimientos Sociales y Políticos del Pasado. 2006

⁴ Núñez, Juan. "El manual de la tortura en Jalisco", en *Ojos perdidos en tanta luz. El 28 de mayo de 2004 y los derechos humanos en Jalisco. México*, Ed. La casa del mago, México, 2005, p. 46.

⁵ Entrevista realizada por los autores el día 16 de enero de 2007, respetando la confidencialidad.

Los ojos del mundo puestos en Guadalajara

Con motivo de la III Cumbre de América Latina, el Caribe y la Unión Europea (ALCUE), que se realizó en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, en México, del 25 al 28 de mayo del 2004, se llevaron a cabo de manera alterna diversas actividades tales como el Foro regional "El neoliberalismo en nuestro entorno: impactos, alternativas y propuestas"; el encuentro social América Latina, el Caribe, Europa "Enlazando Alternativas"; el Foro de los Derechos Humanos de los migrantes,⁶ así como diversas marchas, mítines, cacerolazos, campamentos de jóvenes y brigadas callejeras de información a la ciudadanía.

Dentro de este marco, los cuerpos de seguridad vigilaron y hostigaron a las personas y organizaciones participantes en las actividades mencionadas, generándose un mecanismo de violencia institucional en contra de aquellas organizaciones que no comparten la visión que el Estado considera adecuada. Este mecanismo se puso en marcha mediante una campaña previa de desinformación a través de los medios de comunicación de mayor cobertura, calificando a las organizaciones y a los ciudadanos antes mencionados con frases del tipo "Ahí vienen los globalifóbicos", con lo que fueron cerrados los espacios a las actividades alternativas. Lo anterior, respaldado con imágenes (de otros lugares) de grupos enfrentándose a la policía y destruyendo infraestructuras, con la finalidad de asociar esas imágenes con los grupos de jóvenes que fueron a Guadalajara. De esa manera, se predispuso a la población en contra de cualquier tipo de manifestaciones opositoras al ALCUE. Tales acciones constituyeron una forma de violencia institucional que se utiliza para manipular las sensibilidades de la población y predisponerla en contra de cualquier manifestación política opositora.

El acoso también se realizó acorralando y persiguiendo a grupos de jóvenes que pretendieron acampar en parques públicos, enfrentándolos y hostigándolos con el fin de provocar una respuesta violenta que sería la justificación que al gobierno le daría la fuerza argumentativa de la aplicación del "Estado de derecho", en el sentido de la implementación selectiva de reglamentos contra grupos sociales que manifiestan su desacuerdo y la aplicación rigorista de las leyes en contra de estas formas autónomas de organización. La puesta en práctica de esta "visión" del Estado de derecho a los asuntos de las relaciones sociales, prescinde de la necesaria tolerancia a las diferentes formas ideológicas y de pensamiento que existen en una nación. Con esa forma de actuar, el Estado no representa necesariamente un interés de la comunidad sino de ciertos sectores de la sociedad, y por lo tanto, no es un mediador ni el garante de una alianza y un pacto social dentro de un país, ni el vínculo entre gobernantes y comunidades. Se aplica esta "visión" aunque implique represión, restricción de garantías individuales, hostigamiento político y falta de

⁶ Otras actividades incluían una Carpa Abierta Informativa y Cultural; el Foro Sindical, Campesino, Social y Popular; el encuentro Internacional Contra la Guerra; el Foro de la Promotora de la Unidad Nacional contra el Neoliberalismo; el Encuentro de Solidaridad con Cuba, y el Centro de Convergencia y Medios Independientes.

libertad para expresarse, pues con esa concepción del “Estado de derecho” se torna un garante del poder y no de los derechos que incumben a todos los que conforman la sociedad.

Desde esta perspectiva, no se reconoce al “otro” como parte de la comunidad, del Estado o de la nación, sino como un enemigo, y este “otro” es percibido como el que pone en riesgo a las “instituciones”. Desde esta visión, las instituciones ya no son el vínculo por el cual se expresa la colectividad, la comunidad, la individualidad. Su actuar es extraño a la realidad social. Son ajenas a las necesidades de los diferentes sectores que forman esta colectividad y sólo atienden a estructuras ideológicas únicas, sin consenso hacia otros sectores e ideologías, como antítesis de un Estado de derecho garante de un pacto social democrático y de derechos con instituciones que los implementan.

Como antecedente de los eventos del 28 de mayo, se preparó de forma articulada un clima de tensión que desembocó en la confrontación suscitada en la megamarcha que ese día partió del poniente de la ciudad donde se ubica la Fuente La Minerva, símbolo de la ciudad, a las 5 de la tarde; avanzando cuatro kilómetros hacia el oriente de la ciudad hasta llegar al cruce de Av. Juárez y Av. 16 de Septiembre. A ella concurrieron miles de personas de diversos colectivos, ideologías, condiciones sociales, nacionalidades, estudios y edades.

En este clima de tensión y amenazas de violencia, se esparcieron rumores de que grupos violentos arribarían de diferentes estados del país y del extranjero para desatar la violencia en la capital de Jalisco, dando certeza a los ciudadanos de la necesidad de reprimir a los manifestantes para “legitimar” una acción concebida previamente por las fuerzas de seguridad.

Diversas fuentes confidenciales que presenciaron los sucesos aseveraron que las autoridades de la municipalidad de Guadalajara y del Estado de Jalisco hicieron preparativos para la acción represora. Estos cuerpos son los que se enfrentaron directamente con las organizaciones civiles. La planeación se dio semanas atrás, preparando al cuerpo policiaco para aplicar tácticas represivas que disolvieran las manifestaciones. Al mismo tiempo, los agentes encargados de hacer cumplir la ley fueron privados de sus garantías individuales y sometidos a condiciones de hacinamiento en estacionamientos y bodegones por parte de sus propios mandos, en circunstancias de insalubridad y deficiente alimentación. Durante ese tiempo, se les insistió en la conducta violenta de los grupos “globalifóbicos”, predisponiéndolos para que actuaran en contra de cualquier persona que a su juicio perteneciera o aparentara dicha condición “globalifóbica” (joven, con rastas, vestido con ropa anarco-punk, entre otras características). De esta manera, las autoridades encargadas prepararon a sus cuerpos policiacos para que estuvieran dispuestos a ejercer la mayor violencia posible y establecieron un clima de tensión entre la sociedad y la Cumbre Alternativa y todos aquellos que acudieran a la misma.

Al realizarse la marcha del día 28 de mayo el clima de rispidez era patente. La Policía Federal Preventiva (PFP) se mantuvo a la expectativa como refuerzo mientras que el operativo se realizó por las autoridades estatales y municipales. Distribuidos en los márgenes de la marcha, individuos vestidos de civil lo mismo observaron,

registraron, grabaron y a la vez se comunicaron entre sí frecuentemente a través de móviles.⁷ Se observó, además, la presencia de vehículos oficiales (helicópteros, patrullas, motocicletas) y contingentes de policías con equipo antimotines en las inmediaciones de la marcha.⁸ Es significativo el hecho de que la policía más preparada, la PFP, se mantuviera al margen, mientras la que fue sometida a condiciones rigurosas fue la que al final se enfrentó con los manifestantes a su llegada al centro de la ciudad.

La marcha se desarrolló con tranquilidad hasta el momento de llegar a los cruces de Juárez y 16 de Septiembre, preparándose para la lectura del pronunciamiento unitario. Se desprendió de la marcha un grupo de entre 30 y 40 individuos portando cascos industriales, máscaras antigases, gafas oscuras y guantes blancos, quienes agredieron con palos, tubos y aerosoles inflamables. Vestían prendas que dificultaban que cualquiera de ellos fuera identificado por la multitud, la cual miraba atónita los acontecimientos de la confrontación en el cruce de Pedro Moreno y Av. 16 de Septiembre. La valla de policías no respondió a la agresión directamente sino con gases y espuma de extinguidores que protección civil del Estado y bomberos municipales arrojaban hacia los manifestantes, prolongándose el enfrentamiento durante 40 minutos y evidenciando la estrategia de provocación planeada.⁹

Bajo estas circunstancias, un número importante de manifestantes prosiguió por la Av. 16 de Septiembre hacia Av. Revolución rumbo al jardín de Aranzazu, ubicado al sur de la ciudad, lugar acondicionado para realizar el festival político cultural de cierre. Mientras que parte del contingente permaneció observando los acontecimientos, jóvenes anarquistas y otros colectivos formaron una valla para resguardar la marcha en el cruce de Av. Juárez con Av. 16 de Septiembre, a una cuadra de donde se desarrollaba el enfrentamiento. Al terminar de pasar todas las organizaciones, los que formaban la valla se retiraron hacia el sur por Av. 16 de Septiembre sin enfrentamientos. En resumen, sólo algunos cuantos manifestantes participaron en la agresión llevada a cabo, sumándose a la confrontación. Jorge Gutiérrez Rosete, quien presencié los hechos y realizó un análisis de lo ocurrido en este evento, describe la acción propiciatoria de la violencia:

[...] aparenta[n] una falsa alianza con la gente, mezclando engañosamente el discurso social generado por la injusticia, con las intenciones ocultas de grupos facciosos que obedecen a intereses particulares, propiciando ánimos caldeados y preparando así el caldo de cultivo para desacreditar causas sociales y justificar engañosamente la represión y la tortura [...]¹⁰

⁷ Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos Relativo a los Hechos de Violencia Suscitados en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, el 28 de mayo del 2004, con Motivo de la Celebración de la III Cumbre de América Latina, El Caribe y la Unión Europea, disponible en <http://www.cndh.org.mx/lacndh/informes/espec/jalisco/index.htm>, al 7 de febrero de 2007.

⁸ *Idem*, Apartado II, "Antecedentes", párrafo C.

⁹ Gutiérrez Rosete, Jorge. "Recuento de una provocación" en *Ojos perdidos en tanta luz. El 28 de mayo de 2004 y los derechos humanos en Jalisco. México*, Ed. La casa del mago, México, 2005, pp. 293-294.

¹⁰ *Ibid.*, p. 296.

Esta valla de policías estuvo adecuadamente equipada para recibir el menor daño posible y permaneció resistiendo tal como le indicaban sus mandos por medio de alta voces. Cuando por fin los infiltrados lograron derribar las barreras metálicas, los tubos y cadenas se estrellaron sobre la primera línea de antimotines que permanecieron inmóviles, evitando detener en flagrancia a los provocadores, aun cuando por la intensidad de los hechos el cansancio físico hizo sus estragos. Una segunda valla de policías antimotines de la policía municipal de Guadalajara se posicionó en las calles de Colon y Av. Juárez, dirigiéndose los provocadores hacia la misma.

Esta segunda valla respondió contra los provocadores y comenzó el disparo de gas pimienta que fue directo a los manifestantes que se encontraban en el área, los que decidieron retirarse del lugar en dirección sur hacia el jardín de Aranzazu, en cuyo trayecto y ante los ojos de la policía se cometieron robos y daño en propiedad privada, hechos que no activaron la detención en flagrancia de los mismos, como lo reportaron observadores. Los provocadores se diluyeron entre los manifestantes y la policía procedió a cercar las calles aledañas comprendidas entre Calzada Independencia Norte, Libertad, Colon y Av. Juárez, dando inicio a la represión mediante golpes a jóvenes punk y de otros colectivos que se encontraban en el área tomando fotografías. Sin embargo, la gente que agredió a la policía y que boicoteó la marcha no fue detenida.¹¹

A partir de ese momento se formó un cerco donde por más de 4 horas se detuvo a jóvenes sólo por aparentar ser "globalifóbicos". Esta actitud fue patente, ya que las policías se introdujeron a bares para detener a cualquier persona de ese perfil estereotipado, sin mediar orden de cateo o detención y sin que los dueños de los bares solicitaran la intervención. De manera similar, varias personas fueron sacadas de instituciones de salud pese a estar evidentemente heridas:

Liliana ingresó el viernes en la Cruz Roja, de donde salió el sábado temprano con un vendaje en la cabeza y una camisola azul. Este enviado la vio personalmente cuando los agentes judiciales la subían en un transporte de reos, en una cuerda formada por diez detenidos más, el sábado por la tarde.¹²

Las acciones anteriores dieron como resultado que más de 118 personas fueran apresadas y concentradas en los sótanos de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Jalisco, en condiciones de incomunicación y sometidas a golpes y vejaciones morales, sin que se permitiera el acceso a cualquier institución de derechos humanos. Posteriormente a estas detenciones arbitrarias, la mayoría de los detenidos fueron puestos en libertad sin explicación alguna. Ocho jóvenes extranjeros fueron deportados injustificadamente del país, cinco menores de edad enviados al Centro Tutelar para Menores y 45 mayores de edad sometidos a proceso penal con

¹¹ *Ibid.*, p. 304.

¹² Avilés, Jaime. *Consignan a 43 altermundistas vejados en cumbre de Guadalajara*. <http://www.jornada.unam.mx/2004/06/01/012n1pol.php?printver=0&fly=1>, al 3 de febrero de 2007.

fabricación de delitos.¹³ Según los propios testimonios, fue ahí cuando se les torturó para que se declarasen culpables de los delitos imputados y a la vez sufrieron humillaciones por pertenecer a un grupo social distinto o aparentar serlo, así como por ser de estados de la República diferentes, volcando con mayor énfasis la violencia sobre aquellos que eran del Distrito Federal y el Estado de México:

[...] un policía me señala y me dice: “este es de la UNAM, métémelo aparte”, y me separan de los demás detenidos [...] me meten en una cocineta, llegan varios policías a golpearme, a decirme: “pinche chilango”, que porqué venía a meterme con los negros de Jalisco, que iba a conocer el calor de Jalisco y que nunca me iba a olvidar de lo que estaba pasando para que se me quitara lo desmadroso [...]¹⁴

Formación del Grupo de Apoyo Psicosocial

Ante tales acontecimientos, las diversas organizaciones locales, nacionales e internacionales como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la Comisión Estatal de Derechos Humanos, Amnistía Internacional y Human Rights Watch centraron su atención en este caso. Asimismo, tanto la Universidad de Guadalajara como el proyecto “Globalizando Resistencias, Localizando Alternativas”, cuyo responsable es el Maestro Jorge Gutiérrez Rosete, convocaron a psicólogos con orientación social y clínica para formar el Equipo de Apoyo Psicosocial (EAP).

Las motivaciones iniciales se relacionaban con el involucramiento en la organización de los eventos a través de “Otro Mayo Guadalajara”, movimiento formado con la intención de coordinar a las diversas organizaciones que asistieron a los foros y conferencias de la Cumbre Alternativa, donde se impartieron temas sobre las relaciones de México con la Unión Europea, las actividades de las organizaciones altermundistas en América Latina, El Caribe y Europa, violencia y militarización y relaciones de género, entre muchos otros.

Una vez que sucedieron los hechos, algunos integrantes del EAP estuvieron en contacto directo con ciudadanos procesados, acudiendo a la cárcel para visitar y atender sus necesidades. Los procesos penales fueron largos y presentaron bastantes dificultades y anomalías. Sin embargo, se tenía la convicción de que era importante convivir con estas personas y manifestar el apoyo por las experiencias que les tocaron a raíz de estar presas “dentro”, como fueron la tortura y el maltrato. Respecto a los “presos fuera”, aunque permanecieron con sus familias, sostenían el peso del proceso judicial.

Se observó que las familias de todos aquellos que estuvieron bajo proceso judicial presentaban serias dificultades de integración psicosocial con sus familiares

¹³ <http://www.cndh.org.mx/lacndh/informes/espec/jalisco/index.htm>, Apartado VI “Logros y Resultados”, párrafo 19, al 7 de febrero de 2007.

¹⁴ Entrevista realizada por los autores el día 16 de enero de 2007, respetando la confidencialidad.

detenidos. Algunos de ellos fueron rechazados en sus trabajos por tener una ficha de procesado, y esto llevó a su vez a un conflicto familiar al momento de hacer los reajustes. Otras familias señalaban que el daño era irreparable y que esto iba a provocar problemas de señalización en su comunidad. Algunas otras manifestaban una victimización generalizada, defendiendo el propio dolor, lo cual dificultó la visión del proceso comunitario, es decir, que no eran los únicos que estaban viviendo esta circunstancia. Además, se percibía que el preso no podía encontrar en sus familiares la esperanza, sino el dolor del hecho. Algunos de los detenidos desplazaban¹⁵ el símbolo de la representación del poder institucional a la estructura de poder familiar o a los roles de autoridad en sus movimientos alternativos formados posteriormente a su detención. Ello complicaba los procesos organizativos, puesto que la desconfianza aumentaba. En la mayoría de los casos las familias, junto con los detenidos, requerían atención psicológica. Incluso los manifestantes e integrantes de organizaciones civiles fueron considerados dentro de la población a abordar, por el desgaste emocional que implica una situación de tales características.

Las personas que integraron el Equipo de Apoyo Psicosocial en sus primeras etapas acudieron a un seminario de formación profesional impartido por docentes y expertos en intervención en crisis, movimientos sociales, terapia breve, entre otros, debido a que las demandas y exigencias de las personas afectadas por el proceso traumático lo requerían. Dicha capacitación se planteó con dos finalidades: poder estar preparados para proporcionar atención terapéutica y apoyar la sistematización¹⁶ de los acontecimientos.

Posteriormente observamos la necesidad de sumar esfuerzos con otros organismos que abordan aspectos generales de los derechos humanos a través de programas que pretenden su aplicación. En ese sentido, surgió el interés por conocer herramientas que puntualizaran características específicas a encontrar cuando hubiese la sospecha de un caso de tortura en el que las autoridades fueran participantes. En este sentido, consideramos al Protocolo de Estambul¹⁷ una herramienta complementaria de nuestra visión psicosocial porque proporciona elementos que nos permiten diagnosticar un posible caso de tortura a través de las especificaciones que dicho Manual establece con relación a las consecuencias psicológicas en las personas como resultado de la tortura o maltrato.

¹⁵ Mecanismo de defensa que consiste en que el acento, el interés, la intensidad de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa.

¹⁶ Jara, Oscar. *Para sistematizar experiencia*, Alforja-IMDEC, México, 1997. p. 91: “[...] es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de este modo.”

¹⁷ Naciones Unidas. “Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y Documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, Serie de Capacitación Profesional No. 8, Rev. 1, Ed. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, 2005.

La tortura y sus múltiples definiciones

En la revisión bibliográfica que realizamos figuran varias definiciones sobre tortura. Para el desarrollo de este trabajo nos centraremos en dos: la aportada por el Protocolo de Estambul y la de los autores Lira y Weinstein. Con relación a la primera, el Protocolo recoge la definición contenida en la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes:

[...] se entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.¹⁸

A lo anterior, Lira y Weinstein aportan al significado del término “tortura” lo siguiente:

[...] la aplicación deliberada y sistemática de dolor agudo de una persona sobre otra, con el fin de obtener información o confesiones, o generar intimidación sobre terceros. Este dolor se genera por formas de castigo que infligen dolor físico o sufrimiento psicológico que afecta la voluntad del sujeto, y que intenta deliberadamente afectar sus vínculos afectivos, sus lealtades y sus creencias”.¹⁹

El análisis psicosocial como marco de referencia para comprender el fenómeno de la violencia institucional y la tortura

Dentro del contexto ya enmarcado, es necesario abordar el fenómeno de la violencia institucional —y como parte de ésta a la tortura— desde una perspectiva psicosocial. La tortura presenta distintas características sociales y psicológicas importantes, tanto en su ejecución como en las consecuencias dentro de una sociedad, en la familia, en lo laboral, en lo cultural y en lo individual. Por ello, hacemos referencia a que todos los fenómenos están vinculados y coexisten en un mismo espacio, por lo cual no se puede hacer una separación de la tortura y sus consecuencias psicológicas sin

¹⁸ *Ibid.*, p. 1.

¹⁹ Lira, Elizabeth y Weinstein, Eugenia. “La tortura. Conceptualización psicológica y proceso terapéutico”, en *Psicología social de la guerra*, UCA editores, Segunda edición, El Salvador, 1992, p. 341.

tomar en cuenta las circunstancias individuales de las personas afectadas. En otras palabras, deben considerarse, para entender lo sucedido y sus secuelas, la historia del individuo, las características físicas, las biológicas, las psicológicas, su ideología, el nivel de educación, el contexto social, el grupo de pertenencia, el nivel de participación dentro de estructuras sociales y todo aquello que es parte del ser humano.

A su vez, se establece que la tortura afecta a la sociedad de diferentes maneras, como método coercitivo, como herramienta de control social²⁰ y como estructura misma de los procesos de investigación judicial. En estos casos, la tortura deshumaniza a la sociedad volviéndola un cotidiano de terror para cualquier persona que mantiene pensamientos divergentes, así como para cualquier persona que se enfrente con los aparatos de seguridad.

La tortura, desde el punto de vista psicosocial, es parte de la violencia institucional, que a su vez tiene diversos fines que engloban la historia del país, las coyunturas políticas y una cotidianeidad que transforma la fantasía de la violencia en una realidad constante. La tortura no sólo afecta al individuo sino llega a cada rincón de la sociedad, desbaratando a las familias, la confianza, la lealtad y los vínculos sociales. También establece el terror psicosocial en las poblaciones a las cuales regresan las personas torturadas. Como resultado, esta violencia genera la destrucción tanto de la individualidad como de la colectividad. Por ello, se entiende que se inflige con el afán de destruir los lazos sociales.

No se puede dejar de lado en este análisis la situación de las personas que aplican la tortura: su contexto, su realidad y su situación psicológica individual, así como su pertenencia al Estado. Existe un vínculo en la tortura entre víctima y victimario que perdura por mucho tiempo: el torturador es también una individualidad que ejerce la violencia. En vez de transformarse en una figura de autoridad que busca la justicia, se vuelve una figura autoritaria que ejerce el poder que le da el Estado en detrimento de otro ser humano. Este torturador se desarrolla dentro de los espacios de la misma comunidad, establece vínculos sociales y psicológicos en su entorno, siempre supeditados a la violencia que ejerce en su cargo como autoridad. Son personas físicas y no imaginarias que son temidas, que se encuentran en lo cotidiano, que existen dentro de la mente del torturado y en un plano concreto dentro de su misma comunidad. Siguen ejerciendo el poder que las instituciones les otorgan y por lo tanto siguen generando terror en una repetición constante para el torturado y por ende para su comunidad:

[...] Después de dos horas, un muchacho pidió permiso para ir al baño y como yo estaba entumido, aproveché la ocasión para moverme. Al otro muchacho lo llevaron al baño y después de orinar lo obligaron a lavarse las manos dentro de un excusado. A mí me levantaron y me pasaron de ida y vuelta entre dos filas de granaderos que me golpearon a su antojo. Luego un tipo sacó su pistola, cortó cartucho y me la puso

²⁰ Es la amenaza de utilizar la violencia (no sólo física, sino de cualquier otro tipo) con el objetivo de condicionar el comportamiento de los individuos.

frente a la nariz. “A ti ya te cargó la chingada”, me dijo. A las tres de la mañana me soltaron y me ofrecieron disculpas [poeta jalisciense detenido].²¹

Aportaciones psicosociales de la tortura

Dentro de nuestra perspectiva, entendemos que la tortura se presenta en dos situaciones principales. La primera, en “procedimientos de procuración de justicia” o delitos del fuero común. En esta situación, los sistemas de seguridad y justicia recurren a ella para obtener información o confesiones de personas sospechosas por la comisión de un delito, ya para castigarlas o intimidarlas, ya por razones de discriminación, entre otras causas. En este contexto situacional se practica la tortura reiteradamente.

Por otra parte, la tortura se practica desde una perspectiva político-social como se describió en otro apartado anterior. En el caso de la represión política, la tortura tiene como objetivo la desintegración de la personalidad, el dejar en estado de indefensión al individuo con el afán de destruir su ideología y su postura política. Lo anterior, mediante la destrucción no sólo de su voluntad sino de los vínculos ya establecidos: sociales, familiares y laborales. El mensaje que comunican estas acciones al resto de la sociedad es también claro: no transgredir el orden y el poder establecidos.

En el abordaje psicosocial de la violencia institucional y la tortura, nos centramos en el aspecto del trauma psicosocial que Martín-Baró explica:

El término trauma psicosocial se utiliza para enfatizar el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada por la vivencia prolongada de un hecho traumático; esta herida que afecta a las personas ha sido producida socialmente, es decir que sus raíces no se encuentran en el individuo sino en la sociedad y que su misma naturaleza se alimenta y se mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e individuales.²²

Dentro de esta perspectiva, la tortura deja huellas profundas por ser una práctica histórica y arraigada en ciertos contextos sociopolíticos como parte de la colectividad, que es mantenida vigente tanto por el Estado como por la misma población que avala y justifica esta práctica. Es parte de una realidad cotidiana frecuente, pero al mismo tiempo es vivida como una fantasía (por la población, por la colectividad). Es por esto que el individuo, dentro del trauma psicosocial, es afectado tanto en lo individual como en lo colectivo. Esta vivencia de la tortura como fenómeno social implica que la sociedad se considere ajena y crea que este proceso sólo es para “criminales” o personas que no van acordes con su pro-

²¹ “Otro Mayo Guadalajara”, *Carpeta informativa*, en CD-ROM, México, 2005.

²² Martín-Baró, Ignacio. “La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador”, en *Psicología social de la guerra*, UCA editores, Segunda edición, El Salvador, 1992, pp. 77-78.

pia realidad. Sin embargo, la tortura afecta a la sociedad en sí como una herramienta de coerción y control vivida como un sueño que para cualquiera puede ser realidad. Con ello, se provoca que la autoridad siempre sea temida por toda la sociedad.

Como consecuencia de esta fenomenología de relación social, los ciudadanos se autocensuran en el ejercicio de sus libertades. Esta estrategia de sobrevivencia a través de la auto-represión de cualquier actividad que pudiera vincularlos con colectivos y personas con pensamientos divergentes que posibilitaría la reacción del Estado, opera como parte de la interiorización del miedo a la violencia institucional. Al respecto, Lira y Weinstein manifiestan:

Las situaciones represivas y sus efectos subjetivos implican una perturbación de la subjetividad colectiva que se manifiesta, entre otras cosas, en la internalización del miedo. Perturbación que incide tanto en las formas de hacer política en estas circunstancias históricas como en la producción de la vida concreta de varios sectores nacionales, hayan sido o no objetos de represión directa.²³

Si bien algunos de los mecanismos aquí señalados sirven para que la sociedad interiorice la tortura, dentro del trauma psicosocial el individuo es transformado y a su vez, por medio de la experiencia misma de la tortura, transforma su realidad. En palabras de Ana Pampliega:

[...] los autores confirman en su práctica la hipótesis de que la salud mental es una relación mutuamente transformante entre sujeto y mundo, y que implica una inserción conciente y activa en las relaciones sociales, sostén y condición de existencia del psiquismo.²⁴

La tortura tiene aspectos ambivalentes tanto para la sociedad como para el individuo sometido a ella. Como individuo, la persona torturada experimenta como consecuencia la pérdida del contacto con los vínculos establecidos antes de la tortura y su noción de realidad se ve alterada. La persona inicia procesos de desconfianza hacia su entorno, es decir, se aleja de todo aquello que fue su realidad social. Encontramos que a raíz del proceso de tortura se busca que la persona rompa todo vínculo con lo que tenía un significado y símbolo que la estructura como persona y como parte de una colectividad. Al sentirse en un estado de inermidad,²⁵ indefensa, maltratada y en soledad, su integridad como actor social se pone a prueba. No tiene la fortaleza para decidir y tampoco ninguna elección; es obligada

²³ Lira, Elizabeth y Weinstein, Eugenia, *op cit.*, p. 335.

²⁴ Kordon, Diana, *et al.* "Efectos psicológicos de la represión política", en Cordón, Diana; Edelman, Lucila; Lagos, Darío y Kersner, Daniel, *Efectos psicológicos y psicosociales de la represión política y la impunidad*, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Argentina, 2005, p. 21.

²⁵ Desprovisto de recursos materiales para defenderse, maniatado y vendado; enfrenta una amenaza radical a su integridad física y psíquica. Cfr. Lira, Elizabeth y Weinstein, Eugenia, *op cit.*, pp. 352-353.

a delatar, a renunciar a sus ideas y vínculos sociales y no tiene la capacidad de tomar esta situación entre sus manos. Esta experiencia provoca que pierda la confianza en sí misma y a su vez desconfíe de todo lo que le rodea. Se ve sometida a un estado de vulnerabilidad donde la esperanza es destruida y se ve convertida en "otra" completamente desestructurada e irreconocible para sí, de ahí que su integración a la realidad marque situaciones de carácter clínico y social que le impiden una adaptación a la misma.

En este contexto, cuando la víctima se enfrenta a su nueva realidad posterior a la agresión, se encuentra estigmatizada tanto por su grupo social como por otros colectivos; su nicho ya no es el de antes y por lo tanto la inserción a su comunidad reviste otros retos como consecuencia del proceso de tortura y trauma. No obstante, la situación de cada individuo depende en parte de su personalidad y por ende resulta distinta en cada caso.

Se infiere que una víctima de tortura que se encuentra en cuadros organizados con un respaldo social y familiar fuerte, afronta su realidad de forma más adaptativa, lo que le permite superar el trauma psicosocial de una manera más óptima. Asimismo, la recuperación de la vivencia como parte de un proceso de aceptación de lo vivido, respaldado por un trabajo grupal o individual en psicoterapia, junto con el tejido de nuevas redes sociales de apoyo, le permite apropiarse de su realidad y transformarla de una manera razonada.

No, lo último fue que supuestamente ya íbamos recomendados con los internos; que ellos nos iban a hacer la vida de cuadritos; ya lo demás fue que como nosotros estábamos en grupo a nosotros no nos podía pasar nada [...] porque ya se estaba viendo lo de la tortura y todo eso, por lo mismo lo que es el jefe de la mafia interna del dormitorio donde yo estuve, a nosotros no nos podían hacer nada.²⁶

Consecuencias psicológicas de la tortura

Dentro de nuestro abordaje psicosocial, el Protocolo de Estambul²⁷ nos sirvió como herramienta de apoyo, ya que desde nuestro campo de trabajo integramos los aspectos sociales e individuales como quedó de manifiesto en el trabajo de la Investigación Acción Participativa²⁸, lo mismo en grupos o redes ciudadanas que en círculos académicos. Un ejemplo es el referido EAP, del que formamos parte, estruc-

²⁶ Entrevista realizada por los autores el día 6 de enero de 2007, respetando la confidencialidad.

²⁷ "[...] ha sido puntualizada en muchas ocasiones la importancia crucial del contexto cultural en el que sucede la tortura. Sin duda, los síntomas han de ser entendidos en el ambiente en el que ocurren y a través del significado que representan para el individuo que los experimenta." (Summerfield, 1995; Burnett & Peel (2001). Ver, asimismo, "Evidencia Psicológica de la tortura. Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul para Psicólogos". Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT), Médicos para Derechos Humanos (PHR USA), Asociación Mundial de Médicos (WMA) y el Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura (IRCT), 2004.

turado sobre la base del trabajo en derechos humanos. Dicho equipo, en el aspecto individual, realiza una labor de psicoterapia y el Protocolo de Estambul nos brinda una visión de la conducta que puede presentar una persona sujeta a tortura, así como una clasificación diagnóstica que nos permite hacer un trabajo de vinculación entre lo médico y lo legal, aunado a obtener un mismo lenguaje de referencia de las posibles consecuencias psicológicas de una persona que vivió la tortura.

En el “Caso 28 de mayo en Guadalajara”, con base en la observación participativa²⁹, en entrevistas realizadas a personas que sufrieron tortura, así como la recuperación de información hemerográfica, archivo audiovisual y el monitoreo de organizaciones que convergieron a raíz de los eventos suscitados en Guadalajara, observamos algunas consecuencias psicológicas en concordancia con las presentadas en el Protocolo de Estambul:

Re experimentación del trauma,
Evitación y embotamiento emocional,
Hiperexcitación,
Disminución del autoestima y desesperanza en cuanto al futuro, y
Quejas psicósomáticas.³⁰

Dentro del proceso de acompañamiento en las diferentes etapas de la vivencia de los sujetos torturados, así como en su esquema de organización, encontramos los síntomas más frecuentes descritos en el Protocolo. Con base en la comparación entre lo observado y lo referido en éste último, se realizó una descripción cualitativa sustentada en la metodología de trabajo del EAP, que comprende una visión integral tanto del esquema individual como de todos los procesos sociales que engloban la experiencia vivida en toda su dimensión de violencia institucional y tortura.

El proceso de desconfianza planteado por los torturados —“si tuvo consecuencias psicológicas, en cuanto a que ya no tengo mucha confianza en las personas; me ha costado recuperarla”—,³¹ así como el temor a verse afectado por alguna relación personal, interfiere en los procesos de socialización del sujeto y tiene su influencia no sólo en el área personal sino en la participación, por ejemplo, de procesos grupales y organizativos, donde se pone en duda la “buena voluntad” de los que están

²⁸ El desarrollo del método es un proceso con carácter colectivo. Se trata de un proceso en el cual se integra la investigación social, la educación y la acción. El proceso es entendido como una experiencia educativa, que sirve para que una comunidad determine sus deseos y necesidades, se desarrolle y profundice la toma de conciencia sobre sus condiciones (Fals Borda, 1990).

²⁹ Técnica de observación utilizada en las ciencias sociales en donde el investigador comparte con los investigados su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad, esto es, conocer la vida de un grupo desde el interior del mismo.

³⁰ Protocolo de Estambul, *op cit.* pp. 48-49.

³¹ Entrevista realizada por los autores el día 6 de enero de 2007, respetando la confidencialidad.

alrededor, exacerbando sus medidas de precaución y manteniendo algunas de sus relaciones de manera superficial. También genera una desconfianza a toda institución de gobierno y a otras que le representen revivir la experiencia.

La sensibilidad que se tiene hacia símbolos, figuras, personas, imágenes o sonidos que evoquen la experiencia traumática —cuerpos de seguridad, patrullas policíacas (torretas, luces), el lugar del encierro, etcétera— provoca un estado de ansiedad, esto, sin contar con la constante intimidación y revisión policiaca, lo cual refuerza dicha sensación:

[...] escuchaba una sirena de alguna patrulla y me daba miedo, y venir cada ocho días a Guadalajara a firmar, ver a un policía aquí en Guadalajara, me daba pavor, miedo porque sabía que me podían detener por cualquier pendejada [...]³²

Ocurren, por otra parte, sueños repetitivos que evocan la experiencia traumática. Se experimenta la exacerbación de los sentimientos, emociones y respuestas conductuales como reacción adaptativa al contexto social hostil, debido a la estigmatización de la que son objeto tanto por la autoridad como de sectores sociales. También, genera dificultad en relacionarse con personas que representan figuras de autoridad, lo cual hace problemático el acercamiento a organismos de derechos humanos. También se provoca su alejamiento de toda persona, grupo y organización que le reviva el trauma.

Las consecuencias psicológicas no sólo se observan en el torturado sino que se extienden hacia el círculo de personas más allegadas a él, como puede ser directamente la familia, que dependiendo de su estructura precedente tenderá a modificarse buscando su permanencia. Cuando esto no sucede y los patrones de interacción se rigidizan, surge la enfermedad o la desestructuración de la misma. Dependiendo de las características de la familia, ésta se ve afectada de diversas formas: no sólo con la angustia de saber que un familiar vivió tal experiencia y las afectaciones psíquicas consecuencia de ello sino también con las repercusiones de la detención, situaciones económicas, así como en la dinámica de sus relaciones familiares, donde probablemente algunas problemáticas previas al evento se intensifican o aparecen otras, a las cuales la familia hará frente con los recursos disponibles, sean materiales o psicológicos.

Toma de decisión y denuncia

Las consecuencias psicológicas que se presentan a raíz de la tortura son factores a tomar en cuenta para estructurar o inferir las afectaciones en la vida emocional y social de un individuo. La estructura de su personalidad antes del suceso sufre

³² <http://video.google.de/videoplay?docid=-2925980416230053235&q=guadalajara+tortura>, al 23 de enero de 2007.

transformaciones en dependencia a la actuación y asimilación de las experiencias traumáticas dentro de un contexto social determinado, así como por su integración a redes de apoyo o a la conformación de otras, como un elemento indispensable para hacer frente a las consecuencias devenidas de la tortura.

El proceso anterior, consideramos, no tiene tiempo ni espacio, debido a que sus diversas características se van estructurando en múltiples posibilidades, tomando en consideración las características psicológicas previas de las víctimas antes del evento. Asimismo, cuenta con todo un andamiaje resultado de su propio devenir histórico cultural que ha moldeado su personalidad, así como también ha estructurado su participación político-social dentro de un contexto determinado de interacción con su comunidad. De igual modo, cuenta con vínculos familiares y sociales, si no ya establecidos, sí formados que le permitían una introyección³³ y construcción psicológica de su realidad. Dependiendo de cómo vive la experiencia traumática —y de la estructura previa a la que hemos hecho referencia—, la tortura y sus consecuencias serán asimiladas de diferente manera.

Todos estos factores establecen procesos que permiten tomar la decisión o no de presentar una denuncia ante la justicia. Al respecto, Ignacio Martín-Baró, establece una cuestión importante a responder en un grupo:

¿Quién decide? Las posibilidades son muchas, tantas más, cuanto más complejo e importante sea un grupo. En una primera aproximación, es importante distinguir si la decisión es tomada por alguno de los miembros del grupo, ya se trate de un líder, ya sea uno de los miembros que ejerce la función directiva, o la decisión es asumida por el grupo en cuanto tal, cualquiera sea el proceso a través del cual se llega a ella. Otra posibilidad es que la instancia decisiva no sea ni los miembros del grupo o el grupo en cuanto tal, sino otra persona o grupo externo, al que el grupo en cuestión tiene que someterse.³⁴

En ese sentido, se establecen mecanismos de defensa³⁵ ante la realidad imprevista y violenta. Dichos mecanismos se estructuran y actúan con la finalidad de salvar la individualidad psicológica violentada por la tortura provocando, o la negación³⁶ de la experiencia por el terror a recordar, o la angustia que impide el presentar una denuncia, puesto que olvidar el trauma psicológico —negarlo— acarrea un menor costo psíquico que una denuncia donde será revivido de manera continua en el

³³ El sujeto hace pasar, en forma fantaseada, del “afuera” al “adentro” objetos y cualidades inherentes a estos objetos.

³⁴ Martín-Baró, Ignacio. “La dinámica del grupo primario”, en *Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica II*, UCA editores, Cuarta edición, El Salvador, 1999, p. 279.

³⁵ Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas.

³⁶ Procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca.

proceso judicial y sin garantía de su reivindicación en el proceso de procuración y administración de la justicia:

[...] porque para empezar, las violaciones a los derechos humanos afectan a todos y no importa que tengas mucho poder, [...] y como no creo que se les llegue a castigar o que haya justicia no estoy muy esperanzado en eso [...]³⁷

Dentro de una perspectiva psicosocial, la persona que pasa por un proceso de tortura se siente abandonada, desprotegida y enojada ante una comunidad y sociedad que permite que se ejerza un acto tan violento. Al mismo tiempo, se encuentra en la disyuntiva de denunciar a otros o aceptar lo que piden para terminar la tortura, lo cual provoca una ruptura con el tejido social al cual pertenece. Pues cuando sale de la situación, es estigmatizada tanto por los sectores afines al Estado, como por los sectores a los cuales pertenece. Además, pierde su capacidad económica y las oportunidades de trabajo ya no se le presentan. Su entorno familiar se desestructura cambiando de manera radical y en su comunidad sus compañeros temen ser relacionados con una persona que fue torturada. El estado de desconfianza en sí mismo y en su entorno crece, así como hacia las instituciones del Estado que son causantes de la tortura. Todo aquello provoca una incertidumbre y la negativa a denunciar la tortura ante instituciones de justicia y seguridad que son las que la practican o implícitamente avalan estos comportamientos, ya que se generaliza el acontecimiento provocado por una autoridad.

Aquí la tortura cumple su objetivo al desarticular a la persona, tanto en lo individual como con su entorno social. Su angustia es vivida en soledad y no hay una elaboración³⁸ de los procesos traumáticos ni mucho menos un alivio al trauma psicosocial.

La decisión de presentar una denuncia involucra diferentes aspectos de la persona: la historia individual, la construcción de su realidad, su ideología, sus redes sociales de apoyo, sus características psicológicas individuales. Estos son, de alguna manera, aspectos que permiten el afrontamiento de la tortura con mayores herramientas para la elaboración de la experiencia violenta.

Si bien se establece que todo acto de tortura deja huellas físicas y psicológicas imposibles de borrar, las consecuencias de la misma se viven de diferentes maneras. Hemos observado que en el marco de los acontecimientos del "Caso 28 de mayo en Guadalajara", algunas de las personas torturadas enfrentan su situación organizándose, formando colectivos y denunciando públicamente lo sucedido. Esto permite darle otro sentido a la vivencia traumática, al replantearse su situación individual y a su vez relacionándose dialécticamente con su realidad, su contexto y su historia,

³⁷ Entrevista realizada por los autores el día 6 de enero de 2007, respetando la confidencialidad.

³⁸ Término utilizado por Freud para designar en diversos contextos el trabajo realizado por el aparato psíquico con vistas a controlar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece el peligro de resultar patógena. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas.

mediante la formación de nuevos tejidos sociales y el fortalecimiento de aquellos que no fueron desbaratados en el proceso de la violencia institucional y la tortura. Se establece un proceso de crecimiento más fuerte, tanto individual como comunitario, que le permite afianzar la confianza en sí mismo y en los nuevos vínculos que ha establecido. Por ello, aunque desconfía de la autoridad y del sistema, la denuncia se presenta como parte esencial en la reivindicación de su individualidad y de su colectividad que sobrevive y lucha para transformar su contexto histórico, cultural e individual:

Veo que hay muchos elementos para poder sacar a la luz lo que pasó, y más que buscar que la justicia nacional haga algo, es más bien como [...] hacer que la gente voltee a ver nuestro problema, que no sólo es Atenco, no sólo es Guadalajara, no sólo es Oaxaca; en todo el país las autoridades usan la impunidad para torturar, para abusar, para coaccionar a la gente, para fabricar delitos y eso [...] no hay justicia en México [...] y nosotros no debemos permitir que esto siga sucediendo, y por eso tenemos que luchar [...] ³⁹

Notas para la práctica psicológica

A través de la lectura que el Equipo de Apoyo Psicosocial hizo del Protocolo de Estambul, reiteramos que es una herramienta imprescindible dada la importancia de la documentación de las agresiones en casos de tortura o malos tratos, y esencial para sustentar cualquier proceso de denuncia y sanción.

Como un ejercicio profesional cada vez más preciso en la documentación de las consecuencias psicológicas, el peritaje psicológico se sugiere como una especialización por la complejidad del fenómeno. Esta formación no sólo debe abocarse a los profesionistas con carreras terminadas, sino brindarla en las universidades donde futuros profesionistas puedan concebirla como área de práctica y cuyo acercamiento pueda ser de interés, impulsando la especialización en el área de derechos humanos y la documentación de la tortura.

Las dificultades diagnósticas pueden ser una constante en la práctica de evaluación hecha por un psicólogo. En el caso de la tortura, existen diferentes factores implicados en las consecuencias psicológicas de ésta, y es importante incluir los siguientes elementos: historia de vida, estructura familiar, contexto socio-cultural y trastornos previos al evento. El concentrar la atención en las clasificaciones diagnósticas más frecuentes (Trastorno de Estrés Post Traumático y Depresión), deja de lado otros diagnósticos posibles.⁴⁰

Si bien la evaluación psicológica misma no es una actividad política, el resultado de esta es fundamental en un proceso de denuncia penal por tortura, por lo tanto,

³⁹ Entrevista realizada por los autores el día 16 de enero de 2007, respetando la confidencialidad.

⁴⁰ Evidencia Psicológica de la tortura, *op. cit.*

es importante recalcar lo mencionado en el Protocolo de Estambul respecto de la obligación de salvaguarda de la seguridad e integridad de los profesionales que realizan esta labor.⁴¹

Por otra parte, es de suma importancia la ética de los profesionales de la salud que laboran en los organismos de seguridad y que son los encargados en un primer momento de realizar las evaluaciones respecto de casos de posible tortura o malos tratos.

Finalmente, es necesario que la práctica profesional incluya tareas de prevención a la población en general sobre los procesos legales (conocimiento de los derechos y obligaciones de los ciudadanos, así como responsabilidades de las autoridades), para ejercerlos y cumplir con sus obligaciones.

Conclusión en torno a la denuncia

La importancia y trascendencia de la denuncia penal es compleja puesto que implica el dar a conocer a la sociedad una realidad no siempre visible pero que contribuye a los procesos de construcción de la Memoria Histórica para el sujeto y su comunidad. Esta construcción, a su vez, tiene gran relevancia por su aporte a la lucha contra la impunidad y a la reivindicación de los vínculos sociales y la posibilidad de participar en la organización social y política del país en condiciones de libertad ideológica y de pensamiento.

El sujeto, a través de la denuncia, estructura su realidad. Por este medio, se inserta en los procesos sociales y adquiere herramientas psicológicas y sociales que le ayudan al afrontamiento de la vivencia traumática. En este sentido, hacemos un llamado a los profesionistas para que tomen en cuenta los hechos que se están manifestando actualmente en torno al “Caso 28 de mayo en Guadalajara” a fin de que participen activamente en el proceso de denuncia e investigación para deslindar las responsabilidades del Estado sobre los hechos ocurridos y que constan en el “Informe Especial” realizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.⁴²

⁴¹ Protocolo de Estambul, *op cit.*, p. 20.

⁴² www.cndh.org.mx/lacndh/informes/especiales/jalisco/index.htm, al 7 de febrero de 2007, Apartado VII “Conclusiones y Propuestas”.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL:

- BERNLER, Gunnar & Jhonsson, Lisbeth, *Teoría para el trabajo psicosocial*, Espacio Editorial, Argentina, 1998.
- DE LA CORTE, Luis y Blanco, Amalio, *Psicología y derechos humanos*, Icaria editorial, España, 2004.
- DICCIONARIO de psicoanálisis*, Paidós editores, España, 1993.
- GUTIÉRREZ Rosete, Jorge, *Memoria gráfica 28 de Mayo en Guadalajara. Avance de investigación*, en CD- ROM, Universidad de Guadalajara, México, 2005.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Observaci%C3%B3n_participante, al 10 de febrero de 2007.
- OBANDO, Olga. *Investigación acción participativa (IAP) en los estudios de psicología política y de género*, en <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/4-06/06-4-3-s.pdf>, al 12 de febrero de 2007.
- PÉREZ Serrano, Gloria. *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*, Tomo I, La muralla, España, 1998.

Marco jurídico y enfoque del trabajo de las personas responsables de realizar los peritajes médicos y psicológicos en la documentación de la tortura

La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes están prohibidos y constituyen violaciones graves de los derechos humanos.

Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes

• JUAN CARLOS ARJONA ESTÉVEZ
Y CRISTINA HARDAGA FERNÁNDEZ*

I. Introducción

La tortura ha sido reconocida por el derecho internacional como una violación grave a los derechos humanos¹ y su prohibición considerada como una norma de *ius cogens*.² Con la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, la comunidad internacional reconoció que nadie puede ser sometido a torturas.³ Desde entonces, se han desarrollado varios tratados internacionales, tanto generales como específicos, que establecen la prohibición de la tortura y determinan varias obligaciones para los Estados con el propósito de prevenir y garantizar

* Juan Carlos Arjona Estévez. es Licenciado en Derecho por la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, y egresado de la Maestría en Derechos Humanos (tesis pendiente) por parte de la misma institución. Actualmente es Coordinador del Programa de Derechos Humanos de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Cristina Hardaga Fernández. es Licenciada en Estudios Internacionales por la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Actualmente es investigadora del Programa de Derechos Humanos de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Los comentarios aquí vertidos son a título personal y no representan en ninguna forma la posición de la institución a la cual están adscritos. Los autores agradecen a Iván Alonso Báez D. el apoyo en la investigación para la realización de este documento.

¹ Cfr. Corte IDH. *Caso Barrios Altos Vs. Perú*. Sentencia de 14 de marzo de 2001. Serie C No. 75, párr. 41.

² Cfr. Corte IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, párr. 271.

³ ONU. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, artículo 5.

⁴ ONU. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 23 de marzo de 1976. Entró en vigor para México el 23 de marzo de 1981, artículo 7. OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Adoptada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. Entró en vigor el 18 de julio de 1978. Entró en vigor para México el 3 de abril de 1981, artículo 5. ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*. Adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 39/46, de 10 de

que no se cometan actos de esta naturaleza.⁴ A partir de 1953, el Estado Mexicano se obligó a prohibir la tortura dentro de la regulación específica en materia de conflictos armados,⁵ y fue hasta 1981 que se extendió esta prohibición aún fuera del marco de un conflicto armado.⁶

Es importante resaltar que de los instrumentos internacionales convencionales de los que el Estado Mexicano es parte, sólo en dos de ellos se define lo que se debe de entender por tortura y estas definiciones no son idénticas entre sí.⁷ A su vez, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana sobre

diciembre de 1984. Entró en vigor el 26 de junio de 1987. OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*. Adoptada en Cartagena de Indias, Colombia, el 9 de diciembre de 1985 en el decimoquinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos. Entró en vigor el 28 de febrero de 1987. Entró en vigor para México el 22 de julio de 1987. ONU. *Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña*. *Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar*. *Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra*. *Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra*. Adoptados el 12 de agosto de 1949 por la Conferencia diplomática para elaborar convenios internacionales destinados a proteger a las víctimas de la guerra, celebrada en Ginebra del 12 de abril al 12 de agosto de 1949. Entraron en vigor el 21 de octubre de 1950. Entraron en vigor para México el 29 de abril de 1953. artículo 3 común, (CI) artículo 50 (CII) artículo 51 (CIII) artículo 130 y (CIV) artículo 147. ONU. *Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados Internacionales (Protocolo I)*. Adoptado el 8 de junio de 1977 por la Conferencia Diplomática sobre la Reafirmación y el Desarrollo Internacional Humanitario Aplicable en los Conflictos Armados. Entró en vigor el 7 de diciembre de 1978. La adhesión de México fue el 10 de marzo de 1983, artículo 75. ONU. *Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados sin Carácter Internacional (Protocolo II)*. Adoptado el 8 de junio de 1977 por la Conferencia Diplomática sobre la Reafirmación y el Desarrollo del Derecho Internacional Humanitario Aplicable en los Conflictos Armados. Entró en vigor el 7 de diciembre de 1978. Aún no es ratificado por México, artículo 4.

⁵ Esta obligación deriva de los cuatro convenios de Ginebra, al establecer que “las Altas Partes Contratantes se comprometen a tomar todas las oportunas medidas legislativas para determinar las adecuadas sanciones penales que se han de aplicar a las personas que hayan cometido, o dado orden de cometer, una cualquiera de las infracciones graves contra el presente Convenio definidas en el artículo siguiente.” ONU. *Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña*. *Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar*. *Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra*. *Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra*. (CI) artículo 49, (CII) artículo 50, (CIII) artículo 129 y (CIV) artículo 146.

⁶ En el sistema universal de protección de los derechos humanos, la obligación consiste en que “todo Estado Parte velará por que todos los actos de tortura constituyan delitos conforme a su legislación penal”. ONU. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. *op. cit.*, artículo 7. OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. *op. cit.*, artículo 5. ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. *op. cit.*, artículos 2 y 4. Por su parte, en el sistema interamericano de protección de los derechos humanos, la obligación es que “los Estados partes se asegurarán de que todos los actos de tortura y los intentos de cometer tales actos constituyan delitos conforme a su derecho penal”. OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. *op. cit.*, artículo 5. OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*. *op. cit.* artículos 1 y 6.

⁷ Cfr. ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. *op. cit.* artículo 1 y OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*. *op. cit.* artículo 2.

Derechos Humanos, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (en adelante CAT) y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (en adelante CIPST), establecen para el Estado Mexicano la obligación de prevenir y sancionar la tortura dentro de su jurisdicción,⁸ para lo cual, debe realizar las acciones que sean necesarias de manera seria, con el propósito de que dichos actos no queden en la impunidad y la investigación penal “no [sea] una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa”.⁹

No obstante lo anterior, en México la tortura ha sido reconocida como una práctica sistemática.¹⁰ Al respecto, es importante señalar que el Comité contra la Tortura ha señalado que hay una práctica sistemática de la tortura cuando:¹¹

parece que los casos de tortura notificados no son fortuitos ni se han producido en un solo lugar o en un momento concreto, y se observan en ellos elementos de hábito, generalidad y finalidad determinada por lo menos en una parte importante del territorio del país. Además, la tortura puede revestir un carácter sistemático sin que eso se deba a la intención directa de un gobierno. Puede ser consecuencia de factores que al Gobierno le puede resultar difícil controlar y su existencia puede indicar un desfase entre la política concreta del Gobierno central y su aplicación por la administración local. Una legislación insuficiente que en la práctica permite la posibilidad de recurrir a la tortura también puede contribuir al carácter sistemático de esta práctica.

El Comité contra la Tortura resalta diversas razones por las cuales se practica la tortura de forma sistemática en México, y son:¹² (i) las amplias excepciones para reali-

⁸ ONU. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. op. cit., artículos 2, 7, 14 y 26. OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. op. cit., artículos 1, 2, 5, 8 y 25. ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*.

⁹ Corte IDH. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C No. 4, párr. 177.

¹⁰ “A la luz del examen efectuado por el Sr. González Poblete el Comité consideró que la información presentada por PRODH era fidedigna y contenía indicaciones fundadas de que la tortura era practicada sistemáticamente en México”. “El examen de la información acumulada durante el curso de este procedimiento, no desvirtuada por las autoridades, y la descripción de casos de tortura, la mayor parte ocurridos en los meses anteriores a la visita y en el año que la precedió, recibida directamente de los que la sufrieron, su uniformidad en cuanto a las circunstancias en que se produjeron, el objetivo de la tortura (casi siempre obtener información o una confesión autoinculpatoria), la semejanza de los métodos empleados y su distribución territorial, ha producido a los miembros del Comité la convicción que no se trata de situaciones excepcionales o de ocasionales excesos en que han incurrido algunos agentes policiales, sino, por el contrario, que el empleo de la tortura por parte de éstos tiene carácter habitual y se recurre a ella de manera sistemática como un recurso más en las investigaciones criminales, siempre disponible cuando el desarrollo de éstas lo requiere.” ONU. *Informe sobre México preparado por el Comité contra la Tortura en el marco del artículo 20 de la Convención*. CAT/C/75. 25 de mayo de 2003, párrs. 5 y 218.

¹¹ ONU. *Informe sobre México preparado por el Comité contra la Tortura en el marco del artículo 20 de la Convención*. CAT/C/75. 25 de mayo de 2003, párr. 218.

¹² ONU. *Informe sobre México preparado por el Comité contra la Tortura en el marco del artículo 20 de la Convención*. CAT/C/75. 25 de mayo de 2003, párr. 219.

zar detenciones sin orden judicial previa; (ii) los plazos amplios en que se puede tener detenida a una persona sin presentarla ante un juez; (iii) la falta de control judicial durante la detención ante el Ministerio Público; (iv) la ausencia de supervisión de los centros de detención, por autoridades distintas a quienes controlan los mismos; (v) el incumplimiento del derecho a no ser obligado a declarar; (vi) la posibilidad de que la policía tome declaraciones; (vii) las limitaciones del derecho a la defensa; (viii) el deficiente servicio de las defensorías de oficio; (ix) la impunidad por la comisión de actos de tortura; (x) la posibilidad de usar confesiones arrancadas bajo tortura en contra del torturado, salvo prueba en contrario de que éste haya sido torturado; (xi) la falta de capacitación del personal del Ministerio Público y de las policías; (x) la falta de independencia y capacitación del personal responsable de realizar los exámenes médico-periciales con el propósito de documentar la tortura.

De todas estas deficiencias, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos también ha determinado que las autoridades policíacas y ministeriales mexicanas utilizan frecuentemente la tortura con el propósito de obtener confesiones o testimonios que incriminan a las personas.¹³ Esto indica que en la práctica, México está incumpliendo con su obligación de no utilizar cualquier "declaración que se demuestre que ha sido realizada como resultado de tortura", aún y cuando las fiscalías tienen la obligación de no utilizar declaraciones que se han obtenido por métodos ilícitos, incluida la tortura.¹⁴ Ésta última, con el propósito de obtener declaraciones inculpatorias, continúa siendo una práctica frecuente en México debido a la falta de profesionalización en la investigación y documentación de la tortura, ya que las autoridades que realizan estas acciones quedan en la impunidad porque no se tienen elementos para realizar acusaciones penales sólidas en su contra.

Al respecto, no debemos olvidar que la Organización de las Naciones Unidas publicó en el año 2000 el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes¹⁵ (en adelante, Manual) con el propósito de brindar una guía que los Estados puedan utilizar para investigar y documentar de manera eficaz los casos de tortura, y así realizar avances sustanciales en su erradicación. A partir de la publicación del Manual, la Procuraduría General de la República aprobó el 18 de agosto de 2003, el Acuerdo A/57/03 en el que "se establecen las directrices institucionales que deberán seguir los Agentes del Ministerio Público de la Federación, Peritos Médicos Legalistas y/o

¹³ CNDH. *Recomendación General 10. Sobre la práctica de la tortura*. México, Comisión Nacional de Derechos Humanos. 17 de noviembre de 2005. En: <http://www.cndh.org.mx/recomen/recomen.asp>; Human Rights Watch, México. *El Cambio Inconcluso. Avances y desaciertos en derechos humanos durante el gobierno de Fox*. Human Rights Watch, 2006, pág. 116.

¹⁴ ONU. *Directrices sobre la Función de los Fiscales*. Adoptadas por el Octavo Congreso de la Organización de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en La Habana, Cuba del 27 de agosto al 7 de septiembre de 1990, principio 16.

¹⁵ ONU. *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. OACNUDH, Serie de Capacitación Profesional No. 8, Nueva York y Ginebra, 2001.

Forenses de la Procuraduría General de la República, para la aplicación del Dictamen Médico/Psicológico Especializado para casos de posible tortura y/o maltrato¹⁶ (en adelante Acuerdo).

El trabajo que realizan las personas responsables de llevar a cabo los peritajes médicos y psicológicos es fundamental para la determinación de la tortura, la cual podría tener un impacto categórico en la acusación penal de este delito, así como en la anulación de las declaraciones que han sido arrancadas bajo esta terrible práctica.¹⁷ No debemos de olvidar que para el Poder Judicial las primeras declaraciones, aún cuando se alegue que han sido cometidas bajo tortura, siguen teniendo valor probatorio, ya que las posteriores declaraciones obedecen “solamente a un reflejo defensivo del quejoso, [...] y no estar apoyada por ningún otro dato, mientras que su primera declaración efectuada sin tiempo suficiente de aleccionamiento merece mayor crédito, máxime si se encuentra corroborado por otros medios probatorios existentes en el proceso”.¹⁸

Es por ello que el presente artículo tiene como propósito brindar algunas guías para el trabajo que hacen estas personas en la documentación de la tortura. De forma inicial, se abordará la definición de la tortura en México, y se analizarán los elementos de la definición legal que las personas responsables de realizar los peritajes médicos psicológicos deben tomar en cuenta al momento de llevarlos a cabo; seguidamente, se hará una breve referencia al valor de la prueba pericial en los procesos penales en México —sólo se hará referencia a la legislación federal—, y finalmente se señalará cuál debe ser el enfoque del trabajo que deben realizar las personas responsables de hacer el peritaje médico y el psicológico en la documentación de la tortura.

II. Peritajes Médico-Psicológicos

El sistema jurídico mexicano establece que tanto las personas acusadas de la comisión de un delito como las víctimas del mismo, podrán presentar las pruebas que consideren pertinentes para sustentar su dicho ante las autoridades ministeriales durante la averiguación previa, así como ante las autoridades judiciales.¹⁹ En ese orden de ideas, el Código Federal de Procedimientos Penales establece, que “se

¹⁶ PGR. *Acuerdo número A/57//2003 del Procurador General de la República*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el lunes 18 de agosto de 2003, págs. 68-96.

¹⁷ ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. Op. cit. artículo 15. OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*. Op. cit. artículo 10. *Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura*. Artículo 8.

¹⁸ Amparo directo 15/88. José Luis Bonilla Tendilla. 24 de febrero de 1988. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo Calvillo Rangel. Secretario: Humberto Schettino Reyna. Registro No. 211288; Localización: Octava Época; Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito; Fuente: Semanario Judicial de la Federación XIV, Julio de 1994; Página: 515; Tesis Aislada; Materia(s): Penal.

¹⁹ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Título primero. Capítulo I: De las Garantías Individuales. Artículo 20. A. Del Inculpado. Fracciones V y X, y B. De la Víctima y del Ofendido. Fracción II.

admitirá como prueba [...] todo aquello que se ofrezca como tal, siempre que pueda ser conducente, y no vaya contra el derecho, a juicio del juez o tribunal”.²⁰

Cabe resaltar que ni la norma constitucional, ni la norma procesal secundaria definen el concepto de prueba; sin embargo, se entiende que es toda aquella herramienta que sirve para acreditar la “certeza de un hecho”. Por lo tanto, la prueba es un “conjunto de recursos que pueden utilizarse para obtener aquella demostración” y es considerada como un medio para llegar a un fin determinado.²¹

Dentro de los medios de prueba que pueden ser presentados ante las autoridades ministeriales y/o judiciales encontramos la prueba pericial, la cual consiste en el uso de conocimientos especiales para la evaluación de personas, hechos u objetos que sirvan a las autoridades para mejor resolver.²² Debido a lo anterior, existe el reconocimiento de que las personas que realizarán los peritajes tienen conocimientos especializados en la materia, mismos que tendrán que acreditar legalmente antes de realizar el peritaje.²³ A su vez, la ley faculta a las personas responsables de realizar los peritajes a practicar “todas las operaciones y experimentos que su ciencia o arte les sugiera y expresarán los hechos y circunstancias que sirvan de fundamento a su opinión.”²⁴

Específicamente en la investigación y documentación de la tortura, la elaboración de un estudio médico-psicológico es fundamental, ya que es indispensable demostrar que las víctimas han sufrido un daño, sea físico y/o psicológico.²⁵ Esta herramienta de prueba, junto con otras, permitirá a las autoridades judiciales determinar, por un lado, la responsabilidad penal por el delito de tortura, y por otro, declarar la nulidad de la declaración que en su caso haya realizado la víctima derivado de este acto.

Debido a lo relevante del contenido de estos peritajes, en el Manual se ha resaltado la importancia de que el personal médico-psicológico realice esta función con la mayor independencia, en particular de los servicios públicos responsables de la seguridad pública, de la procuración de justicia y de los centros de reclusión. Lo anterior cobra vital importancia porque la persona responsable de realizar el peritaje médico-psicológico tiene que entrevistar a las víctimas de tortura y obtener su confianza para realizar la evaluación pericial. Esta evaluación debe realizarla, además, con el consentimiento de la víctima, informándole previamente de forma clara y precisa los alcances de la misma.²⁶ A su vez, la persona responsable de realizar el

²⁰ *Código Federal de Procedimientos Penales*. Título sexto. Prueba. Capítulo I. Medios de Prueba. Artículo 206.

²¹ *Diccionario Espasa Jurídico*. Base de datos consultada en la biblioteca de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

²² *Código Federal de Procedimientos Penales*. Título sexto. Prueba. Capítulo IV. Peritos. Artículo 220.

²³ *Código Federal de Procedimientos Penales*. Título sexto. Prueba. Capítulo IV. Peritos. Artículo 223.

²⁴ *Código Federal de Procedimientos Penales*. Título sexto. Prueba. Capítulo IV. Peritos. Artículo 234.

²⁵ ONU. *Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, pág. 33.

²⁶ ONU. *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, op. cit., pps. 15-16. PGR. *Acuerdo número A/57//2003 del Procurador General de la República*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de agosto de 2003, artículo 4, pág.70.

peritaje debe estar consciente de la doble obligación que tiene al llevar a cabo esta evaluación: velar por los intereses de la persona que atiende, como cualquier otro paciente, y contribuir en la erradicación de la tortura. Es de resaltar que la función de esta persona es de carácter distinto a la de personal médico dentro de una relación terapéutica, ya que su obligación primordial es “comunicar objetivamente sus observaciones”; en consecuencia, su función ante la posible víctima de tortura no conlleva “normalmente la confidencialidad médica”.²⁷

Para la realización de la evaluación por parte del responsable de efectuar el peritaje, tanto el Manual como el Acuerdo establecen que se deberá indicar:²⁸

- I) Las circunstancias de la entrevista: El nombre del sujeto y la filiación de todos los presentes en el examen; la fecha y hora exactas; la situación, carácter y domicilio de la institución (incluida la habitación, cuando sea necesario) donde se realizó el examen (por ejemplo, centro de detención, clínica, casa, etc.); las circunstancias del sujeto en el momento del examen (por ejemplo, cualquier coacción de que haya sido objeto a su llegada o durante el examen, la presencia de fuerzas de seguridad durante el examen, la conducta de las personas que acompañaban al preso, posibles amenazas proferidas contra la persona que realizó el examen, etc.); y cualquier otro factor importante.
- II) *Historial*: Exposición detallada de los hechos relatados por el sujeto durante la entrevista, incluidos los presuntos métodos de tortura o malos tratos, el momento en que se produjeron los actos de tortura o malos tratos y cualquier síntoma físico o psicológico que afirme padecer el sujeto.
- III) *Examen médico y psicológico*: Descripción de todos los resultados obtenidos tras el examen clínico, físico y psicológico, incluidas las pruebas de diagnóstico correspondientes y, cuando sea posible, fotografías en color de todas las lesiones.
- IV) *Opinión*: Interpretación de la relación que exista entre los síntomas físicos y psicológicos y las posibles torturas o malos tratos. Tratamiento médico recomendado o necesidad de exámenes posteriores.
- V) *Autoría del examen*: El informe deberá ir firmado y en él se identificará claramente a las personas que llevaron a cabo el examen.

²⁷ ONU. *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, op. cit., párrs. 68-72.

²⁸ ONU. *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, op. cit., párr. 82. PGR. Acuerdo número A/57//2003 del Procurador General de la República. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de agosto de 2003.

III. Definición de la tortura en México

Como se ha mencionado, el Estado Mexicano tiene la obligación de prevenir y sancionar la tortura. Dentro de estas obligaciones se establece que se tiene que tipificar, como conducta prohibida, la tortura. Sin embargo, en el ámbito internacional y en el nacional existen debates sobre la forma en que debe de llevarse a cabo esta obligación, ya que ni la CAT,²⁹ ni la CIPST³⁰ establecen que se deba de tipificar el delito de tortura de forma idéntica a como está definido en cada una de estas convenciones.

Al respecto, la organización no gubernamental REDRESS menciona que “los Estados gozan de discrecionalidad en lo concerniente [...] al modo de garantizar que las obligaciones derivadas del tratado sean efectivamente cumplidas”.³¹ En ese mismo sentido, la Corte Europea de Derechos Humanos, en diversos casos sobre distintos derechos, ha establecido que los Estados tienen un margen de apreciación al momento de cumplir con sus obligaciones derivadas de los tratados internacionales en materia de derechos humanos.³²

Debido a estos debates, el Comité contra la Tortura de la Organización de las Naciones Unidas ha señalado que los Estados, al momento de tipificar el delito de tortura en sus legislaciones respectivas, deben realizarlo tomando como obligatorios los elementos mínimos establecidos en la definición de tortura proporcionada por la CAT.³³

En México, en cumplimiento de estas obligaciones, desde el año 1986 hasta el año 2006, se tipificó a nivel federal, en las treinta y un entidades federativas y en el Distrito Federal, el delito de tortura. Sin embargo, cada legislación contiene elementos propios y aunque se han tratado de apegar a las definiciones de los tratados internacionales, ninguna es idéntica a las establecidas en los mismos. Asimismo, es importante señalar que ninguna definición es idéntica a la establecida en la CIPST.

²⁹ Cfr. ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. op. cit.

³⁰ Cfr. OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*. op. cit.

³¹ REDRESS. *Interiorizando la prohibición internacional de la tortura: Guía de implementación nacional de la Convención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Londres, The Redress Trust, 2006, pag. 12.

³² ECHR. Judgment of the Case of Hutten-czapska v. Poland. Fourth section. Application No. 35014/97). Strasbourg, 22 february 2005, pág. 55.

³³ ONU. *Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Armenia*. A/56/44 del 17 de noviembre de 2000, párr. 39; ONU. *Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Namibia*. A/52/44 del 6 de mayo de 1997, párr. 34; ONU. *Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Uruguay*. A/52/44 del 19 de noviembre de 1996; ONU. *Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Uzbekistán*. A/55/44 del 19 de noviembre de 1999, párr. 80, y ONU. *Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Alemania*. A/53/44 del 11 de mayo de 1998., párr. 4. Tomados de: Andreu-Guzmán, Federico. “La prohibición de la Tortura y el Derecho Internacional”. En: Gutiérrez Contreras, Juan Carlos (comp.) *La armonización de los tratados internacionales de derechos humanos en México*. op. cit., págs. 84-85..

Existen múltiples definiciones de tortura en la regulación mexicana: algunas de ellas provienen de los instrumentos internacionales convencionales, otra de la legislación federal, y otras de las legislaciones estatales. Para efectos del presente trabajo, únicamente nos centraremos en las definiciones de la CAT³⁴, de la CIPST³⁵ y de la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura³⁶ (en adelante Ley Federal). Las definiciones contenidas en estos instrumentos son las siguientes:

CAT. Todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia.

CIPST. Para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

Serán responsables del delito de tortura:

- a. los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan.
- b. las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.

Ley Federal. Comete el delito de tortura, el servidor público que, con motivo de sus atribuciones inflija a una persona dolores o sufrimientos graves, sean físicos o psíquicos, con el fin de obtener del torturado o de un tercero, información o una con-

³⁴ ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. op. cit. artículo 1.1.

³⁵ OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*. op. cit. artículo 2.

³⁶ *Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación en la sección Secretaría de Gobernación el 27 de marzo de 1986, artículo 3, modificada el 27 de diciembre de 1991 y el 2 de julio de 1992.

fesión o castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o coaccionarla para que realice o deje realizar una conducta determinada.

Las definiciones antes descritas, tienen como propósito el proteger dos bienes jurídicos tutelados de suma importancia. Por un lado, se busca proteger la integridad física y/o psicológica de las personas, y por otro, se pretende evitar que las autoridades se extralimiten en sus facultades de uso de la fuerza en el cumplimiento y garantía de la seguridad de todas las personas, en particular en contra de aquellas personas que han sido privadas de su libertad y están bajo su custodia.³⁷ Estos dos bienes jurídicos ya se encuentran protegidos de forma aislada en los treinta y tres códigos penales de México, y se denominan lesiones³⁸ (integridad física) y abuso de autoridad³⁹ (impedir que se extralimiten en sus funciones); sin embargo, ninguno de éstos denota claramente la gravedad de la conducta que se busca sancionar con el delito de tortura, ni tampoco resaltan el hecho de que la persona que está bajo custodia de una autoridad se encuentra en total estado de indefensión ante ella, por lo que cualquier acto que ésta realice con el propósito de dañarla, debe ser sancionado tomando en cuenta la gravedad de esta situación.

Por ende, el delito de tortura no sólo busca proteger que las personas no sean dañadas en su integridad física, como sería el caso del delito de lesiones; tampoco busca proteger únicamente ante el ejercicio abusivo de una autoridad frente a un particular; sino que pretende sancionar enérgicamente a las personas que, teniendo a personas privadas de su libertad bajo su custodia y en total indefensión, sean víctimas de daños en su integridad realizado con esa intención. Es decir, realizar un daño a la integridad de las personas con alevosía y ventaja.

No debemos olvidar que el respeto y garantía de los derechos humanos es un principio fundamental, universalmente aceptado, en el cual se funda un Estado de Derecho.⁴⁰ Debido a ello, y con relación particular en materia de tortura, varios ins-

³⁷ ONU. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. *op. cit.*, artículo 10. OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. *op. cit.*, artículo 5. ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. *op. cit.*, artículo 10. OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*. *op. cit.*, artículo 7. ONU. *Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*. Adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988, principio 6.

³⁸ El Código Penal Federal define lesiones de la siguiente forma: "Bajo el nombre de lesión, se comprenden no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa."

³⁹ El Código Penal Federal define abuso de autoridad de la siguiente forma: "Cometen el delito de abuso de autoridad los servidores públicos que incurran en alguna de las conductas siguientes: II. Cuando ejerciendo sus funciones o con motivo de ellas hiciere violencia a una persona sin causa legítima o la vejare o la insultare; XIII. Obligar al inculcado a declarar, usando la incomunicación, la intimidación o la tortura."

⁴⁰ ONU. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, preámbulo, párr. tercero. ONU. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. *op. cit.*, preámbulo, párr. cuatro. OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. *op. cit.*, preámbulo, párr. uno.

trumentos internacionales resaltan la obligación que tienen los Estados de capacitar y brindar información completa “sobre la prohibición de la tortura [al] personal [responsable] de la aplicación de la ley, sea éste civil o militar, del personal médico, de los funcionarios públicos y otras personas que puedan participar en la custodia, el interrogatorio o el tratamiento de cualquier persona sometida a cualquier forma de arresto, detención o prisión”. También se tiene la obligación de incluir la prohibición de la tortura “en las normas o instrucciones que se publiquen en relación con los deberes y funciones de esas personas”,⁴¹ lo cual es de vital importancia tomando en consideración que las personas que se encuentran bajo custodia de una autoridad en cualquier momento del proceso en que estén siendo privadas de libertad, se encuentran en total estado de indefensión ante la misma.

Es por lo anterior que cualquier daño de manera intencional por parte de autoridades estatales en contra de la integridad física de las personas en su custodia resulta aberrante, ya que va en contra del sentido mismo del Estado y de las funciones que las autoridades deben desempeñar, por lo que deben ser sancionadas ejemplarmente. Sin embargo, el hecho de que sean las mismas autoridades estatales las que cometen estos actos, y las que también deberán de investigar estas conductas, hace bastante complejo su documentación e investigación, la cual inicia desde la definición misma de tortura.

En ese sentido, la diversidad de definiciones jurídicas de tortura contribuye a que en la práctica no se tenga una coherencia en el plano jurídico sobre cuál es la definición que se debe aplicar por parte de las personas que tienen que determinar si están frente a un acto de tortura en un caso concreto, ya sean ministerios públicos; personas que asisten jurídicamente a las personas acusadas o víctimas de tortura; personas que trabajan en organismos públicos de derechos humanos, en organismos de contraloría interna o en organización de la sociedad civil; personal académico, o personas responsables de realizar peritajes médico-psicológicos, entre otros, promoviendo así un espacio de impunidad, dependiendo de la definición que se utilice.

No obstante lo anterior, el Acuerdo que contiene “las directrices institucionales que deberán seguir los Agentes del Ministerio Público de la Federación, Peritos Médicos Legalistas y/o Forenses de la Procuraduría General de la República, para la aplicación del Dictamen Médico/Psicológico Especializado para casos de posible tortura y/o maltrato” establece en la sección de Conclusiones y Recomendaciones, que las personas responsables del peritaje deben de dar su opinión, como especialistas, en si el “cuadro lesivo referido por la persona examinada *es compatible* o no con lo previsto en el artículo 3 de la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura”.⁴²

⁴¹ ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. op. cit.*, artículo 10. OEA. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. op. cit.*, artículo 7.

⁴² PGR. *Acuerdo número A/57//2003 del Procurador General de la República*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de agosto de 2003, pág. 86.

El peritaje que se realiza de conformidad con el Manual tiene como propósito, principalmente, documentar si la persona a la que se le aplica el examen médico-psicológico sufrió un daño físico y/o psicológico, lo cual, unido a otros elementos, tales como la posible identificación de personas responsables de la tortura, de personas que presenciaron los actos, y las circunstancias de modo, tiempo y lugar, pueden servirle a la autoridad acusadora y a la autoridad juzgadora para determinar si en un caso concreto existió un acto de tortura.⁴³ Por ello, resulta contrastante que en el Acuerdo, que tiene como objetivo implementar el Manual, se exija a la persona que realiza el peritaje, que en sus conclusiones y recomendaciones establezca “pericialmente si el cuadro lesivo referido por la persona examinada es compatible o no con lo previsto en el artículo 3 de la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura”.⁴⁴ Solicitar esta opinión podría llevar a conclusiones adelantadas que, o dañarían a la víctima de tortura si da una opinión en el sentido de que no se cubren con los contenidos del artículo 3 de la Ley Federal, o bien podrían vulnerar los derechos humanos de las personas que son presuntos responsables del delito de tortura.

No debemos olvidar tampoco que la persona que realiza un peritaje es un especialista sobre el tema del que se le solicita su opinión, y que a partir de ésta, las autoridades acusadoras y las autoridades judiciales llegarán a una determinación. Por lo que es imprescindible ser claros en lo que la persona que realiza el peritaje es especialista, y en este caso sería en la determinación de daños físicos y/o psicológicos y como éstos fueron realizados a partir, en parte, de la entrevista con las personas. En ese orden de ideas, si se le solicita a la persona que realiza el peritaje que determine si lo evaluado es compatible con la definición de tortura del artículo 3 de la Ley Federal, se le estaría solicitando que además de que evalúe para lo que es especialista, también determine si la persona que realizó la conducta es un servidor público o una persona que con su aquiescencia hizo el daño, que además determine si el daño que se realizó fue intencional, y con algún propósito concreto como la obtención de una confesión.

Esta opinión sería lo mismo que determinar la responsabilidad penal de una persona sobre el delito de tortura, lo cual es facultad exclusiva de las autoridades judiciales a partir de las acusaciones que realice el Ministerio Público. Es por ello que la determinación sobre si existió un acto de tortura es exclusiva, en un primer momento, del órgano acusador, para que posteriormente sea la autoridad judicial quien determine si se está enfrente de un caso de esta naturaleza con la información que esté disponible, entre ellas el peritaje médico-psicológico.

Si además de esta opinión se agrega que la misma debe realizarse en el marco de la definición del artículo 3 de la Ley Federal en lugar de otro marco normativo,

⁴³ ONU. *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, op. cit., párr. 76.

⁴⁴ PGR. *Acuerdo número A/57//2003 del Procurador General de la República*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el lunes 18 de agosto de 2003, pág. 86.

se estaría dando la facultad a la persona responsable del peritaje de determinar si la intensidad del daño físico o psíquico fue lo suficientemente grave como para considerarlo un acto de tortura, lo cual no exige la CIPST. Asimismo, se le estaría solicitando que determinara un motivo (dolo específico) por el que la autoridad responsable del acto quiso cometer tortura (por ejemplo, obtener una confesión), lo cual podría estar fuera del alcance del examen médico psicológico y de las entrevistas que se puedan realizar. El considerar que la persona responsable del peritaje médico-psicológico debe dar una opinión como la solicitada en el Acuerdo, convertiría a esta persona en una autoridad con funciones acusadoras, en lugar de ser un personaje principal en la investigación y documentación de la tortura.

Por lo anterior, el Manual únicamente menciona que la persona responsable de realizar el peritaje dará su opinión acerca "de la relación que exista entre los síntomas físicos y psicológicos y las posibles torturas o malos tratos;⁴⁵ esto quiere decir que después del examen médico-psicológico, la persona responsable del peritaje deberá formularse seis preguntas a contestar:⁴⁶ "(I) ¿Hay una relación entre los signos físicos y psicológicos hallados y el informe de presunta tortura?; (II) ¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico?; (III) ¿Son los signos psicológicos hallados los que cabe esperar o las reacciones típicas ante un estrés máximo dentro del contexto cultural y social del individuo?; (IV) Dado el curso fluctuante con el tiempo de los trastornos mentales relacionados con los traumas, ¿cuál sería la cronología en relación con los actos de tortura? ¿En qué punto de la recuperación se encuentra el sujeto?; (V) ¿Qué otros factores de estrés afectan al sujeto? ¿Qué impacto tienen estas cuestiones sobre la víctima?, y (VI) ¿Podría sugerir el cuadro clínico una falsa alegación de tortura?

En virtud de lo anterior y con el propósito de evitar una serie de confusiones que derivan de la diversidad de definiciones de tortura, se analizará, en primer lugar, el porqué la definición más protectora de la persona es la que debe prevalecer en todos los casos; en segundo lugar, el análisis progresivo que tienen las normas de derechos humanos, y en tercer lugar, se mencionará en qué elementos de la definición se deben centrar las personas responsables de realizar los peritajes médico-psicológicos, tomando en consideración que la determinación de la tortura requiere de un ejercicio multidisciplinario en el que cada especialista debe enfocarse principalmente en alguna parte de la definición. Por lo tanto, el propósito consiste en orientar a las personas responsables de aplicar el peritaje médico-psicológico en posibles actos de tortura para que se pueda aprovechar de mejor manera su conocimiento en el proceso de la investigación y documentación de actos de tortura, para lograr el enjuiciamiento y sanción de las personas responsables de los mismos.

⁴⁵ ONU. *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, op. cit., párr. 82.

⁴⁶ ONU. *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, op. cit., párrs. 103-104.

3.1 Interpretación *pro persona*

Debido a que las normas jurídicas deben ser redactadas de tal forma que sean generales y abstractas, es decir, que incluyan un amplio margen de hechos en los que las acciones de las personas puedan verse identificados, las personas encargadas de aplicarlas deben, en caso de existir distintas normas al respecto, aplicar la que más favorezca a la persona.

Dentro de los criterios de interpretación de las normas jurídicas, en particular de aquellas que tienen el propósito de proteger a la persona, encontramos el principio *pro persona*, ampliamente reconocido por la comunidad jurista nacional e internacional. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos encontramos varias normas que, interpretadas de forma contraria al sentido literal en que fueron redactas, tienen como finalidad dejar abierta la posibilidad para ofrecer mayores protecciones a la persona.

Por ejemplo, el artículo 1º señala que las garantías individuales únicamente podrán restringirse o suspenderse en los casos previstos por la misma, por lo que implícitamente se reconoce que si las garantías individuales son ampliadas por la legislación secundaria, podrán ser utilizadas por ser más favorables a la persona. Por su parte, el artículo 14 hace referencia a que no se podrá aplicar una norma de forma retroactiva en perjuicio de persona alguna, lo que indica que si es en su beneficio sí podrá aplicarse. Finalmente, el artículo 15 prohíbe la celebración de tratados internacionales que restrinjan en mayor medida los derechos humanos reconocidos en la Constitución, por lo que la celebración de tratados internacionales que protejan de forma más amplia los derechos humanos consagrados en la misma serán permitidos, reconociendo así implícitamente el principio *pro persona*.⁴⁷

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que los tratados internacionales que protejan en mayor medida los derechos humanos reconocidos en la Constitución, o bien, que obliguen al Estado a realizar ciertas conductas en protección de ciertos sectores de la población en situación de vulnerabilidad, deben ser declarados constitucionales.⁴⁸

A su vez, varios tratados internacionales en materia de derechos humanos reconocen este principio,⁴⁹ mismo que en el caso de la definición de tortura esta-

⁴⁷ Corcuera Cabezut, Santiago. "La incorporación y aplicación de los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos en el Sistema Jurídico Mexicano". En: Martin Claudia, Rodríguez-Pinzón, Diego y Guevara B., José A. *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Editorial Fontamara, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, American University, 2004, pág. 167. Carbonell, Miguel. *Los Derechos Fundamentales en México*. Editorial Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2005, págs. 130-31.

⁴⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Amparo en Revisión 1475/98, págs. 97-98.

⁴⁹ "Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: a. permitir a alguno de los Estados partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella; b. limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno

blecida en el artículo 1.1 de la CAT, está explícitamente señalado de la siguiente forma: “el presente artículo se entenderá sin perjuicio de cualquier instrumento internacional o legislación nacional que contenga o pueda contener disposiciones de mayor alcance”.⁵⁰

Lo anterior, indica que la persona encargada de utilizar la definición de tortura dentro del sistema jurídico mexicano debe recurrir a la que en sus elementos dé una mayor protección a las personas víctimas de esta conducta. Como se observará más adelante, de las distintas definiciones de tortura, la de la CAT y la de la Ley Federal agregan que para que exista tortura, el daño debe de ser grave, mientras que la de la CIPST no requiere que para la determinación de la tortura, el daño sea grave. En este caso, si la persona responsable del peritaje utiliza la definición de la Ley Federal para determinar si los hechos que documenta son actos de tortura, tendría que hacer una evaluación acerca de si el daño es lo suficientemente grave para considerarlo un acto de esta naturaleza, pero si para su análisis, a partir del principio *pro persona*, se recurre a la definición de la CIPST, la persona no deberá hacer una evaluación de estas características, sino únicamente determinar si existió un daño a la persona.⁵¹

3.2 Carácter progresivo

A su vez, al momento de determinar si un acto es tortura o no, su definición se debe analizar a la luz del carácter progresivo de los derechos humanos, tal y como lo han realizado diversos organismos internacionales de protección de los derechos humanos, ya que ciertos actos “que fueron calificados en el pasado como tratos inhumanos o degradantes, no como torturas, podrían ser calificados en el futuro de una manera diferente, es decir, como torturas, dado que a las crecientes exigencias de protección de los derechos y de las libertades fundamentales, debe corresponder una mayor firmeza al enfrentar las infracciones a los valores básicos de las

de dichos Estados; c. excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno, y d. excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza.” OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos. op. cit.* artículo 29. “1. Ninguna disposición del presente Pacto podrá ser interpretada en el sentido de conceder derecho alguno a un Estado, grupo o individuo para emprender actividades o realizar actos encaminados a la destrucción de cualquiera de los derechos y libertades reconocidos en el Pacto o a su limitación en mayor medida que la prevista en él. 2. No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un Estado Parte en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, so pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado.” ONU. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. op. cit.* artículo 5.

⁵⁰ ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. op. cit.* artículo 1.2.

⁵¹ *Cfr. Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura.* Publicada en el Diario Oficial de la Federación en la sección Secretaría de Gobernación el 27 de marzo de 1986, artículo 3, modificada el 27 de diciembre de 1991 y el 2 de julio de 1992 en relación con OEA. *Convención Americana sobre Derechos Humanos. Op. cit.* artículo 2.

sociedades democráticas”.⁵² Los organismos internacionales de derechos humanos, al determinar si un acto será considerado como tortura, deben analizar el caso concreto a partir del nivel de severidad del acto,⁵³ y dependiendo “de las circunstancias [...] tales como la duración del trato y sus efectos físicos o mentales, [...] el sexo, la edad y estado de salud de la víctima, entre otros”.⁵⁴

En ese orden de ideas, el carácter progresivo de las normas que protegen los derechos humanos se encuentra estrechamente vinculado con el principio *pro persona*, ya que en caso de que aún se considere relevante determinar la intensidad o severidad del daño físico y/o psíquico, ésta deberá analizarse tomando en cuenta la evolución de los valores democráticos de la sociedad y las circunstancias de cada caso, en particular la víctima del daño; por ejemplo, si la víctima, por sus características, tiene más propensión a sufrir un daño derivado de un mal congénito, o por su género, su edad, entre otros factores.

Es de resaltar que algunos organismos internacionales de derechos humanos consideran el determinar la gravedad del daño que sufre la víctima, en particular nos referimos al Comité contra la Tortura, el cual es el organismo internacional responsable de aplicar los contenidos de la CAT, y por lo tanto se encuentra obligado a incluir en sus análisis la gravedad del daño.⁵⁵ En el Sistema Europeo de Protección de los Derechos Humanos, ni la Comisión ni la Corte Europea de Derechos Humanos han tenido una referencia o una definición de tortura.⁵⁶ Analizar los daños de las personas a partir de la severidad y/o intensidad del daño no es obligatorio para la Comisión y la Corte interamericanas de derechos humanos, ya que ambos organismos pueden recurrir a la definición de la CIPST; sin embargo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que considera que la “Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, le confieren cierta latitud para evaluar si, en vista de su gravedad o intensidad, un hecho o práctica constituye tortura o pena o trato inhumano o degradante”.⁵⁷

En ese orden de ideas, las personas responsables de investigar, documentar y sancionar el delito de tortura, deberán adecuarse a la definición más protectora de la persona, tomando en consideración el papel que cada especialista tiene en la materia; por un lado, la persona responsable del peritaje deberá determinar si exis-

⁵² Corte IDH. *Caso Cantoral Benavides Vs. Perú*. Sentencia de 18 de agosto de 2000. Serie C No. 69, párr. 99.

⁵³ Corte IDH. *Caso Caesar Vs. Trinidad y Tobago*. Sentencia 11 de marzo 2005. Serie C No. 123, párr. 67.

⁵⁴ Corte IDH. *Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri Vs. Perú*. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C No. 110, párr. 113.

⁵⁵ Cfr. ONU. *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. *Op. cit.* artículo 1.1 y 17.

⁵⁶ Cfr. CE. *Convención Europea para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. Aprobado por el Consejo de Europa en Estrasburgo, Francia, el 26 de Noviembre de 1987. Entró en vigor el 1 de febrero de 1989.

⁵⁷ Cfr. CIDH. *Informe N° 35/96. Caso 10.832. Luis Lizardo Cabrera vs. República Dominicana*. 7 de Abril de 1998, párr. 82. *Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de 1997*. OEA/Ser.L/V/II.98. Doc. 6. 17 de febrero de 1998.

tió un daño en contra de una persona a partir de los efectos físicos y/o psíquicos que se derivan del mismo, mientras que la fiscalía y las autoridades judiciales deberán determinar si dichos daños constituyen un acto de tortura como delito, tomando en consideración los criterios anteriores.

3.3 Elementos de la definición

Para analizar la definición de tortura es necesario recalcar que el concepto es una herramienta jurídica dentro del ámbito del derecho penal, que conllevará una sanción penal. En ese sentido, todas las personas tienen derecho a que claramente se establezca la forma precisa en que una conducta será considerada como delito. Para ello, se debe determinar quién puede cometer el delito, en contra de quién, la acción que se realiza o deja de realizar, y en ocasiones, que se establezca la intención. La definición de tortura como delito debe analizarse bajo esos elementos:

- i) sujeto activo de la tortura (quién comente la tortura)
- ii) sujeto pasivo de la violación (quién es víctima de la tortura)
- iii) conducta típica antijurídica (acción que realiza el sujeto activo)
- iv) dolo (intención del sujeto activo)
- v) dolo especial (intención especial del sujeto activo)

Con el propósito de resaltar las diferencias entre las definiciones antes mencionadas, se anexa el siguiente cuadro:

ELEMENTOS	CONVENCIÓN DE LA ONU	CONVENCIÓN INTERAMERICANA	LEY FEDERAL
<i>Sujeto activo</i>	Funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas , a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia.	Los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan. Las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el [párrafo anterior] ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.	El servidor público con motivo de sus atribuciones .

ELEMENTOS	CONVENCIÓN DE LA ONU	CONVENCIÓN INTERAMERICANA	LEY FEDERAL
<i>Sujeto pasivo</i>	Una persona	Una persona	Una persona
<i>Conducta típica antijurídica</i>	Todo acto por el cual se inflija sufrimientos graves , ya sean físicos o mentales.	Todo acto por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales. La aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.	Inflija dolores o sufrimientos graves , sean físicos o psíquicos.
<i>Dolo</i>	Intencionadamente	Intencionalmente	
<i>Dolo especial</i>	Con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación.	Con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin.	Con el fin de obtener del torturado o de un tercero, información o una confesión o castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o coaccionarla para que realice o deje realizar una conducta determinada.

Ahora bien, como se ha venido señalando, cada especialista, dentro de la rama de su competencia y estudios disciplinares, contribuye en la investigación y documentación de la tortura, con el propósito, en su caso, de tener los elementos suficientes para sancionar a la persona responsable del delito. Para efectos de dar una mayor explicación sobre los aspectos de la definición del delito de tortura que se deben usar y prestar más importancia por cada persona que documenta e investiga la tortura, se realiza el siguiente análisis:

a. Sujeto Activo de la Tortura:

Fiscalía: Tiene la obligación de determinar si la persona que cometió el daño físico o psíquico a la víctima es un servidor público actuando con ese carácter. Una vez determinada esta información, la fiscalía estará en posición de presentar una denuncia penal por tortura en caso de que la persona acusada sea servidor público que actuaba con ese carácter al momento de realizar el daño. Se hace hincapié en actuar en

dicho carácter, porque el servidor público puede estar fuera de sus horas laborales, pero actuando como si estuviera en funciones. En caso de que no se determine que era un servidor público en ejercicio de sus funciones, la fiscalía sólo podría acusar a la persona por el delito de lesiones. Existen además casos en los que el servidor público es quien insta o permite la comisión de un acto de tortura, por lo cual, tanto la persona que ejerce los daños como quien lo insta o lo permite —sólo en el caso de que sean autoridades— son responsables del delito de tortura bajo la legislación federal a nivel nacional; en estos casos, es imprescindible que la persona esté bajo custodia de la autoridad, porque si no se configurarían otros delitos.

Persona responsable del peritaje médico-psicológico: El Acuerdo establece que se solicitará que la persona examinada indique datos generales de los hechos, tales como los “tipos de abusos físico, psicológico y/o sexual; los nombres y el número de personas que supuestamente cometieron los abusos (si los sabe)”.⁵⁸ A partir de esta información, la persona responsable del peritaje deberá enviar la información a la fiscalía con el propósito de que ésta última sea quien determine si la persona responsable de los daños es o no un servidor público actuando con ese carácter al momento de que se realizó el acto, o bien si es un particular que con la aquiescencia o tolerancia del servidor público realizó el acto. Para la persona que realiza el peritaje, esta información le permitirá tratar de encuadrar los daños que encuentre, ya sean físicos o psíquicos, con los hechos que le fueron narrados, y le permitirá, además, verificar la credibilidad de la narración para corroborar si los daños pudieron suceder a partir de los contenidos de ésta.

b. Sujeto de la Tortura:

Fiscalía: Es la persona o el representante legal que en nombre de su representado presentó la denuncia por el delito de tortura. Es la persona que tiene derecho a la reparación del daño, derivado de la conducta ilícita a la que fue víctima.

Persona responsable del peritaje médico-psicológico: Es la persona a la que está haciéndose el examen médico-psicológico.

c. Conducta típica antijurídica:

Fiscalía: En el ámbito federal, y en aplicación del tipo penal de tortura reconocido en la Ley Federal, se debe determinar que la víctima tuvo dolores o sufrimientos físicos o psíquicos graves. En este caso, la autoridad no sólo tiene que tener la información de que la víctima sufrió un daño físico o psíquico, sino que éste fue “grave”. Para ello, podría utilizar el criterio acuñado por organismos internacionales en el que

⁵⁸ PGR. Acuerdo número A/57//2003 del Procurador General de la República. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de agosto de 2003, p. 78.

daños que en el pasado no fueron calificados como tortura, “podrían ser calificados en el futuro de una manera diferente, es decir, como torturas, dado que a las crecientes exigencias de protección de los derechos y de las libertades fundamentales, debe corresponder una mayor firmeza al enfrentar las infracciones a los valores básicos de las sociedades democráticas”.⁵⁹

Persona responsable del peritaje médico-psicológico: La opinión que le están solicitando en este caso al especialista para que contribuya en la investigación y documentación de la tortura, es que determine si la víctima sufrió un daño, ya sea físico o psíquico, a partir de los efectos o secuelas que dejó en ella el acto ilícito, y que a su vez mencione si estos efectos o secuelas tienen relación con la narración de la víctima. En ese sentido, el especialista no tiene porqué determinar la “gravedad” en términos legales del daño en la persona, porque ésta determinación es una evaluación que tendrá que realizar la autoridad judicial a partir del criterio antes señalado. Sin embargo, podría reforzar la documentación indicando las características del daño y cómo afectará a la persona a corto, mediano y largo plazo —es decir, además de documentar el daño, proyectar las consecuencias de éste para la persona a quien se examina y en base al caso en particular.

d. Dolo:

Fiscalía: Es fundamental determinar de manera inicial si el daño causado a la víctima fue intencional o no, ya que de ahí las autoridades acusadora y la juzgadora deberán clasificar la conducta ilícita como delito de tortura, o bien como lesiones o abuso de autoridad.

Persona responsable del peritaje médico-psicológico: A partir de la narración de los hechos por parte de la víctima de tortura, el especialista puede contribuir con información y consideraciones para determinar la intencionalidad o *dolo* de la persona responsable de la conducta ilícita. El tipo de daños físicos y/o psíquicos que se presentan deberán ser analizados a la luz de si pudieron ser producto de un acto no intencionado. Para analizar con mayor profundidad si existió un *dolo*, la narración de los hechos que anote la persona responsable de la evaluación constituirá un elemento central para la evaluación del juez, siempre que sea coherente con los daños que sufrió la persona de acuerdo con la apreciación de los peritos.

e. Dolo específico:

Fiscalía: Es fundamental determinar no sólo si el daño fue intencional, sino que si además se buscó con esta conducta tener un resultado determinado (p. ej., una

⁵⁹ Sentencia de 18 de agosto de 2000. Serie C No. 69, párr. 99.

confesión). En caso de que no se determine una finalidad específica como requiere la Ley Federal, las autoridades acusadora y juzgadora deberán clasificar la conducta ilícita como lesiones o abuso de autoridad.

Persona responsable del peritaje médico-psicológico: A partir de la narración de los hechos por parte de la víctima de tortura, el especialista puede contribuir con información y consideraciones para determinar no sólo la intencionalidad o *dolo* de la persona responsable de la conducta ilícita, sino una finalidad determinada que perseguía con esa conducta de acuerdo con la constatación del daño que hace la persona responsable del peritaje y su correspondencia con el relato de la víctima sobre los hechos, u otras pruebas a que tenga acceso para llevar a cabo su examen. La persona que realiza el peritaje no debe en ningún momento especular a partir de los hechos que le fueron narrados y extraer de ellos una finalidad de la persona que realizó el acto. Es la fiscalía la encargada de demostrar la intencionalidad específica para cometer dicho daño.

Las finalidades de la tortura en el Derecho Internacional Mexicano de los Derechos Humanos *

• CARLOS GARDUÑO SALINAS **

La tortura y malos tratos suponen la máxima perversión de un sistema político en el ejercicio del poder
ARARTEKO (Defensor del Pueblo del País Vasco)

El Bien y el Mal. Todo es una cuestión de control y de elección. Nada más
PAULO COELHO

A Mayra y Carla:

Con la esperanza de que en un futuro no muy lejano vivan en un México libre de tortura y maltrato.

La tortura y los malos tratos prácticamente se han presentado en todos los regímenes de gobierno: dictatorial, monárquico, parlamentario, socialista, republicano, comunista y democrático, entre otros. La tortura y el maltrato son graves violaciones a derechos humanos y "constituyen una ofensa a la dignidad humana".¹ Estos abusos de poder, aún cuando se cometen en una determinada región o contra una víctima en específico, no sólo provocan agravios a su entorno social doméstico inmediato, sino ofenden a la humanidad en su conjunto. Podemos afirmar que la prohibición de la tortura y el maltrato:

es exigible a todos los Estados **como norma consuetudinaria**, y, además, también será exigible como norma convencional a todos los Estados que hayan ratificado tratados internacionales en los que aparece expresamente prevista, en cuyo caso el régimen jurídico de la prohibición es aplicable a cada Estado, dependerá del sistema concreto de protección de que se trate y de las opciones de los Estados frente a las posibilidades que ofrezca en relación con los diversos mecanismos de control. La práctica muestra que, también como norma convencional, la prohibición de la tortura y los tratos inhumanos o degradantes es de aplicación general.²

* Nota del autor: El término "Derecho Internacional Mexicano de los Derechos Humanos" se entiende como la aplicación a nivel nacional en México del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

** El autor es Licenciado en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México y actualmente Director de Atención a Organismos Internacionales en Materia de Derechos Humanos y Participación Interinstitucional de la Procuraduría General de la República. Ha trabajado en todo el proceso de contextualización realizado dentro de la PGR y dirigido a las procuradurías estatales, con la finalidad de aplicar el Protocolo de Estambul en aquellos ámbitos.

¹ Prólogo de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985).

² González González, Rossana. *El control internacional de la prohibición de la tortura y otros tratos o penas inhumanos y degradantes*, Universidad de Granada, España, primera edición, 1998, página 53.

A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el concierto de naciones ha buscado la manera de prohibir y erradicar el flagelo de la tortura y el maltrato. El artículo 5 de la misma señala que *nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*.³ Tocante al Derecho Internacional Humanitario, los Convenios de Ginebra de 1949,⁴ preceptúan que se prohíben en cualquier tiempo y lugar *los atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura y los suplicios*. En 1966⁵ esta prohibición internacional de la tortura y el maltrato se torna obligatoria —so pena de incurrir en responsabilidad internacional— para los Estados Parte, al ratificar el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (PIDCP).⁶ Por último, a nivel de las Américas, la Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969,⁷ preceptúa que “nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de su libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.⁸

Como se podrá observar, dichas normas internacionales prohíben de manera absoluta la inflicción de la tortura y el maltrato. Sin embargo, no nos ofrecen ninguna definición respecto de estos dos términos. Es hasta 1975⁹ cuando por primera vez a nivel internacional se presenta una definición. En la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, se establece qué debe entenderse por tortura y maltrato, asimismo, se indica cuáles son las finalidades por las que se cometen, materia del presente ensayo.

El artículo 1º de la citada Declaración textualmente dispone:

A los efectos de la presente Declaración, se entenderá por tortura todo acto por el cual un funcionario público, u otra persona a instigación suya, *inflija intencionalmente a una persona penas o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar a esa persona o a otras*. No se considerarán tortura las penas o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de la privación legítima de la libertad, o sean inherentes o inci-

³ Adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 217 A (III), 10 de diciembre de 1948.

⁴ Ver artículo 3 común a los Convenios de Ginebra, aprobados el 12 de agosto de 1949 por la Conferencia Diplomática para Elaborar Convenios Internacionales destinados a proteger a las víctimas de guerra.

⁵ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) 16 de diciembre 1966; vinculación de México: 23 de marzo 1981.

⁶ PIDCP, artículo 7: “[...] nadie será sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.”

⁷ Esta Convención de la Organización de los Estados Americanos, fue suscrita en San José Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos; vinculación de México, 18 de julio de 1978, y es conocida también como el Pacto de San José.

⁸ Artículo 5.2 (derecho a la integridad personal).

⁹ Adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 3452 (XXX) de 9 de diciembre de 1975.

dentales a ésta, en la medida en que estén en consonancia con las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.

2. La tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato o pena cruel, inhumano o degradante.

De acuerdo con dicha definición, la inflicción a la víctima o a un tercero de dolores o sufrimientos graves físicos o mentales, cometida por funcionarios públicos, tiene como finalidad:

- Obtener información.
- Obtener una confesión.
- Castigar por un hecho que se haya cometido o se sospeche que se haya cometido.
- Intimidar.

Sin embargo, el alcance y obligatoriedad que tiene este instrumento declarativo es limitado, pues requiere para su cumplimiento de la voluntad política de los Estados; ya que no es una Convención internacional con fuerza obligatoria y vinculante para los Estados que la signan.

Es importante destacar que el tratado internacional denominado Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados¹⁰ (convención de viena), establece en su artículo 53 un principio general de Derecho que se conoce como *Jus cogens*. Este principio señala que una norma imperativa de derecho internacional general es aceptada y reconocida por la comunidad internacional de Estados en su conjunto como norma **que no admite acuerdo en contrario** y que sólo puede ser modificada por una norma ulterior de derecho internacional general que tenga el mismo carácter.

Luego entonces, la prohibición absoluta de la tortura y el maltrato plasmada en tratados internacionales de derechos humanos es una norma *Jus cogens*. Al respecto, el doctor brasileño Antonio Cançado Trindade¹¹, quien asimismo fue Presidente y Juez de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha señalado que el dominio del *Jus cogens* en la proscripción de la tortura es "una conquista definitiva de la civilización y que un criterio inefable de medición del grado de civilización alcanzado por cualquier país (sea o no Parte en los tratados de derechos humanos) reside efectivamente en el trato dispensado por las autoridades públicas a las personas detenidas."

Al continuar con la evolución y búsqueda para generar responsabilidad internacional a los Estados en donde al interior de los mismos se cometan actos de tortura y/o maltrato, la comunidad internacional creó dos Convenciones que, más allá de conceptualizar la tortura, se convierten en fuente de obligaciones para los Estados.

¹⁰ Adoptada por la ONU en Viena, Austria, el 21 de marzo de 1986, y publicada en México mediante el Decreto de Promulgación en el Diario Oficial de la Federación el 28 de abril de 1988.

¹¹ Cançado Trindade, Antonio. "Voto concurrente", párrafo 6, Caso Maritza Urrutia vs. Guatemala, Corte Interamericana de Derechos Humanos, sentencia 27 de noviembre 2003.

Me refiero a nivel universal a la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes de la Organización de Naciones Unidas (Convención de la ONU),¹² y en segundo término, a nivel regional, a la Convención Interamericana para prevenir y Sancionar la Tortura de la Organización de Estados Americanos (Convención Interamericana).¹³

Además de que ambas Convenciones precisan sobre la definición de tortura, también establecen una serie de obligaciones a los Estados Parte que tienen que ver con la tipificación penal de la tortura, el generar políticas públicas tendientes a la prevención, erradicación, documentación, sanción, compensación y reparación del daño que más adelante se detallarán.

Para efectos didácticos, a continuación se presenta una tabla comparativa de la definición de tortura y maltrato de las citadas Convenciones.

CONVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES. (ONU)	CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA TORTURA (OEA)
<p>Artículo 1</p> <p>A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia.</p> <p>No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.</p>	<p>Artículo 2</p> <p>Para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.</p> <p>No estarán comprendidos en el concepto de tortura las penas o sufrimientos físicos o mentales que sean únicamente consecuencia de medidas legales o inherentes a éstas, siempre que no incluyan la realización de los actos o la aplicación de los métodos a que se refiere el presente artículo.</p>
<p>Artículo 16</p> <p>Todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona.</p>	<p>Artículo 3</p> <p>Serán responsables del delito de tortura: a. los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan.</p> <p>b. las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.</p>

¹² Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 39/46 de 10 de diciembre de 1984. Vinculación para México 23 de enero de 1986, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 1986 y entrada en vigor 26 de junio de 1987.

¹³ Adoptada en Cartagena de Indias, Colombia, el 9 de diciembre de 1985. Vinculación para México 22 de junio de 1987, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de septiembre de 1987 y entrada en vigor el 11 de septiembre de 1987.

Son de considerarse las principales semejanzas y diferencias que existen entre estas dos definiciones, a saber:

Semejanzas:

- La tortura se comete de manera intencional.
- Establecen que la tortura la cometen los servidores públicos y personas que no tienen ese carácter, con el único requisito que lo hagan por autorización, instigación o aquiescencia de alguien que sí lo tenga.
- Se contempla la inflicción tanto de tortura física como psicológica.
- Coinciden en que no se podrán considerar como tortura los dolores o sufrimientos físicos o mentales producto de una sanción legítima. Obviamente, la definición de "sanción legítima" excluye la tortura por ser reconocida universalmente su prohibición.

Diferencias:

- La Convención de la ONU es aplicable a nivel universal, es decir, cualquier país del mundo puede obligarse a sus preceptos. En cambio, la Convención Interamericana sólo se aplica para los Estados Parte pertenecientes al continente americano.
- Para la Convención de la ONU, la inflicción de dolores o sufrimientos físicos o mentales tendrán que ser graves, mientras que en la Convención Interamericana se suprime la "gravedad" de estos dolores o sufrimientos físicos o mentales.
- Ninguno de los instrumentos define específicamente en qué consiste el maltrato. Solo la Convención Interamericana prevé la obligación de sancionarlo en la legislación nacional, no obstante las dos Convenciones lo prohíben. Para un desarrollo de las diferencias entre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, también llamados "malos tratos", habría que estudiar la jurisprudencia a nivel internacional.
- La Convención Interamericana es la única que abarca en su concepto de tortura la aplicación sobre una persona de "métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica." Este lenguaje refiere a las circunstancias en donde se utilizan drogas psicotrópicas diseñadas para superar la voluntad de las personas, ya que estas prácticas para lograr el sometimiento de la persona pueden realizarse sin causar dolor físico o angustia psíquica.

En cuanto a la **teleología de la tortura**, es decir, **la finalidad con la cual se comete**, a continuación se muestra este cuadro comparativo respecto del tratamiento dado por dichas Convenciones.

CONVENCIÓN DE LA ONU (OEA)	CONVENCIÓN INTERAMERICANA
<ul style="list-style-type: none"> • Obtención de información • Obtención de confesión. • Castigo por un hecho que se haya cometido o por sospechar que se haya cometido. • Por intimidación. • Por coacción. • Por discriminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación criminal. • Medio intimidatorio. • Castigo personal. • Medida preventiva. • Pena. • Cualquier otro fin.

Así las cosas, al dejar fuera la referencia a la gravedad de los dolores o sufrimientos físicos o psicológicos y al establecerse en la Convención Interamericana que la tortura se puede cometer con una finalidad cualquiera, podemos arribar a la conclusión de que esta Convención es la que ofrece mayor protección a la persona humana contra abusos de poder cometidos por parte de las autoridades gubernamentales.

Al referirnos a las autoridades de seguridad pública, procuración de justicia, penitenciarias y castrenses, puede decirse que las finalidades establecidas en las dos Convenciones aluden a la comisión de actos de tortura o maltrato en la prevención del delito, durante la fase de averiguación previa, en la parte penitenciaria de reclusión cuando el reo espera sentencia del Juez, o bien, cuando ya es señalado como penalmente responsable de la comisión de un delito y compurga su sentencia, así como por actos derivados del ejercicio de las fuerzas armadas. No obstante, si bien es cierto que los servidores públicos que laboran en instituciones de seguridad pública, procuradurías generales de justicia, centros de readaptación social y fuerzas armadas son los más señalados como responsables de infligir tortura y maltrato, también lo es que esa percepción es incompleta. Basta otear una mirada a los servidores públicos que trabajan en otros tramos de control gubernamental como lo son, *verbigracia*, educación¹⁴,

¹⁴ Carlos A. Mahiques, en su obra *“La noción jurídica de tortura”* (Editorial EDUCA, Buenos Aires, Argentina, 2003, página 184), hace referencia al caso *“Costello-Roberts vs. Reino Unido”* ventilado ante la Comisión y Corte Europea de Derechos Humanos (*sentencia 25 marzo 1993, Serie A, n° 247-C*). En dicho caso se estimó que la responsabilidad del Reino Unido era susceptible de ser comprometida por castigos corporales infligidos en una escuela privada por el director de dicho establecimiento. El carácter privado del establecimiento no libra al Estado de su obligación positiva de crear un sistema

migración¹⁵ y salud,¹⁶ para percatarnos que muchas de las conductas desplegadas por estos últimos, las cuales son consideradas como violatorias de derechos humanos catalogadas al tamiz de “abuso de autoridad o negligencia médica”, bien pudieran encuadrar en reales casos de tortura o maltrato.

Cumplimiento de compromisos internacionales por parte de México en materia de tortura y maltrato

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 133, establece que los tratados internacionales que estén de acuerdo con ella y que hayan sido celebrados por el Presidente de la República con aprobación del Senado serán Ley Suprema de toda la Unión.

Siendo así, los tratados de derechos humanos, incluyendo por supuesto los que prohíben, previenen y proscriben la tortura y el maltrato que han sido ratificados por el Senado, forman parte del Derecho positivo mexicano. Generalmente los funcionarios encargados de la seguridad pública, de la procuración de justicia, de los jueces y de la ejecución de penas, le restan importancia a la aplicación de tratados internacionales de derechos humanos al llevar a cabo sus funciones, o bien al emitir sus resoluciones y sentencias. Se les considera a estos tratados como “entes satelitales” que giran alrededor del marco jurídico nacional en los ámbitos municipal, estatal y federal. No comparto esta idea.

En consecuencia, cuando en México se tenga conocimiento de la comisión de un hecho de tortura y/o maltrato, éste deberá de investigarse y sancionarse aplicando lo que denomino “el Derecho Internacional Mexicano de los Derechos Humanos” (es decir, la aplicación a nivel nacional del Derecho Internacional de los Derechos

de derechos que salvaguarde suficientemente la integridad física y psíquica de los menores. El Estado “no podrá sustraerse a su responsabilidad delegando sus obligaciones en organismos privados o de particulares”. De igual manera se sugiere revisar el contenido de la *Recomendación general No. 5 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre el caso de la discriminación en las escuelas por motivos religiosos*; o bien la *Recomendación general No. 9 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre el caso de la discriminación en las escuelas a menores portadores del VIH o que padecen sida*, en www.cndh.org.mx/recomendaciones generales.

¹⁵ Para una mejor ilustración y a guisa de ejemplo de cómo servidores públicos adscritos al Instituto Nacional de Migración que tienen competencia en la atención de aspectos migratorios pueden ocasionar violaciones a derechos humanos por trato cruel y degradante, consultar la *Recomendación 33/2006 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, caso del menor DJLC*, así como la *Recomendación 23/2006 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, caso de las condiciones de aseguramiento de migrantes en la cárcel distrital del tercer distrito judicial de San Nicolás de los Garza, Nuevo León*, y la *Recomendación 21/2006 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, caso de los señores Nelson Javier Cruz Anaya, Pablo Roberto Varela Castellanos y otros migrantes centroamericanos*, en www.cndh.org.mx/recomendaciones 1990-2006.

¹⁶ Relativo a los médicos que atienden a internos reclusos en centros penitenciarios, consultar la *Recomendación General 9/2004 sobre la situación de los derechos humanos de los internos que padecen trastornos mentales y se encuentran en centro de reclusión de la República mexicana*, en www.cndh.org.mx/recomendaciones generales.

Humanos) en concordancia con las normas federales, estatales o municipales, según el caso, en el marco del cumplimiento de los compromisos a nivel internacional.

A continuación se exponen las principales obligaciones establecidas en dichos tratados que el Estado mexicano tiene que cumplir:

- Que todos los actos de tortura y los intentos de cometerlos se tipifiquen como delito, estableciendo “sanciones severas que tengan en cuenta su gravedad”.¹⁷
- Tomar medidas efectivas para prevenir y sancionar los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.¹⁸
- Capacitación respecto de la prohibición de la tortura y el maltrato dirigido a policías y servidores públicos responsables de la custodia de las personas privadas de su libertad, provisional o definitivamente, así como en los interrogatorios, detenciones o arrestos.¹⁹
- Garantizar una examinación imparcial a toda persona que denuncie tortura o maltrato.²⁰
- Proceder de oficio a realizar una investigación penal cuando exista denuncia o razón fundada para creer que se ha cometido un acto de tortura o maltrato.²¹
- No invocar ni admitir como justificación para cometer tortura la existencia de circunstancias tales como estado de guerra, amenaza de guerra, estado de sitio o de emergencia, suspensión de garantías constitucionales, inestabilidad política interna u otras emergencias o calamidades públicas.²²
- Legislar normas que garanticen una compensación adecuada para las víctimas del delito de tortura.²³
- Que ninguna declaración que se haya comprobado obtenida por tortura podrá admitirse como prueba en un proceso, salvo que se utilice contra la persona o personas que cometieron la tortura.²⁴

¹⁷ Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, artículo 6.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*, artículo 7.

²⁰ *Ibid.*, artículo 8.

²¹ *Ibid.*, artículo 8.

²² *Ibid.*, artículo 5.

²³ *Ibid.*, artículo 9.

²⁴ *Ibid.*, artículo 10.

- El no extraditar o devolver a una persona a otro país cuando haya una presunción fundada de que será sometida a tortura.²⁵

Ahora bien, si dentro del Derecho Internacional Mexicano de los Derechos Humanos coexisten y están vigentes la Convención de la ONU y la Convención Interamericana, y con el espíritu de que se interprete el derecho nacional en forma armónica con los tratados internacionales en materia de derechos humanos que ha suscrito México, surgen las preguntas: ¿Qué Convención prevalece respecto de la otra?, o ¿Cuál Convención deberá aplicarse ante un caso de posible tortura y/o maltrato?

La respuesta se encuentra en diversas vertientes. Primero, la Convención de Viena —que, como ya se dijo, fue ratificada por el Senado y también forma parte del Derecho Internacional Mexicano de los Derechos Humanos—, en su artículo 311, establece el principio *pro homine*, que quiere decir que **se aplicará la norma internacional de derechos humanos que ofrezca mayor protección a la persona humana**. Segundo, la CONVENCIÓN DE LA ONU señala que la definición de tortura establecida en dicha Convención “se entenderá sin perjuicio de cualquier instrumento internacional o legislación nacional que contenga o pueda contener disposiciones de mayor alcance.”²⁶ Tercero, la Suprema Corte de Justicia de la Nación²⁷ señala que son constitucionales las obligaciones internacionales asumidas por el Estado mexicano al ratificar tratados internacionales, que inclusive amplían la esfera de derechos de los gobernados.²⁸

Luego entonces, reiteramos, es la Convención Interamericana la que ofrece mayor protección en México contra actos de tortura o maltrato, y por ende, el Estado mexicano, a través de sus funcionarios de los tres niveles de gobierno, está obligado a respetar los derechos humanos allí consagrados, así como a cumplir con las obligaciones anteriormente señaladas.

El deber de debida diligencia

De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, un hecho violatorio de los derechos humanos que inicialmente no resulte imputable directamente a un Estado —por ejemplo, por ser obra de un particular o por no haberse identificado al autor de la trasgresión—, puede acarrear la responsabilidad internacional

²⁵ *Ibid*, artículo 13. Por otra parte, existe un caso que fue del conocimiento del Comité contra la Tortura de Naciones Unidas en el cual se pronunció como violatoria de derechos humanos la expulsión de un mexicano que solicitó refugio al Estado de Canadá, al considerar que, de regresar a México, sería torturado de nueva cuenta por las autoridades. *Comunicación 133/1999 Enrique Falcón Ríos vs Canadá*. CAT/C/33/d/133/1999.

²⁶ Artículo 1,2.

²⁷ Tesis del Pleno P.LXXVII/99.

²⁸ Tesis del Pleno PLXXVII/99 analizada en Corcuera Cabezut, Santiago. “La incorporación y aplicación de los tratados internacionales sobre derechos humanos en el sistema jurídico mexicano”, dentro de la obra *Derecho Internacional de los Derechos Humanos* (Martín Claudia, Rodríguez-Pinzón, Diego y Guevara, José A., compiladores), Universidad Iberoamericana, primera edición, 2004, páginas 169-170.

del Estado, no por ese hecho en sí mismo, sino por la falta de debida diligencia para prevenir la violación o para tratarla en los términos requeridos por la Convención Americana.²⁹

Aunado a ello, es de especial relevancia la opinión del profesor Carlos Villán Durán, el cual menciona que,

conforme a la jurisprudencia y la práctica internacionales, corresponde al Estado una obligación general de diligencia, consistente en proteger eficazmente el derecho a la integridad física y moral de todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción. Este deber de diligencia conlleva un actitud positiva de los órganos estatales para evitar que tanto los poderes públicos como los particulares puedan atentar contra la integridad de las personas pertenecientes a grupos especialmente vulnerables, tales como los niños, las mujeres, las personas de condición servil, las pertenecientes a minorías, los retrasados mentales, los discapacitados o los excluidos sociales. Cuando la prevención no es suficiente, el deber de debida diligencia implica que el Estado investigue, castigue y repare las violaciones cometidas tanto por los funcionarios públicos como por los particulares.

Por tanto la práctica de los órganos internacionales de control ha extendido progresivamente el campo de aplicación de la noción tradicional de "tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes" atribuidos a funcionarios públicos, para abarcar igualmente a los actos de similar gravedad cometidos por particulares. Esta evolución progresista ha sido posible a partir de dos consideraciones jurídicas básicas: en primer lugar, que el bien jurídicamente protegido es el derecho a la integridad física y moral de las personas; en segundo lugar, que ese derecho implica para el Estado asumir no solamente obligaciones de abstención o negativas (la clásica de "no torturar" a un detenido) sino también positivas, en especial el deber de diligencia para evitar que tanto los poderes públicos como los particulares puedan atentar contra el citado derecho.³⁰

Así las cosas, el deber de debida diligencia de los Estados enfocado al combate a la tortura y el maltrato podría extenderse a otros supuestos en los cuales sean señalados como responsables a particulares que actúen con la tolerancia o aquiescencia de un actor público, reflejando el incumplimiento del Estado con los extremos de su obligación de prevención.

²⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso *Velásquez Rodríguez*, sentencia 29 julio 1988, párrafo 172, y Caso *Godínez Cruz*, sentencia 20 enero 1989, párrafo 182.

³⁰ Villán Durán, Carlos. "La práctica de la tortura y los malos tratos en el mundo. Tendencias actuales" en *La prevención y erradicación de la tortura y malos tratos en los sistemas democráticos*, Ararteko, Colección Jornadas sobre derechos humanos, País Vasco, 2003, pp. 58 y 59.

La tortura como delito y sus finalidades en México

Está claro que es una obligación internacional para el Estado mexicano tipificar como delito la tortura y el maltrato. En este sentido, la Constitución, en sus artículos 19 y 20, fracciones II y XXII, prohíbe la tortura y los malos tratos tanto en la *detención* como en el *proceso penal* y empleada como *sanción o pena*. Sin embargo, para concretar la prohibición de la tortura habrá que reconocer que una de las diferencias entre un tratado internacional de derechos humanos y un código penal o ley especial para prevenir y sancionar la tortura, es que el primero no establece sanción o pena para quien torture ni los procedimientos a seguir para investigar y sancionarla, mientras los segundos sí contemplan tales circunstancias. De allí que forzosamente, cuando se investigue un caso de tortura o maltrato, deberá aplicarse la disposición penal que tipifique la tortura como delito para que exista la investigación, sanción y expiación de pena correspondiente. Por supuesto, esta aplicación debe ser coherente con la obligación adquirida y definida a nivel de los tratados internacionales como parte del derecho internacional y nacional de los derechos humanos. En consecuencia, la pregunta que resulta a bocajarro es si las leyes penales mexicanas que tipifican la tortura como delito, contemplan una definición coherente con las de las citadas Convenciones.

Nuestro marco jurídico nacional a nivel federal y estatal cumple con tipificar a la tortura como delito. Para ello, existe una Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura (LFPST), así como leyes estatales especiales o tipos penales contenidos en los códigos sustantivos en la materia de las 32 entidades federativas. Sólo que en México no existe uniformidad respecto de la definición de tortura, pues algunos ordenamientos adoptan el modelo de la Convención Interamericana, mientras que la mayoría se rige por el modelo de la Convención de la ONU.

Esto conlleva a lo que algunos tratadistas han dado en denominar *esquizofrenia jurídica*, porque, *verbigracia*, los actos perpetrados que penalmente se persiguen como delito de tortura en Oaxaca, no lo serán en Durango o a nivel federal. Aunado a ello, debemos agregar que ni a nivel federal ni estatal existe el delito de maltrato, motivo por el que actualmente se tiene que hacer su traducción jurídica a otros delitos como lo son el de lesiones, abuso de autoridad o violación de garantías. En este aspecto, el Estado mexicano podría estar incumpliendo la obligación citada en el artículo 6 de la Convención Interamericana de “tomar [...] medidas efectivas para prevenir y sancionar, además, otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en el ámbito de su jurisdicción.”

La primera ocasión en que el legislador mexicano tipificó la tortura como delito fue el 27 de mayo de 1986. La LFPST únicamente se aplicaba a los servidores públicos federales y a los pertenecientes al entonces Departamento del Distrito Federal,³¹ quedando entonces sin investigar penalmente en ese tiempo los actos

³¹ Es importante señalar que la vigente Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura, en su artículo primero, señala que la misma se aplicará en todo el territorio a nivel nacional en materia de fuero

de posible tortura imputados a servidores públicos pertenecientes a las 31 entidades federativas del país. Posteriormente, la LFPST se abrogó dando lugar a una ley del mismo nombre, en 1991,³² misma que ha sufrido diversas reformas, la última ocurrida en 1994. Los artículos 3 y 5 de la LFPST vigente establecen:

ARTÍCULO 3o.- Comete el delito de tortura el servidor público que, con motivo de sus atribuciones, inflija a una persona dolores o sufrimientos graves, sean físicos o psíquicos con el fin de obtener, del torturado o de un tercero, información o una confesión, o castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche ha cometido, o coaccionarla para que realice o deje de realizar una conducta determinada.

❖ No se considerarán como tortura las molestias o penalidades que sean consecuencia únicamente de sanciones legales, que sean inherentes o incidentales a éstas, o derivadas de un acto legítimo de autoridad.

ARTÍCULO 5o.- Las penas previstas en el artículo anterior [tres a doce años, de doscientos a quinientos días multa e inhabilitación para el desempeño de cualquier cargo, empleo o comisión públicos hasta por dos tantos del lapso de privación de libertad impuesta] se aplicarán al servidor público que, con motivo del ejercicio de su cargo, con cualesquiera de las finalidades señaladas en el artículo 3o., instigue, compela, o autorice a un tercero o se sirva de él para infligir a una persona dolores o sufrimientos graves, sean físicos o psíquicos; o no evite que se inflijan dichos dolores o sufrimientos a una persona que esté bajo su custodia.

❖ Se aplicarán las mismas penas al tercero que, con cualquier finalidad, instigado o autorizado, explícita o implícitamente, por un servidor público, inflija dolores o sufrimientos graves sean físicos o psíquicos a un detenido.

Luego entonces, tenemos que la definición del delito de tortura a nivel federal en México recoge los elementos de la definición de tortura que establece la Convención de la ONU; excepto que no se contempla la inflicción de dolores o sufrimientos graves físicos o psíquicos por motivos (finalidad) de discriminación. Por lo tanto, a nivel federal únicamente se podrá perseguir penalmente (investigar, ejercitar acción penal y en su caso, sentenciar) la tortura infligida con la finalidad de:

- Obtener información.
- Obtener confesión.

federal y el Distrito Federal en materia de fuero común. Sin embargo, el Código Penal para el Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal de 16 de julio de 2002, regula el delito de tortura en sus artículos 294 y 295. Además, el artículo 7 de ese dispositivo normativo refiere que tendrá aplicación en el Distrito Federal por los delitos del fuero común que se cometan en su territorio. Por lo cual, ante un eventual caso de tortura cometido en cualquier demarcación policial del Distrito Federal, estaríamos ante un caso de conflicto de leyes por motivos de aplicación territorial.

³² Publicada en el Diario Oficial de la Federación del 12 de diciembre de ese año.,

- Por castigo de un hecho que se haya cometido o se sospecha se haya cometido.
- Por coacción para que se realice o deje de realizarse una conducta determinada.

Como se mencionó anteriormente, los congresos locales en algunas ocasiones decidieron crear una ley especial que abordara la prevención y sanción de la tortura, mientras que otros congresos estatales decidieron únicamente incluir dentro de sus códigos penales la definición y sanciones de la tortura.

Es importante destacar que es preferible optar por la creación de una ley especial en lugar de únicamente definir la tortura en un código sustantivo. En aquella se pueden crear obligaciones a los gobernantes para generar políticas públicas de procuración de justicia con perspectiva de derechos humanos que incidan, además, en:

- La prevención de la tortura.
- Capacitación a los servidores públicos para fomentar el respeto a los derechos humanos.
- Instauración de programas permanentes de orientación y asesoría a la ciudadanía para la exacta observancia de la aplicación de la ley que proscribe la tortura.
- La profesionalización de los servidores públicos con el objeto de utilizar estándares internacionales en la examinación y documentación de la tortura y el maltrato.
- La profesionalización de los servidores públicos que tienen a su cargo la custodia de personas que por cualquier circunstancia estén involucradas en la investigación de un ilícito penal, detenidas, o ya bien, sometidas a prisión o sentenciadas.
- Establecimiento de condiciones jurídicas para la reparación del daño con motivo de la inflicción de la tortura y el maltrato.

A continuación presento un cuadro que contiene las finalidades con las cuales se comete la tortura de acuerdo con el derecho penal mexicano a nivel federal y local. Las categorías fueron tomadas precisamente de los elementos que se contienen en las definiciones que sobre tortura han sido plasmadas en las Convenciones de la ONU y la Interamericana.

ESTADO	CONFESIÓN	INFORMACIÓN	CASTIGO	COACCIÓN	DISCRIMINACIÓN	INVESTIGACIÓN CRIMINAL	MEDIDA PREVENTIVA	PENA	MÉTODOS DE ANULACIÓN
Federación Ley Especial Art. 3	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Aguascalientes Ley Especial Art. 3	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Baja California Código Penal Art. 307 bis	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
B. C. Sur Código Penal Art. 319	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Campeche Ley Especial Art. 3	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Chiapas Ley Especial Art. 3	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Chihuahua Código Penal Art. 135	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Colima Ley Especial Art. 3	sí	sí	no	sí	no	no	no	no	no
Coahuila Ley Especial Art. 3	sí	sí	sí	no	no	no	no	no	no
Distrito Federal Código Penal Arts. 294 y 295	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	sí
Durango Código Penal Arts. 197 y 198	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	sí
Edo. de México Ley Especial Art. 2	sí	sí	no	no	no	no	no	no	no
Guanajuato Código Penal Art. 264	no	sí	no	no	no	no	no	no	no
Guerrero Ley Comisión Estatad DDHH Art. 53	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no

ESTADO	CONFESIÓN	INFORMACIÓN	CASTIGO	COACCIÓN	DISCRIMINACIÓN	INVESTIGACIÓN CRIMINAL	MEDIDA PREVENTIVA	PENA	MÉTODOS DE ANULACIÓN
Hidalgo Código Penal Art. 322 bis	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Jalisco Ley Especial Art. 2	sí	sí	sí	sí	no	sí	no	no	no
Michoacán Ley Especial Art. 1	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Morelos Ley Especial Art. 3	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Nayarit Código Penal Art. 214	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Nuevo León Código Penal Art. 321 bis	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Oaxaca Ley Especial Art. 1°	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no
Puebla Código Penal Art. 449	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Quintana Roo Ley Especial Art. 3	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Querétaro Código Penal Art. 309	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Sinaloa Código Penal Art. 328	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
San Luis Potosí Código Penal Art. 282	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Sonora Código Penal Art. 181	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Tabasco Código Penal Art. 261	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no

ESTADO	CONFESIÓN	INFORMACIÓN	CASTIGO	COACCIÓN	DISCRIMINACIÓN	INVESTIGACIÓN CRIMINAL	MEDIDA PREVENTIVA	PENA	MÉTODOS DE ANULACIÓN
Tamaulipas Código Penal Art. 213	sí	sí	no	no	no	no	no	no	no
Tlaxcala Ley Especial Art. 2	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	no	sí
Veracruz Ley Especial Art. 3	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no
Yucatán Ley Especial Art. 4	sí	sí	sí	sí	no	sí	no	no	no
Zacatecas Código Penal Art. 371	sí	sí	sí	sí	no	no	no	no	no

Otras finalidades incluyen:

- La omisión de un hecho o cualquier otra conducta que dañe al sujeto pasivo o a un tercero en el caso del Estado de México y Tamaulipas.
- El Código Penal para el Estado de **Guanajuato**, refiere como finalidad la *forma ilícita de investigación*.
- En los estados de Querétaro y **Jalisco** se considera también como finalidad la *intimidación*.
- En la Ley Estatal para Prevenir y Sancionar la Tortura del Estado de **Oaxaca**, se señala como finalidad, además, el *obtener placer para sí o para un tercero*.
- Finalmente, el Código Penal para el Estado de **Nayarit** refiere que *no se cometerá tortura cuando, como consecuencia de la ejecución de la aprehensión o aseguramiento de la persona o cosas, se causen dolor o sufrimiento circunstanciales*. Sobre el particular, considero que esta definición de los elementos del tipo penal de tortura en Nayarit provoca incertidumbre jurídica pues no define qué se entiende por dolo o sufrimiento circunstancial. Ello podría provocar que ante un inminente abuso de poder se estaría dando salida jurídica a la impunidad.

Salvo dos entidades federativas (Oaxaca y Tlaxcala), se persigue penalmente la tortura por motivos de discriminación. Lo mismo ocurre como método de investigación criminal (excepto en Yucatán y Jalisco). Únicamente en el Distrito Federal y en los Estados de Durango y Tamaulipas, se investiga penalmente la tortura como méto-

do de anular la personalidad de la víctima. Quizás la legislación de Guanajuato es la que carece de la mayor parte de estándares internacionales de protección e investigación de la tortura y el maltrato.³³

Como se podrá observar, en ninguna entidad federativa ni a nivel federal están armonizados a cabalidad los elementos contemplados tanto en la Convención de la ONU como en la Convención Interamericana. Sin embargo, ello no es obstáculo para que los médicos y psicólogos que documentan casos de tortura apliquen los estándares establecidos en el Protocolo de Estambul, pues el efecto de no tener debidamente armonizada la ley penal con los tratados internacionales es de índole jurídico y no pericial.

Las finalidades de la tortura en la documentación de casos a nivel federal

El Acuerdo A/57/03 de la Procuraduría General de la República (PGR),³⁴ establece las directrices institucionales que deberán seguir los agentes del Ministerio Público de la Federación, los peritos médicos legistas y/o forenses y demás personal de la PGR, para la aplicación del Dictamen Médico/Psicológico Especializado para casos de Posible Tortura y/o Maltrato (Dictamen Médico-Psicológico).³⁵

Este Acuerdo y Dictamen están basados en los estándares que marca el Manual para la Investigación y Documentación de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de la ONU, mejor conocido como el Protocolo de Estambul.³⁶ Un ejemplo de ello es que para la aplicación del Dictamen Médico se requiere contar con el consentimiento expreso e informado de la víctima; el que se lleve a cabo la examinación médica y psicológica sin que estén presentes ministerios públicos ni policías; el explicarle a la víctima que tiene derecho a que un médico y psicólogo no oficial la puedan examinar; el entregarle copia del dictamen a la víctima o a quien ésta designe, ente otros. Obviamente, estas garantías están dirigidas a que la persona no tenga temor de represalias por su denuncia. En todo caso, para las personas presas que presentan estas denuncias, estas protecciones pueden ser insuficientes y su temor puede persistir.

³³ Artículo 264 del Código Penal para el Estado de Guanajuato: *Al servidor público que con motivo de sus funciones, por sí o valiéndose de otro, intencionalmente ejerza violencia sobre una persona, ya sea para obtener información o que constituya una forma ilícita de investigación, se le sancionará con prisión de dos a diez años, cien a doscientos días multa, privación de su empleo o cargo e inhabilitación permanente para el desempeño de la función u otra análoga.*

³⁴ Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 18 de agosto de 2003.

³⁵ Acuerdo número A/057/2003, Procuraduría General de la República, México, 2003.

³⁶ Presentado a la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos el 9 de agosto de 1999, conforme a la Resolución 2000/43 de la entonces Comisión de Derechos Humanos de la ONU de 20 de abril de 2000 y de la Resolución 55/89 de la Asamblea General de la ONU del 4 de diciembre de 2000; por cierto, ambas aprobadas sin votación. El Protocolo de Estambul forma parte de la *Serie de capacitación profesional No. 8* de la ONU.

Para la elaboración del Dictamen Médico/Psicológico, la PGR fue asistida por organizaciones internacionales expertas en el tema y que cuentan con *estatus consultivo* ante la ONU, como lo son The International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT, Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de Tortura) y Physicians for Human Rights (PHR, Médicos por los Derechos Humanos, ganadora del Premio Nobel de la Paz en 1997).

El Acuerdo establece en qué supuestos se podrá aplicar el Dictamen, a saber:

- Cuando así lo denuncie cualquier persona que alegue o denuncie haber sido objeto de tortura y/o maltrato; su representante legal o un tercero;
- A juicio del perito médico legista y/o forense que lleve a cabo la práctica del examen de certificación de integridad física de un detenido y resulten signos o indicios de posible tortura y/o maltrato;
- Lo instruya el Procurador General de la República o el Agente del Ministerio Público Federal correspondiente.

Asimismo, el Dictamen se aplicará con el consentimiento, expreso e informado, de la persona que alegue haber sido objeto de tortura y/o maltrato, a efecto de que sea revisada en su integridad psicofísica: de lo contrario, debe hacerse constar su negativa en la averiguación previa respectiva.³⁷ Al momento de la aplicación, la persona será examinada en forma individual y privada, sin presencia de los agentes del Ministerio Público de la Federación, policías federales investigadores o cualquier otra corporación policial, salvo cuando a juicio del perito exista riesgo para la seguridad del personal que realice dicho examen, lo que se asentará dentro del Dictamen.

Para establecer indicadores de medición, el Acuerdo A/057/2003 incluye la creación del Comité de Monitoreo y Evaluación del Dictamen Médico/Psicológico, que es la instancia normativa de operación, control, supervisión, así como evaluación del Dictamen. Además, se establece el Grupo Consultivo del Comité de Monitoreo y Evaluación del Dictamen Médico/Psicológico, el cual es un órgano auxiliar de naturaleza técnica que primordialmente evalúa la calidad de aplicación del Dictamen médico y asesora, además, al Comité de Monitoreo sobre aspectos específicamente técnicos, científicos y profesionales que conlleva esta herramienta. El Comité de Monitoreo está facultado para:

1. Verificar que el proceso de aplicación del Dictamen Médico/Psicológico se ajuste a las directrices institucionales establecidas en el Acuerdo;
2. Crear mecanismos que permitan el eficaz monitoreo de aplicación y evaluación de todos los casos en que se emplee el Dictamen;

³⁷ Párrafo 62 del Protocolo de Estambul.

3. Emitir directrices que permitan a las áreas administrativas y de profesionalización de la institución la capacitación continua del personal involucrado en la aplicación del Dictamen;
4. Elaborar reportes relacionados con las dificultades, obstáculos y deficiencias que haya implicado la documentación e investigación de casos de supuesta tortura y/o maltrato en la institución, haciendo las sugerencias que resulten necesarias para resolver y enfrentar aquéllos;
5. Diseñar, conjuntamente con la Dirección General de Coordinación de Servicios Periciales y la Dirección General de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Atención a Quejas e Inspección, programas de difusión y educación para promover entre el personal de la institución y la sociedad en general, el conocimiento del Dictamen Médico/Psicológico Especializado y su utilidad, así como promover la generación de una cultura en favor del respeto a los derechos humanos que permita erradicar la tortura y el maltrato;
6. Adoptar las acciones necesarias para formalizar ante los órganos de control y vigilancia de la institución, las denuncias de los casos de irregularidad detectadas por el Comité en su labor de verificación del proceso de aplicación del Dictamen;
7. Conocer de los informes que, en el ámbito de su competencia, le remita el Grupo Consultivo;
8. Elegir a los miembros externos del Grupo Consultivo que le sean propuestos por el Presidente del Comité; y
9. Publicar un informe anual que dé cuenta de sus actividades, las acciones y resoluciones adoptadas.

Por tal razón, en noviembre de 2006, la PGR publicó un *Informe general sobre la aplicación del Dictamen Médico/psicológico Especializado para casos de posible tortura y/o maltrato, desde su instauración septiembre 2003-octubre 2006*. En este informe se da cuenta de los avances en la implementación de políticas públicas para erradicar la tortura y el maltrato.

De conformidad con lo señalado por estos mecanismos de transparencia y rendición de cuentas del Acuerdo A/57/03, a continuación se exponen los resultados de la aplicación del Dictamen Médico/Psicológico Especializado para Casos de Posible Tortura y/o Maltrato, que abarca del mes de septiembre de 2003 al mes de octubre de 2006.³⁸

³⁸ Fuente: Informe sobre la aplicación del *Dictamen Médico/Psicológico Especializado para Casos de Posible Tortura y/o Maltrato* (Protocolo de Estambul), desde su instauración en la Procuraduría General de la República (septiembre 2003-octubre 2006), página 134.

Resultados de la aplicación del *Dictamen Médico/Psicológico Especializado para Casos de Posible Tortura y/o Maltrato* desde su instauración (SEPTIEMBRE 2003- OCTUBRE 2006)

RESULTADO PERICIAL	TOTAL	%
TORTURA	9	12%
MALOS TRATOS ³⁹	12	16%
NO TORTURA NI MALOS TRATOS	44	58.7%
SIN DETERMINAR*	10	13.3%
NÚMERO DE CASOS ANALIZADOS	75	100%

* Por negativa al consentimiento informado; por información alterada y/o insuficiente del examinado; por imposibilidad técnica pericial.

Ahora bien, en los **nueve casos que la aplicación del Dictamen resultó positivo a tortura**, como **autoridades probablemente responsables** fueron señaladas, en **un** caso, la Secretaría de Protección y Vialidad de una entidad federativa; en **dos** casos, custodios de un centro de readaptación social y policía ministerial; en **un** caso, el Alcalde, custodios e internos de un centro de readaptación social; y en **cinco** casos la policía judicial de una entidad federativa.⁴⁰

Tocante a los **doce casos de maltrato** que pericialmente se comprobó la inflicción de los mismos, como **autoridades probablemente responsables**, resultaron, en **un** caso, lo que la víctima denominó “frente amplio revolucionario” (sic) que no es autoridad federal, ni estatal ni municipal; en **cuatro** casos, la policía judicial de una entidad federativa; en **tres** casos, servidores públicos federales; en **dos** casos, la Secretaría de Protección y Vialidad de una entidad federativa; y en **dos** casos, la policía municipal de una entidad federativa.⁴¹

Tocante a las finalidades por las cuales se cometió en los nueve casos la posible tortura, se detectó que en todos ellos fue para obtener confesión; mientras que en los doce casos de posible maltrato se pudo determinar que en nueve la finalidad consistió en obtener confesión, en dos casos información y en un caso la finalidad fue por castigo.

³⁹ Es importante resaltar que en la legislación penal mexicana no está tipificado el maltrato y/o trato cruel, inhumano o degradante como delito ni a nivel estatal ni a nivel federal. Motivo por el cual, para poder sancionar penalmente a quienes infligen maltrato y/o trato cruel, deberá hacerse su traducción jurídica a los delitos de abuso de autoridad o lesiones, pues de otra manera quedarían en la impunidad aquellos servidores públicos que hubiesen cometido tales conductas. Respecto a los 12 casos de probable maltrato reportados, el órgano persecutor de delitos iniciaría indagatorias por la probable comisión de delitos tales como abuso de autoridad o lesiones.

⁴⁰ *Ibid*, páginas 147 y 148.

⁴¹ *Ibid*, páginas 147 y 150.

El Comité contra la Tortura de la onu

De conformidad con el artículo 19 de la Convención de la ONU, y 68 del Reglamento del Comité contra la Tortura, el Comité formulará observaciones finales, y en su caso, recomendaciones a los informes que los Estados Partes sustentaron ante dicho cuerpo colegiado. En el caso de México, el Comité contra la Tortura examinó *el cuarto informe periódico* de nuestro país⁴² los días 8 y 9 de noviembre de 2006. Como resultado de ese examen, el Comité adoptó observaciones finales.⁴³ Dentro de dichas observaciones se trae a colación la siguiente recomendación al Gobierno de México:

El Estado Parte debe asegurar que tanto la legislación federal como las estatales tipifiquen el delito de tortura en todo el país conforme a los estándares internacionales y regionales, incluyendo ésta Convención y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.

Conclusiones y propuestas

1. La impunidad ha sido en México un referente obligado tratándose de consignaciones de los ministerios públicos y sentencias condenatorias por tortura y maltrato, tanto a nivel estatal como federal. Sin embargo, considero que la debida investigación y documentación científica de casos de tortura y/o maltrato mediante la correlación de los hechos denunciados con las secuelas físicas y/o psicológicas empleando estándares internacionales de derechos humanos, como lo es la contextualización del Protocolo de Estambul, será determinante para que ministerios públicos y jueces hagan posible la obtención de sentencias condenatorias contra los perpetradores.

2. La emisión de un dictamen pericial para documentar tortura física y psicológica que no contemple los estándares del Protocolo de Estambul, puede arrojar conclusiones penales que terminen en determinaciones jurídicas erróneas, tales como:

- a. Que un inocente esté en la cárcel acusado por un delito que no cometió y que fue obligado a autoinculparse.
- b. Que un servidor público que faltó a la confianza de la sociedad esté en libertad gozando de impunidad y en espera de torturar a una próxima víctima.
- c. Que se acuse injustamente a un servidor público por hacer cumplir la ley debido a una acusación falsa de tortura.

⁴² (CAT/C/55/Add.12) en sus secciones 728 y 731.

⁴³ Versión no editada CAT/C/MEX/CO/4

http://www.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/37/cat_c_mex_co_4_sp.pdf.

3. La creación de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas al interior de las procuradurías, como lo son los Comités de Monitoreo y Evaluación, permitirán que la sociedad esté al pendiente de la manera en que se aplican los dictámenes médico/psicológicos especializados para casos de posible tortura y/o maltrato, a fin de verificar que cumplan con los estándares exigidos en el Protocolo de Estambul. Con ello se aporta una herramienta más que acabe con la cifra negra de los casos no investigados ni denunciados de tortura y/o maltrato.

4. Una vez que todas las Procuradurías Estatales de Justicia y General de la República mexicana hayan implementado el Protocolo de Estambul, se estará en posibilidad de uniformar criterios entre ministerios públicos, peritos médicos y psicólogos, en la investigación, examinación y documentación de casos de posible tortura y/o maltrato.

5. Se propone que los médicos y psicólogos que trabajan en los centros penitenciarios federales, estatales y municipales, reciban capacitación en la implementación del Protocolo de Estambul y que dicha examinación se lleve a cabo invariablemente cada vez que ingrese o egrese un interno a los centros penitenciarios cuando existan indicios de que haya sido objeto de tortura o trato cruel, en adición al examen de rigor que se realiza cuando ingresa una persona a un centro de reclusión.⁴⁴

6. De igual manera se podrán crear colegios de abogados, médicos y psicólogos expertos en documentación de casos de posible tortura y/o maltrato para proporcionar una fuente más variada y numerosa de profesionales en estas materias.

7. Se propone llevar a cabo reunión con todos los grupos consultivos de los Comités de Monitoreo de las Procuradurías Estatales y de Justicia y General del país, con la finalidad de intercambiar experiencias en la documentación de casos de posible tortura y/o maltrato, así como estar en posibilidad de generar políticas públicas a nivel nacional para erradicar la tortura y el maltrato, a través de la Conferencia Nacional de Procuración de Justicia.

8. Finalmente, con la entrada en vigor en México del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura de la ONU, cuando se lleven a cabo las visitas a los centros de detención por parte de los mecanismos de prevención, y se detecten casos de posible tortura y/o maltrato, dichos mecanismos podrán exigir a las autoridades la investigación de esos casos mediante la aplicación del dictamen médico/psicológico especializado para casos de posible tortura y/o maltrato.

⁴⁴ Nota del editor: el hecho de negar ese tipo de examen por parte del personal en el lugar de detención no debe ser interpretado luego como prueba de que la tortura o maltrato no ocurrió, sobre todo cuando no haya tenido acceso a un asesor profesional independiente, ya que como se mencionó anteriormente, el mismo afectado puede dudar de la protección que se le pueda brindar para evitar represalias por la denuncia.

Documentación de casos de tortura con perspectiva de género

• JULISSA MANTILLA FALCÓN*

I. Presentación

En los últimos años ha cobrado fuerza una corriente de análisis que promueve el estudio diferenciado por género de las violaciones de derechos humanos, prescindiendo de visiones tradicionales y aparentemente neutras. En la actualidad, cobra importancia una perspectiva de género para el estudio de las causas, de los hechos y de las consecuencias de las violaciones de derechos humanos. Teniendo como fuentes principales los tratados y la jurisprudencia internacional del derecho internacional en esa materia, se ha empezado a utilizar el análisis de género como una herramienta para la promoción y protección de los derechos humanos. Lo anterior cobra especial importancia en el caso de la tortura, considerando que debido al análisis de género, conductas que antes no se condenaban como violaciones a derechos humanos a nivel internacional hoy se entienden como formas de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Asimismo, el análisis de género permite una mejor comprensión de la discriminación y de su vínculo con las prácticas de tortura, tanto a nivel de sus objetivos como de sus resultados. Por ello, entender esta perspectiva y aplicarla a la documentación de casos de tortura resulta fundamental, como veremos a continuación.

La perspectiva de género

Muchas veces, al hablar de género se tiende a identificar este término con “la mujer” o “las mujeres”. En algunos sectores, se piensa que garantizar esta perspectiva implica solamente incorporar más mujeres en las organizaciones, usar un lenguaje diferenciado (“los y las”, “todos y todas”) o crear oficinas específicas para atender los derechos de la mujer. Todo esto tiene que ver con la perspectiva de género pero no es lo mismo ni agota el significado del término. Trataremos de hacer algunas aclaraciones.

Lo primero es entender que el “género” puede definirse como una construcción social elaborada con base en las diferencias de sexo,¹ lo que se suele denominar “el

* Abogada. Profesora de Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Fue la encargada de la Línea de Género de la Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú.

² De Barbieri, Teresita, “Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica”, *Revista Interamericana de Sociología*, Año VI, N° 2-3, México, 1997.

sexo socialmente construido". Esto significa que con base en las diferencias biológicas (sexo) se elaboran y determinan las funciones, valores y relaciones para hombres y mujeres, creándose roles e identidades diferentes para ambos sexos (género).

Ahora bien, esta construcción de roles e identidades ha ubicado a las mujeres en una situación de subordinación y discriminación que les ha impedido el goce y ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales. Por ello es que diferentes instituciones y especialistas —al hablar de erradicar la discriminación de género— han enfatizado su preocupación en mejorar las condiciones de vida de las mujeres, lo cual ha llevado a la confusión inicialmente descrita.

En todo caso, cuando hablamos de un trabajo con perspectiva de género debemos tener en cuenta que la intención final es evidenciar las diferentes circunstancias en las que viven hombres y mujeres; cuestionar los conceptos tradicionales que asignan determinados roles y espacios a unos y a otras (el trabajo productivo frente al reproductivo), así como la neutralidad aparente de las definiciones de derechos humanos que atentan contra las diferencias entre las personas y que contribuyen a la discriminación.²

Aplicar una perspectiva de género en la investigación de las violaciones de derechos humanos, implica reconocer que hombres y mujeres resultan afectados de manera diferente. Esta perspectiva nos ayuda a identificar que las causas y consecuencias de dichas violaciones van a variar según sean hombres o mujeres las personas involucradas. Asimismo, nos permitirá entender el concepto de "violencia de género", esto es, violencia que se da específicamente por el género de las víctimas.

1. Las diversas formas de violencia sexual como una forma de tortura

Uno de los casos más evidentes de violencia de género, es la violencia sexual, que afecta mayoritaria y específicamente a las mujeres.³ Esta realidad no ha recibido la atención necesaria a nivel internacional sino hasta hace poco, lo cual dificulta su reconocimiento como una violación de derechos humanos y afecta el acceso de las víctimas a la justicia y la reparación del daño. Asimismo, en muchos casos las investigaciones no consiguen vencer el reparo de las afectadas en narrar los hechos debido a la vergüenza, al temor a ser estigmatizadas por la sociedad y por la falta de confianza en las entidades investigadoras.⁴

² En este sentido, la discriminación puede afectar a las personas no sólo por ser hombres o mujeres, sino por su raza, origen social, ideología, opción sexual o religiosa, entre otros aspectos.

³ Aunque también se produce violencia sexual contra los hombres, la realidad demuestra que esta práctica afecta mayoritariamente a las mujeres. Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11º período de sesiones, 1992, U.N. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 at 84 (1994). La violencia contra la mujer. <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Sgeneral19.htm>, visitada el 20 de noviembre de 2006.

⁴ Mantilla, Julissa, "La Comisión de la Verdad y Reconciliación en el Perú y la perspectiva de género: principales logros y hallazgos", *Revista IIDH*, Núm. 43, Junio 2006, San José, Costa Rica, pp. 338-339.

Con la integración de la perspectiva de género en el desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos, los hechos de violencia sexual empezaron a ser analizados de manera diferente. Dejaron de considerarse como hechos aislados y/o colaterales a las violaciones de derechos humanos y, por el contrario, los conceptos tradicionales se analizaron bajo otra perspectiva.

Las ONGs, las Comisiones de la Verdad, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), entre otras entidades, dan cuenta de numerosos casos alrededor del mundo en los cuales se ha verificado un patrón de violencia sexual como una forma de tortura. Asimismo, se han empezado a tomar en cuenta las consecuencias específicas y diferenciadas para hombres y mujeres: si bien ambos pueden ser sometidos a una violación sexual, sólo las mujeres pueden resultar embarazadas. Lo mismo puede decirse de la jurisprudencia internacional que ha servido para consolidar el contenido y los alcances de esta figura, como veremos a continuación.

a) La violación sexual como tortura

A nivel internacional, un importante ejemplo en este tema se produce en el caso *Raquel Martín de Mejía*, analizado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).⁵ En 1989, un grupo de hombres uniformados y enmascarados entró a la casa de la señora Martín de Mejía en busca de su esposo, Fernando Mejía Egocheaga, abogado, periodista y activista político militante en la Izquierda Unida. Esa noche, los enmascarados se llevaron al Dr. Mejía pero regresaron a los quince minutos. Entonces, uno de los hombres ingresó al hogar de los Mejía y violó a Raquel Martín. Veinte minutos después el mismo hombre regresó a la casa y violó nuevamente a la Sra. Martín.

Al revisar el caso, la CIDH analizó cada uno de los elementos de la tortura:⁶

1. Un acto intencional por el cual se inflija a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales;
2. Cometido con un propósito, y
3. Por un funcionario público o por una persona privada actuando por instigación del primero.

Al referirse al primer elemento, la CIDH tuvo en cuenta el sufrimiento físico y psicológico causado por la violación sexual. El reporte observó las consecuencias a corto y largo plazo para la víctima, considerando que la violación sexual le causó “penas y sufrimientos físicos y mentales”. En este sentido, la CIDH menciona expresamente el testimonio de la víctima, quien afirmó que después de la violación “estaba en un estado de shock, sentada sola en [su] habitación. [...] Además, nadie quiere recono-

⁵ Reporte N° 5/96, Caso 10.970, “Raquel Martín de Mejía”, Perú, Marzo, 1996.

⁶ Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.

cer públicamente que ha sido violada. No se sabe cómo puede reaccionar el marido. [Por otro lado] la integridad de la familia está en juego, los hijos pueden sentirse humillados de saber que esto le ha ocurrido a su madre”.⁷

Asimismo, la CIDH tomó en cuenta que la práctica de violación por integrantes de las fuerzas de seguridad en el Perú había sido extensamente documentada durante el conflicto armado interno, tanto por parte de las fuerzas estatales como por los grupos subversivos. La CIDH caracterizó el abuso sexual como un “ultraje deliberado” a la dignidad de las mujeres.⁸

El segundo elemento, referido al propósito de los hechos, se verifica porque la Sra. Raquel Martín de Mejía fue violada con el objeto de castigarla personalmente y de intimidarla, ya que el agresor le dijo que ella había sido requerida como subversiva, al igual que su esposo. En cuanto al tercer requisito de la definición de tortura —relacionado al responsable de los hechos— la CIDH verificó que el perpetrador de las violaciones de Raquel Mejía era un miembro de las fuerzas de seguridad.

Como se ve, este caso resulta un precedente de importancia porque establece de manera clara que la violación sexual puede equivaler a tortura en determinadas circunstancias. Lamentablemente, el caso no llegó a la Corte Interamericana de Derechos Humanos (la Corte).

En abril del 2001, la CIDH encontró al Gobierno de México responsable por la detención y violación de las hermanas Ana, Beatriz y Cecilia González,⁹ quienes fueron detenidas el 4 de julio de 1994 por personal militar en el Estado de Chiapas. Las tres hermanas fueron golpeadas y violadas varias veces por personal militar pero el Estado negó la acusación de violación, argumentando que dicho personal había actuado dentro de sus facultades, cumpliendo con su obligación de proteger al pueblo mexicano mediante el arresto de las mujeres. Más aún, el Estado argumentó que los reclamos no podían ser investigados plenamente “debido a la falta de cooperación por parte de las víctimas”, quienes habían rehusado comparecer ante el Fiscal Militar y someterse a otro examen ginecológico más. Considerando que las tres víctimas eran integrantes del pueblo indígena *tzeltal* de México, la CIDH recordó al Estado mexicano su obligación de respetar las culturas indígenas; asimismo, destacó que el dolor y la humillación que sufrieron las mujeres se vio agravada por su condición indígena: en primer lugar, por el desconocimiento del idioma de sus agresores y de las demás autoridades participantes; y además, por el repudio de su propia comunidad como consecuencia de los hechos de violencia sexual.

Por otra parte y con relación a los exámenes médicos adicionales, la CIDH concluyó que el examen practicado inicialmente a las víctimas era suficiente, dado que cumplía con los parámetros establecidos por las Naciones Unidas en la materia, esto es, relataba las circunstancias en que tuvo lugar la entrevista con el nivel de detalle necesario, con datos suficientemente precisos y consistentes; se incluía la interpre-

⁷ *Caso Raquel Martín de Mejía, op. cit.*

<http://www.cidh.org/annualrep/95span/cap.iii.peru10.970c.htm> visitada el 25 de noviembre de 2006.

⁸ *Caso Raquel Martín de Mejía, op. cit.*

⁹ Reporte nº 53/01, Caso 11.565, “Ana, Beatriz y Celia González Pérez”, México, Abril 4, 2001.

tación de la profesional a cargo acerca de los motivos probables de las lesiones constatadas, así como la recomendación del tratamiento respectivo; y se identificaba a la médica, quien se ponía a disposición para las aclaraciones necesarias.

De nueva cuenta, la CIDH sentó un precedente de importancia al establecer que la violación y las demás formas de agresión sexual se encuentran expresamente prohibidas por el derecho internacional. En este sentido, la CIDH concluyó que el Estado mexicano era responsable por la violación de derechos consagrados en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH): derecho al trato humano y a la privacidad; derecho a la libertad personal; derecho a un debido proceso y protección judicial y, para el caso de *Celia González Pérez*, derechos del niño. Asimismo, la CIDH estableció que el Estado mexicano era responsable por la violación del artículo 8 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.

En esta conceptualización de la violación sexual como tortura, es importante citar el Caso *Aydin vs. Turquía*¹⁰ en el cual la víctima —que tenía 17 años en el momento de los hechos— fue violada por agentes del Estado durante un interrogatorio en el contexto de los disturbios suscitados en el sureste de Turquía entre las fuerzas del orden y los miembros del Partido Laborista de Kurdistan, habiéndose decretado el estado de emergencia.

La detenida fue vendada y sometida a desnudos forzados y golpes; se le roció con agua helada y sufrió violación sexual. Una vez en libertad, denunció los hechos ante el Ministerio Público. En el contexto de la investigación penal, la víctima fue expuesta a varios exámenes médicos con el objetivo de verificar si era virgen. El caso llegó al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el cual concluyó que la violación sexual cometida por un oficial del Estado es una forma especialmente grave y horrenda de maltrato, considerando la vulnerabilidad y poca capacidad de resistencia de la víctima por encontrarse detenida, así como por su edad.

Cabe resaltar que en este punto el Protocolo de Estambul¹¹ ha establecido que las manifestaciones físicas de la tortura pueden variar según “la intensidad, frecuencia y duración de los malos tratos, la capacidad de autoprotección que tenga el superviviente y su condición física previa a la tortura”.

Por su parte, el Tribunal Europeo señala en su sentencia que la violación deja consecuencias psicológicas profundas que no pasan con el tiempo, considerando la humillación de haber sido desnudada, la sensación de vulnerabilidad que esto provoca y el persistente miedo de ser violada en cualquier momento.

El texto de la sentencia aludió a varias fuentes legales internacionales¹² e informes de ONG’s internacionales, con base en los cuales se podía sustentar que en

¹⁰ *Caso de Aydin v. Turquía*, Corte Europea de Derechos Humanos, 25 de septiembre de 1997.

¹¹ Naciones Unidas. “Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, Serie de Capacitación Profesional Nº 8, Rev.1, Ed. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, 2005, p. 33.

¹² Entre ellos, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas y a las declaraciones públicas del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes.

Turquía existía una práctica de tortura y otros tratos severos contra las personas detenidas por parte de los custodios policiales¹³ y a las violaciones de mujeres detenidas por los agentes estatales con el objetivo de extraer información, confesiones, intimidar o castigar, lo cual, a la luz de la interpretación del derecho internacional se configura como tortura, y por tanto como una violación de derechos humanos.¹⁴

Como se ve, es importante que en la documentación de casos se haga uso de fuentes escritas, reportes internacionales y demás materiales que puedan dar información sobre el contexto de los hechos y los casos concretos.

b) La evolución del concepto de violencia sexual

Como se ha visto, el concepto de violencia sexual ha evolucionado internacionalmente, permitiendo un análisis más efectivo y completo de los hechos. En este punto, conviene mencionar el Caso *MC vs. Bulgaria*,¹⁵ el cual contiene una amplia revisión de las disposiciones que regulan el delito de violación sexual a nivel interno en varios países europeos y la recopilación de las principales sentencias de los tribunales internacionales. Por ejemplo, en este caso el tribunal observó que la exigencia de resistencia física por parte de la víctima ya no figura en las leyes de los países europeos. Mientras en muchos países la definición de violación sexual engloba referencias al uso de violencia o amenazas de violencia por parte del agresor, la jurisprudencia privilegia la falta de consentimiento como el elemento básico del concepto de violación sexual.

En esta sentencia, se señala que el desarrollo del derecho y de la práctica refleja la evolución de las sociedades hacia el respeto de la autonomía sexual de cada persona. Por eso, cualquier aproximación rígida a la investigación judicial de las ofensas y abusos sexuales —tal como requerir la prueba de resistencia física en todas las circunstancias— significa dejar impunes ciertos tipos de violencia sexual. Por ello, la sentencia señaló la importancia de que los Estados realicen las reformas necesarias para que fueran penalizados los casos de actos sexuales no consentidos, considerando que las víctimas de abusos sexuales —en particular, las jóvenes menores de edad— frecuentemente no ofrecen resistencia física a los agresores debido a una variedad de factores psicológicos o por el miedo que tienen al perpetrador.

Las anteriores ideas deben considerarse al momento de analizar cualquier práctica de tortura que implique la comisión de violencia sexual, de modo que se garantice la documentación de los hechos y la investigación efectiva.

¹³ Declaración pública del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y los tratos o castigos inhumanos o degradantes, 15 de diciembre de 1992 (CPT/inf (93) 1). Párrafos 2, 10 y 21.

¹⁴ Esta información fue presentada por Amnistía Internacional. Asimismo, se hizo referencia al Informe Final de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos relativo al Caso de "Raquel Martín de Mejía", los Informes del Relator Especial de Tortura de Naciones Unidas y a la jurisprudencia del Tribunal Penal Internacional para la Ex Yugoslavia.

¹⁵ *Caso M.C. v Bulgaria*, Corte Europea de Derechos Humanos, 4 de diciembre de 2003.

c) *La violencia sexual en el contexto de otras violaciones de derechos humanos*

En muchas ocasiones, la violencia sexual ocurre en otros contextos de violaciones de derechos humanos. Al respecto, suele suceder que en el momento de investigar estos hechos sin una perspectiva de género, se pierde la especificidad de los hechos de violencia sexual que afecta masivamente a las mujeres y se habla, por ejemplo, de “la tortura” en términos generales sin reparar en “la tortura sexual”, por ejemplo.

Sobre este tema, podemos citar la reciente sentencia *Castro Castro vs. Perú*¹⁶ ante la Corte. Este caso se refiere al operativo estatal “Mudanza 1” que fue desarrollado en 1992 en el Perú con el objetivo de trasladar a un grupo de internas del penal Miguel Castro Castro, contexto en el cual se produjeron ejecuciones extrajudiciales. En el momento de analizar los hechos, la Corte deja de lado una aproximación neutral y decide tomar como referencia de interpretación la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Para).

Aplicando una perspectiva de género, la Corte analizó las violaciones a la integridad personal de las internas afectadas por el operativo de traslado, destacando que las prisioneras tuvieron que arrastrarse pegadas al piso y pasar por encima de cuerpos de personas fallecidas, para evitar ser alcanzadas por las balas, lo cual resultó particularmente grave en el caso de las mujeres embarazadas por arrastrarse sobre su vientre. En el caso de éstas últimas, la Corte sostuvo que experimentaron un sufrimiento psicológico adicional, ya que “además de haber visto lesionada su propia integridad física, padecieron sentimientos de angustia, desesperación y miedo por el peligro que corría la vida de sus hijos”. En otro apartado, la Corte se refiere al tratamiento que deben recibir las mujeres detenidas o arrestadas, esto es, que “no deben sufrir discriminación, y deben ser protegidas de todas las formas de violencia o explotación”.¹⁷ Por ello, “ha indicado que las detenidas deben ser supervisadas y revisadas por oficiales femeninas y las mujeres embarazadas y en lactancia deben ser proveídas con condiciones especiales durante su detención”.¹⁸

La Corte sostiene que la desnudez forzada que sufrieron las internas tuvo características especialmente graves para las mujeres sometidas a ese trato. Asimismo, durante todo el tiempo que permanecieron en este lugar, a las internas no se les permitió asearse y, en algunos casos, para utilizar los servicios sanitarios debían hacerlo acompañadas de un guardia armado, quien no les permitía cerrar la puerta y les apuntaba

¹⁶ *Caso Castro Castro v. Perú*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 25 de noviembre de 2006.

¹⁷ *Ibidem*, Párrafo 303.

¹⁸ La Corte hace referencia en este punto a las *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977. Párrafos 23 y 53.

con el arma mientras hacían sus necesidades fisiológicas. La Corte hace notar el contexto en el que fueron realizados dichos actos, ya que las mujeres que los sufrieron se hallaban sujetas al completo control del poder de agentes del Estado, absolutamente indefensas y concluyó que esas mujeres, además de recibir un trato violatorio de su dignidad personal, también fueron víctimas de violencia sexual, “ya que estuvieron desnudas y cubiertas con tan solo una sábana, estando rodeadas de hombres armados, quienes aparentemente eran miembros de las fuerzas de seguridad del Estado”.¹⁹

En este sentido, la Corte menciona cómo una interna —al ser trasladada al Hospital de la Sanidad de la Policía— fue objeto de una “inspección” vaginal dactilar, realizada por varias personas encapuchadas a la vez. En este punto, la Corte sigue el criterio jurisprudencial del derecho penal internacional, considerando que:

la violación sexual no implica necesariamente una relación sexual sin consentimiento, por vía vaginal, como se consideró tradicionalmente. Por violación sexual también debe entenderse actos de penetración vaginales o anales, sin consentimiento de la víctima, mediante la utilización de otras partes del cuerpo del agresor u objetos, así como la penetración bucal mediante el miembro viril.²⁰

La Corte consideró que esta supuesta “inspección” vaginal dactilar constituyó una violación sexual que —por sus efectos y como resultado, sus evidentes intenciones derivadas del contexto y forma en que ocurrieron— constituye tortura. Por lo tanto, el Estado peruano fue hallado responsable por la violación de los derechos consagrados en el artículo 5.2 (Derecho a la integridad personal) de la Convención Americana, así como por la violación de los artículos 1º (Obligación de respetar los derechos humanos), 6º (Prohibición de la esclavitud y servidumbre) y 8º (Garantías judiciales) de la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura.

Aunado a lo anterior, la Corte resalta que la incomunicación severa tuvo efectos particulares en las madres reclusas que —ante la imposibilidad de comunicarse con sus hijos— padecieron un sufrimiento psicológico adicional. En este punto, debe tenerse presente que el Protocolo de Estambul²¹ ha establecido que ciertas formas de tortura pueden no dejar signos físicos, pero pueden ir asociadas a otros procesos: tal es el caso de una dieta y una higiene deficientes durante la detención que pueden originar síndromes de carencias vitamínicas. En los casos de mujeres embarazadas, el impacto de este tipo de situaciones es especialmente grave. Por ejemplo, y como la Corte señala en esta sentencia, las mujeres que sufrieron la desatención de sus necesidades fisiológicas, especialmente en cuanto a su salud pre y post natal, fueron víctimas de una violación adicional a la integridad personal.²²

¹⁹ *Caso Castro Castro v. Perú*, *op. cit.*, Párrafo 306.

²⁰ *Caso Castro Castro v. Perú*, *op. cit.*, Párrafo 310.

²¹ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, p. 33.

²² Debe notarse que la Corte analiza todas estas conductas como una violación al derecho a la integridad personal, sin distinguir específicamente los actos de tortura de otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

d) Violencia sexual generalizada o sistemática

Adicionalmente a los casos revisados, resulta de especial relevancia las sentencias de los tribunales penales internacionales para la Ex Yugoslavia (TPEY, 1993) y para Rwanda (TPR, 1994).²³ Entre los principales aportes de la jurisprudencia del TPEY está el caso *Tadic*,²⁴ relativo a casos de violación y abusos sexuales cometidos en las prisiones de Omarska y Trnopolje, en contra de mujeres bosnio-croatas y bosnio-musulmanas.

Dasko Tadic era un oficial del campo de Omarska que fue condenado no por haber cometido un acto de abuso sexual, sino por su participación en una campaña sistemática y generalizada de terror que incluyó maltratos, tortura, abusos sexuales y otros abusos físicos y psicológicos contra la población no serbia de la región de Prijedor. Al respecto, es importante señalar que el TPEY no recurrió a la afirmación común de que la violación es un acto fortuito o arbitrario en el contexto de una guerra. En este punto, es importante mencionar que al inicio de su labor, la Fiscalía del TPEY decidió centrar sus investigaciones en las golpizas que habían recibido los prisioneros hombres y dejar de lado los casos de violaciones sexuales contra las mujeres. Ante ello, se presentó un *amicus curiae*,²⁵ que resaltaba lo erróneo de no considerar la violación dentro de los crímenes a investigarse, lográndose de esta forma que la acusación a Tadic incluyera cargos por estos hechos.

En otro caso ante el TPEY, el caso *Foca*,²⁶ la acusación contenía cargos por violación sexual como tortura y esclavitud y otras formas de violencia sexual, como la desnudez forzada y el entretenimiento sexual como tratamiento inhumano.²⁷ En este caso, luego de escuchar el testimonio de 25 mujeres, el TPEY encontró que los acusados Dragoljub Kunarac, Radomir Kovac y Zoran Vukovic eran culpables de la violación sexual de mujeres y niñas musulmanas en la localidad de Foca, ubicada al este de Bosnia-Herzegovina. En cuanto a los hechos de violación sexual, la defensa del acusado sostuvo que la resistencia de la víctima debía haber sido real durante

²³ Es importante tener presente que los tribunales penales internacionales sólo analizan casos de delitos internacionales, esto es, delitos cometidos de forma generalizada o sistemática y/o en el contexto de situaciones de conflictos armados.

²⁴ *Caso Tadic*, Tribunal para la Ex Yugoslavia, 7 de mayo de 1997. <http://www.balkan-archiv.org.yu/kosta/pisma/970507jt.htm>, visitada el 10 de enero de 2007.

²⁵ Citado por Copelon, R. (2000). Copelon, R., F. Gaer & J.Green, Amicus Memorando Re: Application for Deferral by the Republic of Germany in the Matter of Dusko Tadic (Dusan "Dule" Tadic). Un *amicus curiae* es un documento que se remite a las cortes por organizaciones e individuos que no son partes en el juicio pero que desean promover ciertas interpretaciones de la ley en casos específicos. En este caso, quien lideró el *amicus curiae* es una reconocida profesora de derecho, Rhonda Copelon y también activista integrante del Centro de Derechos Constitucionales de Nueva York.

²⁶ *Caso Dragoljub Kunarac, Radomir Kovac y Zoran Vukovic (Caso Foca)*. Tribunal para la Ex Yugoslavia, 12 de junio de 2002. <http://www.un.org/icty/foca/appeal/judgement/kun-aj020612e.pdf>, visitada el 12 de enero de 2007.

²⁷ Para una revisión completa de la jurisprudencia del Tribunal, visitar <http://www.un.org/icty/>

todo el acto sexual, porque de otra forma se podía concluir que ella había consentido. Sin embargo, la sentencia enfatizó que la violación de la autonomía sexual debía ser sancionada y que hechos de fuerza, amenaza o coerción anulaban cualquier indicio de consentimiento.

Respecto de la valoración de la prueba, el Tribunal, en el Caso *Foca*, no aceptó el argumento de los acusados, quienes sostenían que el sufrimiento debía ser visible, porque consideraron que algunos actos —como la violación sexual— establecen por sí mismos el sufrimiento de las víctimas. En este sentido, el Tribunal tuvo por probado el sufrimiento aún sin un certificado médico, estableciendo que la violencia sexual daba lugar a dolor o sufrimientos graves, sean físicos o mentales, considerando entonces que con solo probar la violación se acreditaba el sufrimiento severo que configura la tortura.²⁹ Este tema es importante en el momento de documentar hechos de violación sexual, considerando las dificultades de probanza que se producen al investigarlos.

De igual manera, el Tribunal encontró que las formas de penetración sexual forzada infringidas sobre las mujeres se dieron con el propósito de interrogar, castigar o ejercer coerción y por lo tanto, constituían tortura.²⁹ De forma similar, el caso contra *Antón Furundzija*,³⁰ comandante bosnio-croata, se centró en la violación como tortura ocurrida durante el proceso de interrogatorio de una mujer prisionera. La sentencia, en este caso, establece y reconoce la violación cometida durante el interrogatorio como un medio de castigo, intimidación, coacción y humillación a la víctima o una tercera persona y, consecuentemente, un acto de tortura.

El caso *Celebici*,³¹ por su parte, reconoce que la violación infringe sufrimiento físico y psíquico, y que en situaciones de conflicto armado, cuando ésta ocurre con el consentimiento o la aquiescencia de un oficial, cumple con el elemento de intencionalidad propia de la tortura. El Tribunal sostuvo que cuando esta violencia es cometida contra las mujeres por el hecho de ser mujeres, se verifica además el propósito de la discriminación por razones de género como la finalidad u objetivo de la tortura.³²

³⁰ Ana Elena Obando, en el marco de su ponencia realizada para el Seminario Internacional sobre la Corte Penal Internacional y el Estatuto de Roma: Adecuación de la Legislación Peruana (22 de agosto de 2002) En: http://www.iccnw.org/espanol/ponencias/Ana_Obando.pdf, visitada el 14 de febrero de 2006.

³¹ Review of Reports, Studies and Other Documentation for the Preparatory Committee and the World Conference A/CONF.189/PC.3/5, 27 July 2001. (Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia. Comité Preparatorio. Tercera sesión. Cinebra, 30 de Julio al 10 de agosto de 2001).

³² *Caso Furundzija*. Tribunal para la Ex Yugoslavia, 10 de diciembre de 1998. <http://www.un.org/icty/pressreal/p372-e.htm>, visitada el 12 de enero de 2007.

³³ *Caso Celebici*. Tribunal para la Ex Yugoslavia, 16 de noviembre de 1998. <http://www.un.org/icty/pressreal/p364-e.htm>, visitada el 12 de enero de 2007.

³⁴ Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002. *Derechos de la Mujer*. Bogotá, Colombia.

Por lo que respecta al TPR, es importante mencionar el proceso que llevó al desarrollo de una jurisprudencia importante en materia de violencia sexual. En general, la Fiscalía consideraba que la violación sexual era un crimen menor imposible de probar porque las mujeres no querían hablar sobre ella, pese a que existía información sobre múltiples casos de violencia sexual en la comunidad de Taba, liderada por su alcalde Jean Paul Akayesu. Al igual que en TPEY, diferentes organizaciones prepararon un *amicus curiae* que apelaba a la Corte para que interviniera asegurando la inclusión de la violación sexual como hecho constitutivo de los cargos de genocidio, así como en los crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad, lográndose que la acusación se modificara.

Por lo anterior, es importante referirse a la sentencia del caso *Akayesu*³³ en la que por primera vez se reconoce que los actos de violencia sexual pueden ser elementos constitutivos de genocidio si se cometen con el propósito específico de destruir, en todo o en parte, a un grupo determinado al que se toma como objetivo,³⁴ causándole graves daños corporales o mentales a sus miembros. Asimismo, se consideró que la violación podía, en ciertos contextos o por la forma en que se lleva a cabo, tener como finalidad la de evitar nacimientos dentro de un grupo. En este sentido, en sociedades donde la etnia era determinada por la identidad del padre, el violar a sus mujeres con el objeto de embarazarlas implicaba dar luz a un niño o niña que finalmente no pertenecería a su propio grupo. La violación sexual, con su potencial de producir infertilidad o de hacer imposible la relación sexual, así como para someter a mujeres psicológica y culturalmente e incapacitándolas para la reproducción, también podía ubicarse dentro de las medidas para impedir nacimientos en el seno de un grupo.³⁵

Asimismo, la condena de *Akayesu* se fundamenta en el conocimiento del acusado de la comisión de actos de violencia sexual en los locales de la comuna de Taba, sin haber adoptado ninguna medida para evitar los actos de violencia sexual. Por el contrario, el Tribunal sostuvo que “el acusado tenía motivos para saber y, de hecho sabía, de la comisión de actos de violencia sexual en los locales de la comuna o en sus inmediaciones y que de dichas dependencias se trasladaba a las mujeres para violarlas. [...] el acusado ordenó, indujo, ayudó de otras maneras y aprobó la comisión de actos de violencia sexual”.³⁶

³³ *Caso Ayakesu*. Tribunal para Rwanda. 2 de octubre de 1998. <http://69.94.11.53/ENGLISH/cases/Akayesu/judgement/ak81002e.html>, visitada el 12 de enero de 2007.

³⁴ Comisión de Derechos Humanos (2001). Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género. La violencia contra la mujer E/CN.4/2001/73. 23 de enero de 2001. Informe de la Sra. Radhika Coomaraswamy, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias. La violencia contra la mujer perpetrada y/o condonada por el Estado en tiempos de conflicto armado (1997-2000).

³⁵ Copelon, Rhonda. “Gender Crimes as War Crimes: Integrating Crimes against Women into International Criminal Law.”, 46 *Mc Gill L.J.* 217, 2000, p. 9.

³⁶ *Derechos de la Mujer*, Colombia, *op. cit.*, p. 102.

Es importante señalar que en la definición que se incluye en la sentencia, la violación sexual se reconceptualiza como un atentado a la seguridad de la mujer y no una afectación a la honra de la comunidad. Esta definición incluye el concepto de desnudo forzado, con lo cual se asentó que los actos de agresión sexual no se limitan a aquéllos que entrañan la penetración y ni siquiera al contacto sexual. En este sentido, el fallo sostiene que “la violación constituye una forma de agresión y que los elementos fundamentales del delito de violación no pueden reducirse a la descripción mecánica de objetos y partes del cuerpo. La sala define la violación como una invasión física de índole sexual, perpetrada contra una persona en circunstancias que entrañan coacción”.³⁷ Como se ve, la definición que aporta la sentencia debe ser el punto de partida para la documentación de los casos de violencia sexual que a la vez que la ley entiende como una forma de tortura, en atención al dolor, pena o sufrimiento que genera, y por lo tanto su naturaleza violenta. En este sentido, la investigación no debe limitarse a las nociones tradicionales que privilegian los casos de violación sexual, sino que deben considerar también otras formas de violencia sexual, siempre y cuando se comprueben los demás requisitos que constituyen la tortura.

2. Análisis de experiencias comparadas: Las Comisiones de la Verdad³⁸

Un espacio importante de investigación de violaciones de derechos humanos está constituido por las Comisiones de la Verdad. Si bien no existe un modelo único de “Comisión de la Verdad”,³⁹ estas entidades pueden definirse como organismos de investigación de violaciones masivas de derechos humanos, cuyo objetivo principal es ayudar a las sociedades a confrontar su pasado con la idea de superar las crisis originadas por la violencia y evitar su repetición. Para ello, investigan los hechos, elaboran propuestas de reparación del daño causado y de reformas institucionales que garanticen que las condiciones que facilitaron y/o propiciaron los hechos violatorios sean modificadas.⁴⁰

Numéricamente, son aún muy pocas las Comisiones de la Verdad que han trabajado con una perspectiva de género y/o con una preocupación especial por la violencia de género tanto en el momento de diseñar su trabajo como en el proceso de documentación de los hechos. Sin embargo, es importante citar estos ejemplos como una manera de ejemplificar el impacto de esta perspectiva en el trabajo en derechos humanos, así como los retos encontrados en estos procesos.

³⁷ *Derechos de la Mujer*, Colombia, *op. cit.*

³⁸ Mantilla, Julissa, “La perspectiva de género en la búsqueda de la verdad, la justicia y la reconciliación: el caso del Perú”, en: *Más allá del derecho. Justicia y género en América Latina*, Siglo del Hombre Editores, Bogotá, Colombia, 2006, pp. 428 y siguientes.

³⁹ Para una completa revisión de las CV en el mundo: Hayner, Priscilla. 2001. “Verdades Nunca Reveladas”, documento presentado en la conferencia Comisión de la Verdad: Experiencias históricas y lecciones para el Perú, organizado por Asociación Pro Derechos Humanos APRODEH, 2 de enero 2001, <http://www.aprodeh.org.pe>, visitada el 22 de noviembre de 2006.

⁴⁰ Valdez, Patricia. “Comisiones de la Verdad. El camino recorrido.”, 2001, pp. 51 a 56 y 168.

a) Violencia sexual en el contexto de conflicto armado

En este punto nos podemos referir al caso de la Comisión de Esclarecimiento Histórico de Guatemala (CEH) que fue establecida en 1997,⁴¹ tras aproximadamente treinta años de conflicto interno, a consecuencia del cual se produjeron gravísimas violaciones a los derechos humanos. La CEH fue una consecuencia de los acuerdos de paz entre el gobierno y la coalición de grupos guerrilleros integrantes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG). Se creó con el objeto de identificar las violaciones de derechos humanos y los hechos de violencia ocurridos en conexión con el conflicto guatemalteco a partir de 1961.⁴²

La CEH presentó su reporte en 1999, el cual incluyó un capítulo referido a la violencia sexual contra las mujeres, estableciendo que se trató de una práctica generalizada y sistemática que fue utilizada como verdadera arma de terror⁴³ en el marco de la estrategia contrainsurgente. Se sostuvo que no se trató de actos aislados, con lo que se deja de lado la idea tradicional según la cual los actos de violencia sexual son “daños accesorios” en los enfrentamientos armados. En efecto, el informe presenta casos de violación sexual, aborto forzado, violencia contra mujeres embarazadas y violación sexual de mujeres que iban a ser ejecutadas, entre otros hechos.

El informe analiza también que la violencia sexual contra las mujeres tuvo una connotación especial: buscaba ofender y humillar al varón, en su función tradicional de protector de la familia, así como afectar a la comunidad en pleno. Estudia también las dificultades que tuvieron que afrontar los investigadores en el momento de intentar recoger información de las víctimas, puesto que las mujeres no relataban el abuso sexual al que fueron sometidas.

Es importante considerar que los casos de violaciones sexuales individuales o selectivas se presentaron como patrones generales en el contexto de la detención de las víctimas y muchas veces fueron seguidas de su muerte o desaparición. En los casos de violaciones masivas o indiscriminadas y públicas, éstas se registraron en áreas de gran concentración indígena, de modo previo a masacres “o como parte de operaciones de tierra arrasada”.⁴⁴

Asimismo, en el capítulo específico sobre tortura, el Informe se refiere a la tortura sexual⁴⁵ estableciendo que ésta consistía en violencia directa en los órganos

⁴¹ Juan Hernández Pico. “Memoria del silencio: un informe estremecedor”, 1999. <http://www.envio.org.ni/articulo/935>, visitada el 12 de enero de 2007.

⁴² Mantilla, Julissa, “La perspectiva de género en la búsqueda de la verdad, la justicia y la reconciliación: el caso del Perú”, *op. cit.*

⁴³ Informe de la Comisión de Esclarecimiento Histórico, “Guatemala: memoria del silencio”. 1999, Vol. 3, Capítulo 2. <http://shr.aaas.org/guatemala/ceh/mds/spanish/cap2/vol2/tort.html>, visitada el 29 de noviembre de 2006.

⁴⁴ <http://shr.aaas.org/guatemala/ceh/mds/spanish/cap2/vol3/mujer.html>

⁴⁵ Informe de la Comisión de Esclarecimiento Histórico de Guatemala, <http://shr.aaas.org/guatemala/ceh/mds/spanish/toc.html>, visitada el 29 de noviembre de 2006.

genitales por medio de animales, botellas o porras, y golpes o corriente eléctrica aplicada a dichos órganos. En el caso de las mujeres, éstas fueron interrogadas desnudas y la forma más común de violencia sexual utilizada en su contra era la violación sexual, la que incluso se llegó a practicar de manera masiva. Entre las consecuencias de estos hechos, el Informe da cuenta de las enfermedades venéreas. En el caso de los hombres, éstos fueron violados a través de la introducción de objetos. Asimismo, el Informe narra que a los hombres se les aplicaron cables eléctricos en el ano o en los genitales.

Como sucederá en otras experiencias, en el caso guatemalteco la mayoría de los testimonios sobre las violaciones sexuales no provinieron de las víctimas directas, las cuales no deseaban hablar de los hechos. Asimismo, muchos casos de mujeres víctimas de violaciones sexuales eran desconocidos incluso por sus familiares más cercanos y, lógicamente, por su propia comunidad, debido a la vergüenza que el hecho suscitaba en las víctimas.⁴⁶

De igual forma, el Informe resalta que para entender la violencia que sufrieron las mujeres había que tener presente su adscripción étnica, ya que en gran número fueron mujeres mayas las víctimas. De acuerdo con los testimonios que la CEH recibió, pocas mujeres indígenas víctimas de violación sexual habían socializado su dolor con otras mujeres víctimas de la misma violencia, lo cual contribuyó a aumentar el aislamiento y el sentimiento de culpabilidad. El estigma que marca a las mujeres mayas víctimas de violación sexual provoca el horror al rechazo familiar o comunitario. Algunas de las sobrevivientes de agresiones sexuales se desplazaron incluso a otra comunidad precisamente para no vivir la vergüenza de estar marcadas como “mujer violada”. Estas mujeres han tenido que sobrevivir al miedo de “ser descubiertas” y al pánico de que otros las culpabilicen.

Incluso, no se reconocía la agresión sufrida como tal, lo cual se muestra en el uso de eufemismos “cosificantes” para referirse a la violación sexual: las víctimas o testigos usan las palabras “pasar” o “usar” en vez de violar (los soldados pasaron por ellas, las usaron). Por ello, cabe señalar que el lenguaje de las víctimas es fundamental en el momento de documentar las violaciones de derechos humanos.

b) Incorporación de perspectiva de género en el trabajo de las Comisiones de la Verdad

En el caso del Perú, la Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú (CVRP)⁴⁷ fue establecida en el 2001 con el objetivo de investigar los crímenes y violaciones de derechos humanos ocurridos en ese país durante el conflicto armado interno, entre 1980 y el 2000, cometidos por los grupos subversivos (Sendero Luminoso y el MRTA) y los representantes del Estado.

⁴⁶ Perlin, Jan. “The Guatemalan Historical Clarification Commission finds Genocide”, 6 ILSA, *Journal of International and Comparative Law*, 2000.

⁴⁷ Mantilla, Julissa. “La Comisión de la Verdad y Reconciliación en el Perú y la perspectiva de género: principales logros y hallazgos”, *Revista IIDH*, Núm. 43, junio 2006, San José, Costa Rica.

Cuando la CVRP inició su trabajo, no existía una conciencia clara en el país sobre la grave situación de violencia sexual sufrida por las mujeres peruanas. En este sentido, el mandato de la CVRP no establecía la obligación específica de incorporar una perspectiva de género en sus trabajos ni de analizar la violencia de género.

Sin embargo, y debido a una labor intensa de parte de la línea de género que finalmente se constituyó en la CVRP, el informe final contempló un capítulo específico sobre violencia sexual contra las mujeres que incluía entre las formas de violencia sexual los casos de prostitución, unión, aborto y embarazo forzados, así como esclavitud y violación sexuales. Como se ve, la definición no se restringió a los casos de violación sexual, lo cual significó un avance importante sobre otras investigaciones que sólo habían analizado estos casos. Este punto fue crucial en el momento de investigar los casos y recoger los testimonios de las víctimas.

Un aporte destacable de este capítulo es el reconocimiento de la subrepresentación de los casos de violencia sexual en cuanto a las estadísticas totales y el número de testimonios recibidos por la CVRP. Esta subrepresentación —que podía ser vista como una dificultad en el momento de decidir que se incluyeran los casos de violencia sexual contra las mujeres en el informe final— fue entendida como una realidad, analizándose sus causas.

Así, una primera explicación tiene que ver con el sentimiento de culpa y vergüenza que acompaña a la víctima que recibe la condena de su familia y de su comunidad, elemento que también se presentó en las experiencias revisadas en apartados anteriores. Por otra parte, se encuentra la falta de reconocimiento de la violencia sexual como una violación de los derechos humanos. Una siguiente explicación se relaciona con el rol en que las mujeres acudían a la CVRP, esto es, en calidad de testigo de las violaciones a los derechos humanos de otras personas y no como víctimas directas. Así, sus historias pasaban a segundo plano.

Otra razón que explica la subrepresentación fue que los casos de violencia sexual se produjeron en el marco de otras violaciones de derechos humanos tales como las detenciones arbitrarias, ejecuciones arbitrarias y tortura, principalmente. Esta realidad propiciaba que no se recuperaran necesariamente los hechos de violencia sexual, ya que sólo se registraba la violación de derechos humanos considerada como “principal” o más importante.⁴⁸ Estos aspectos deben tenerse presentes en cualquier labor de documentación.

Debe mencionarse que el informe final incluyó un capítulo específico sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en el cual se describieron estos hechos cometidos tanto por los grupos subversivos como los representantes de las fuerzas estatales.

Así, por ejemplo, al analizar los actos cometidos por los grupos subversivos, la CVRP concluyó que la agresión sexual a las mujeres se producía como una forma de “castigo” o “represalia” cuando la víctima se negaba a formar parte de sus filas o como

⁴⁸ Mantilla, Julissa. “La Comisión de la Verdad y Reconciliación en el Perú y la perspectiva de género: principales logros y hallazgos”, *op. cit.*

represalia por algún hecho relacionado con su pareja o un miembro de su familia de sexo masculino. Aplicando una perspectiva de género, la CVRP pudo identificar como una modalidad de trato degradante el corte de pelo de las mujeres. Los subversivos sabían del impacto que este hecho causaba entre las mujeres campesinas, que acostumbaban usar el cabello en largas trenzas como parte de su identidad cultural.

En cuanto a los hechos cometidos por los integrantes de las fuerzas armadas y policiales, se documentaron situaciones de aplicación de electricidad a las víctimas como modalidad de tortura. Estableciendo una perspectiva de género en la documentación, el Informe relata cómo en el caso de las mujeres la electricidad se aplicaba generalmente en los pezones y los genitales y en el caso de los hombres en los dedos, las encías, la lengua, el pene y el ano.

Con relación a los hechos cometidos por los representantes estatales, se documentan casos de violación sexual masculina producidos mediante la introducción del órgano sexual masculino u objetos por el recto del detenido (botellas, linternas, varas, palos e incluso las armas de los captores). La violación sexual fue tomada como una represalia contra los detenidos que se oponían o reclamaban contra sus custodios.⁴⁹

c) Las dificultades de documentar casos de violencia sexual

En este punto, debemos referirnos a la Comisión de la Verdad y Reconciliación de Sudáfrica (CVRS), establecida en julio de 1995 con el mandato de investigar las causas de las violaciones de derechos humanos ocurridas durante el régimen del Apartheid entre 1960 y 1994, para proporcionar a las víctimas de los abusos una oportunidad de expresar públicamente lo sufrido. Asimismo, la CVRS estuvo facultada para otorgar amnistía a aquellos perpetradores que confesaran públicamente los abusos cometidos y pudieran demostrar que los mismos tenían una motivación política.⁵⁰

Cuando la CVRS fue creada, no se había previsto un tratamiento diferenciado por género de las violaciones de derechos humanos. Sin embargo, debido al trabajo de numerosas lideresas y activistas, se lograron incorporar ciertos aspectos de género en este trabajo. En este sentido, desde la sociedad civil se conformó un grupo de trabajo en el tema, que hizo llegar un documento⁵¹ a la CVRS, el cual tenía como objetivo principal resaltar la necesidad de una perspectiva de género en el proceso de verdad y reconciliación.

⁴⁹ Si bien el capítulo sobre tortura incluyó los casos de violencia sexual contra las mujeres como una forma de tortura cometida tanto por subversivos como por las fuerzas del orden, la decisión de la CVRP fue agrupar estos hechos en el Capítulo de "Violencia sexual contra las mujeres", con el objetivo de visibilizar la realidad generalizada de violencia que aquellas sufrieron durante el conflicto armado.

⁵⁰ Schey, Peter; Shelton Dinah & Roht-Arriaza. "Addressing human rights abuses: truth commissions and the value of amnesty." *Whittier Law Review*, 1997, p. 326.

⁵¹ Public Hearing of the South African Truth and Reconciliation Commission, CALS Submission —Dr. Sheila Meintjies. 29 de julio de 1997. http://www.doj.gov.za/trc/trc_frameset.htm, visitada el 12 de enero de 2007.

Con relación al tema de la violencia sexual, el documento resaltaba las dificultades que tenían las mujeres para hablar sobre el tema públicamente e incluso admitir los hechos. Asimismo, analizaba de manera específica la situación de las mujeres en prisión y los casos de aquellas que sufrieron tortura. En este último punto, la CVRS sostuvo que mientras que la tortura sexual hacia los varones tenía como objetivo eliminar su poder político, en el caso de las mujeres se trataba de producir vergüenza y culpa.⁵²

En este sentido, el informe final de la CVR sudafricana da cuenta de los numerosos casos de mujeres que fueron agredidas durante los interrogatorios, siendo víctimas de violación sexual, desnudos forzados, búsquedas corporales (incluyendo búsquedas y exámenes vaginales), manoseos, entre otros hechos. Asimismo, este informe da ejemplos de casos de tortura psicológica entre los que debían considerarse los casos de amenaza permanente de violación sexual contra las mujeres y ataques relativos a los roles que tradicionalmente les toca cumplir en la sociedad con frases como: “eres una mala madre”, “vamos a matar a tus hijos”, etc.⁵³

5. Documentación de casos de tortura con una perspectiva de género: Estrategias de trabajo

Como hemos visto en los apartados anteriores, la documentación de los hechos de violencia sexual que constituyen tortura es una tarea difícil, dado que en muchos casos se enmarcan en otros patrones de violaciones de derechos humanos y corren el riesgo de perderse en las investigaciones generales. Asimismo, las víctimas no suelen contar su historia debido a la vergüenza que rodea estos hechos, más aún cuando deben relatarlos en un ámbito público, circunstancia que ocasiona la negación de los mismos. De allí la necesidad de realizar un trabajo serio y eficiente de documentación que involucre una aproximación interdisciplinaria a los hechos.

En esta tarea, como hemos visto, el análisis de género ha contribuido de manera fundamental al desarrollo de las investigaciones de derechos humanos a nivel internacional y local. Asimismo, ha enriquecido los conceptos tradicionales de derechos humanos, permitiendo una aplicación real y efectiva, así como la producción de nuevos tratados y resoluciones internacionales para la protección de los derechos humanos.

Sin embargo, resulta aún bastante complicado poder aplicar esta perspectiva al trabajo cotidiano en materia de derechos humanos, debido a que no siempre se entiende la importancia de este enfoque y no existen muchos trabajos previos en la materia. Esto, que es cierto en líneas generales, también se presenta en la documentación de casos de tortura. En efecto, si bien la condena de la tortura ha sido incluida en la mayoría de las leyes nacionales, son pocas las experiencias locales que han logrado documentar estos hechos con una perspectiva de género.

⁵² Public Hearing of the South African Truth and Reconciliation Commission, *op. cit.*

⁵³ Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación de Sudáfrica <http://www.info.gov.za/otherdocs/2003/trc/>, visitada el 12 de enero de 2007.

Para ello, es necesario elaborar algunas estrategias de trabajo que permitan integrar esta perspectiva adecuadamente. Al respecto, deben tenerse presentes las directrices internacionales del Protocolo de Estambul para la documentación de los casos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Este documento fue elaborado con la colaboración de expertos en derecho, salud y derechos humanos de diferentes partes del mundo.⁵⁴

El Protocolo establece los objetivos generales de la documentación de los casos de tortura, esto es, aclarar los hechos en relación con presuntos incidentes de tortura, a fin de identificar a los responsables y propiciar, en algunos casos, su procesamiento. En otras circunstancias, de lo que se trata es de utilizar la información derivada de la aplicación del Protocolo para la documentación de las secuelas médicas y psicológicas de la tortura, en el contexto de otros procedimientos dirigidos a obtener compensación para las víctimas.⁵⁵

Para cumplir con estos objetivos generales, la documentación de casos de tortura pretende:

- Obtener la información que poseen las víctimas de la presunta tortura;
- Recuperar y preservar las pruebas, incluidas pruebas de secuelas médicas y psicológicas, en relación con las alegaciones de tortura;
- Aportar elementos que ayuden a identificar a posibles testigos y obtener sus declaraciones con respecto a la presunta tortura, y
- Determinar las circunstancias en que se produjeron los presuntos incidentes de tortura, así como cualquier tipo de práctica que pudiera guardar relación con la tortura.

Con base en estos objetivos generales, el Protocolo de Estambul define una serie de principios aplicables a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Estos principios son el producto del acuerdo entre diferentes organizaciones e individuos de distintas disciplinas que poseen experiencia en la investigación de este tipo de casos.⁵⁶ Según estos principios, cuando se documenta un caso de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes deben plantearse como finalidades:

- Aportar la información que el examen de la víctima arroja, la aclaración de los hechos y el establecimiento y reconocimiento de la responsabilidad de las personas o los Estados ante las víctimas y sus familias;⁵⁷

⁵⁴ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, p. 1.

⁵⁵ *Idem*, págs. 17 y 62.

⁵⁶ *Idem*, p. 17.

⁵⁷ *Idem*, p. 17, #77.

- Determinar las medidas necesarias para impedir que se repitan estos actos;
- Facilitar el procesamiento y, cuando convenga, el castigo mediante sanciones disciplinarias de las personas cuya responsabilidad se haya determinado en la investigación, y
- Demostrar la necesidad de que el Estado ofrezca plena reparación, incluida una indemnización financiera justa y adecuada, así como los medios para obtener atención médica y rehabilitación, mediante la documentación de los daños médicos, psicológicos, inclusive respecto del proyecto de vida, producto de la tortura.

Incorporar una perspectiva de género en el trabajo de documentación de casos de tortura permitirá cumplir con estos objetivos de manera más eficiente. Para ello, es necesario considerar algunos aspectos, a saber:

Equipos de investigación

Lo recomendable en este punto es respetar la composición de género en los equipos de trabajo, como una manera de reconocer la importancia de las voces diferenciadas de hombres y mujeres y sus diferentes aportes al trabajo. Por otra parte, de esta manera la persona entrevistada podrá elegir el sexo de la persona encargada de la documentación del caso.⁵⁸

En aquellas situaciones en que sea necesario utilizar un intérprete, es importante mantener este mismo criterio. Asimismo, en algunos casos las mujeres entrevistadas pueden preferir que el intérprete no sea de su proximidad inmediata, no sólo porque ciertas cuestiones podrían recordarle su tortura sino también por percibir que podría peligrar la confidencialidad. En términos generales, resulta conveniente que la toma de testimonios y entrevistas pueda realizarse en instalaciones físicas y técnicas adecuadas, y con un equipo de psiquiatras, psicólogos, ginecólogos y enfermeras especializados y expertos en el tratamiento de supervivientes de abusos sexuales.

Ahora bien, en el caso específico de violencia sexual contra las mujeres que constituye una forma de tortura, se recomienda que las personas a cargo de la investigación sean también mujeres, con el fin de establecer un clima de confianza que permita a la víctima contar su historia. Como se señala en el Protocolo de Estambul, si la mujer afectada piensa que está obligada a describir lo que le ha sucedido a una persona físicamente similar a sus torturadores, con frecuencia volverá a sentirse traumatizada.⁵⁹ Sin embargo, debe tenerse presente que en ciertos medios culturales un investigador del sexo masculino no podrá dirigir preguntas a una víctima del sexo opuesto, característica cultural que debe respetarse.

⁵⁸ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, p. 32, # 153.

⁵⁹ *Idem*, p. 32, #153.

En aquellos casos que no pueda cumplirse con esta recomendación, se deberá recurrir a un miembro femenino del personal encargado de la documentación para que esté presente por lo menos durante la exploración física y, si la paciente lo desea, durante la totalidad de la entrevista.

Cuando la víctima sea un hombre sexualmente agredido, la situación es más compleja pues también él habrá sido sexualmente atacado sobre todo o exclusivamente por hombres. Por consiguiente, algunos hombres prefieren describir su experiencia a mujeres a causa del miedo que les suscitan los demás hombres, mientras que otros no desearán tratar asuntos tan personales en presencia de una mujer.⁶⁰ Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta en el momento de establecer los equipos de trabajo.

En todo caso, es necesario trabajar con los varones a cargo de estos casos para que desarrollen la sensibilidad necesaria a fin de cumplir esta labor eficientemente. Por ello, es fundamental que la toma de testimonios y entrevistas vaya acompañada por sesiones de capacitación para las personas encargadas de recoger esta información. Como hemos visto, no es fácil entender la importancia de la perspectiva de género en la documentación de casos, por lo cual es fundamental realizar talleres de preparación en la materia.

Ya sabemos que es sumamente difícil para la víctima de violencia sexual narrar su historia debido a los sentimientos de culpa y vergüenza que estos hechos le producen. Por ello, esta situación debe preverse y desarrollar los mecanismos necesarios para asumirla.

Lo que no debe hacerse es ignorar los hechos, tal como sucedió, por ejemplo, en el Informe de la Comisión Chilena sobre Prisión Política y Tortura, en el que se sostiene que las entrevistas no indagaron expresamente acerca de la violencia sexual ejercida contra las ex presas y que la información obtenida fue mencionada expresamente por las declarantes, ya que la violación sexual es un hecho sobre el que las mujeres prefieren no hablar.⁶¹

Asimismo, si en determinados casos de abuso sexual la víctima no desea que los hechos se den a conocer, los organismos investigadores tienen la obligación de cooperar en el mantenimiento de la intimidad de la víctima. En este sentido, debe tenerse presente que la preparación de un informe con respecto a supervivientes de la tortura que hayan sufrido recientemente un abuso sexual exige tanto una formación psicológica especial como el adecuado apoyo psicológico.⁶²

Toma de testimonios y entrevistas

En el momento de estructurar la entrevista deben tomarse en cuenta ciertos aspectos importantes: la duración de la misma, el lugar donde se realizará, si la víctima desea o no que se grabe su testimonio, si será necesario coordinar una segun-

⁶⁰ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, p. 33, # 153.

⁶¹ Comisión Nacional sobre prisión política y tortura. Informe Final. Capítulo V: Métodos de tortura: Definiciones y testimonios. <http://www.comisiontortura.cl/inicio/index.php>, 5 de marzo de 2006.

⁶² Protocolo de Estambul, *op. cit.*, p. 44, #216.

da o tercera entrevista, etc.⁶³ Adicionalmente a los datos personales de la persona entrevistada, la información general sobre las circunstancias de la entrevista (fecha, hora, lugar, etc.), los resultados de los exámenes físicos y psicológicos, se deben acompañar la opinión de los evaluadores, quienes deberán firmar el informe final.⁶⁴ Los entrevistadores, asimismo, deben tener en cuenta la necesidad de establecer un clima de confianza con la persona entrevistada, componente esencial para la entrevista y, a la vez, difícil de lograr, sobre todo cuando se enfrenta la documentación de casos de violencia sexual.

Por otra parte, la ficha de entrevistas y de toma de testimonios deber ser diseñada con una perspectiva de género. En este sentido, deben evitarse las preguntas aparentemente neutrales y, por el contrario, debe hacerse un esfuerzo por establecer diferencias si la víctima y/o entrevistado es hombre o mujer. Asimismo, hay que diferenciar si se trata de niños o niñas. Esto implica, además, reconocer el papel de los familiares y testigos que muchas veces complementan el relato con información que la propia víctima no puede brindar.

Por ejemplo, como hemos visto, es común que las mujeres no hablen de las violaciones y abusos sufridos en su contra, menos aún cuando se trata de hechos de violencia sexual. En este sentido, la investigación debe incluir también a testigos, familiares, hombres o mujeres que puedan conocer de los hechos. El cruce de información será útil sobre todo para aquellas mujeres que, habiendo sido violadas, optan por hablar de la violación sexual en tercera persona, como algo que no les pasó a ellas sino a alguna conocida o familiar o que han ocultado los hechos ante sus familias y comunidades. Sobre lo anterior, no podemos rendirnos y obviar la documentación de estos casos debido a las dificultades en obtener información.

Hay que tener presente que no sólo debe buscarse información sobre los casos de **violación sexual** como una forma de tortura, ya que existen otros hechos de violencia sexual que también deben ser investigados, como las situaciones de desnudo forzado, las búsquedas corporales, las búsquedas y exámenes vaginales, los manoseos, los abusos sexuales por parte de los médicos a cargo de las mujeres, las condiciones de higiene durante la detención (por ejemplo, si se permitió que las mujeres utilizaran tampones o toallas higiénicas durante la menstruación), los abortos producidos por falta de atención médica, las relaciones forzadas con otros presos, las transmisión de enfermedades venéreas y del VIH, la salud reproductiva de las mujeres, etc.

Como ha señalado el Protocolo de Estambul,⁶⁵ la tortura sexual empieza por la desnudez forzada, que en muchos países es un factor constante de toda situación de tortura. Nunca se es tan vulnerable como cuando uno se encuentra desnudo y desvalido, ya que la desnudez aumenta el terror psicológico pues abre siempre la posibilidad de malos tratos, violaciones o sodomía. Además, las amenazas, los malos

⁶³ *Idem*, p. 34, #162.

⁶⁴ *Idem*, p. 63.

⁶⁵ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, p. 43, # 214.

tratos verbales, los tocamientos y las burlas sexuales forman parte de la tortura sexual, pues incrementan la humillación y sus aspectos degradantes, todo lo cual debe formar parte de la investigación.

Aplicar una perspectiva de género implica reconocer que existen diferencias entre la tortura sexual del hombre y la de la mujer, aun que existen varios aspectos que atañen a ambos, como el riesgo de desarrollar enfermedades de transmisión sexual, en particular la causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el hombre, la mayor parte de las veces los choques eléctricos y los golpes se dirigen a los genitales, con o sin tortura anal adicional, además del maltrato verbal. Son frecuentes las amenazas de pérdida de la masculinidad y, por consiguiente, del respeto de la sociedad. A los prisioneros se les puede colocar desnudos en las celdas junto con miembros de sus familias, amigos o extraños, violando así tabúes culturales; asimismo, se puede obligar a los presos a tener relaciones sexuales entre ellos, lo que provoca emociones difíciles de controlar. En cuanto a las mujeres, el trauma se incrementa debido al estigma cultural que se asocia a la violación sexual, el miedo a un posible embarazo, la pérdida de la virginidad y a la incapacidad de tener hijos posteriormente.⁶⁶

En el ámbito psicológico, deben considerarse los casos de amenaza permanente de violación sexual contra las mujeres y ataques relativos a los roles que tradicionalmente les toca cumplir en la sociedad: “eres una mala madre”, “vamos a matar a tus hijos”, por citar algunos. Esto debe considerarse en la toma de testimonios y entrevistas, siendo necesario que adicionalmente se pueda ofrecer apoyo, consejo y tranquilidad a las víctimas cuando corresponda,⁶⁷ incluyéndose la discusión sobre las enfermedades de transmisión sexual, el VIH, y cualquier daño físico permanente, pues con frecuencia los torturadores dicen a sus víctimas que ya nunca podrán volver a vivir una sexualidad normal.

Debe distinguirse siempre si la víctima estuvo embarazada o resultó embarazada a consecuencia de los hechos, ya que esta situación pudo haber generado otros hechos de tortura. Asimismo, debe hacerse un seguimiento sobre el resultado final de estos embarazos, es decir, si la mujer fue obligada a abortar y/o si las condiciones de su detención tuvieron como resultado el aborto. La falta de asistencia ginecológica, las condiciones de detención o el maltrato durante el parto, son situaciones que pueden ubicarse como violaciones al derecho a la integridad física y mental de las personas y, por lo tanto, como una forma de tortura. Todos estos aspectos deben incorporarse en el diseño de las fichas y cuestionarios para la documentación de los casos.

⁶⁶ Cabe señalar que el Protocolo se refiere específicamente a la exploración genital de la mujer y del hombre de manera diferenciada. Al respecto, revisar el Protocolo de Estambul, *op. cit.*, pps. 45 y 46, #226-231.

⁶⁷ Protocolo de Estambul, *op. cit.*, p. 44, #216.

Recopilación de información/Documentación de casos

Adicionalmente a los datos obtenidos en las entrevistas y toma de testimonios, existe alguna información importante que debe recopilarse para complementar la documentación. Por ejemplo, a nivel jurídico, sería importante observar:⁶⁸

- a) ¿De qué manera la Constitución y las leyes internas regulan la prohibición de la tortura y/o de otros tratos crueles, inhumanos o degradantes?;
- b) ¿Qué tratados de derechos humanos han sido ratificados por el Estado?;
- c) ¿Qué definiciones de violencia sexual han sido recogidas en las normas internas (violación sexual, agresión sexual, desnudo forzado, aborto forzado, embarazo forzado, etc.)? ¿Existe una regulación específica de la violencia sexual como tortura?;
- d) ¿Qué tipo de pruebas se le exige a la víctima durante el proceso de violencia sexual?;
- e) ¿Existe alguna entidad que acumule información estadística sobre los casos de tortura? Si es así, ¿existen estadísticas especiales sobre violencia sexual como tortura en cuanto al número de denuncias, procesos que culminan con éxito, medidas de protección, etc.?, y
- f) ¿Existe alguna entidad que recoja información sobre los agresores (origen, edades, recurrencia en los actos, casos de agresores condenados, represalias, etc.)?

Adicionalmente, es necesario ocuparse de la información de tipo médico y psicológico. Por ejemplo, verificar si existen reportes sobre los efectos de la violencia sexual como tortura en la salud y el acceso a la atención médica. Asimismo, debe estudiarse qué consecuencias puede tener la violencia sexual como tortura para la víctima tanto a nivel médico (enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, embarazos, abortos) como psicológico (traumas, trastornos en la personalidad).

d) Otras acciones

Aunado a la recopilación de información y la toma de entrevistas, es importante desarrollar algunas acciones complementarias. Por ejemplo, establecer vínculos con las ONG's y diferentes entidades de derechos humanos que tradicionalmente han recopilado información sobre casos de tortura para no duplicar esfuerzos y utilizar la información ya existente, al menos como un punto de partida.

⁶⁸ Callamard, Agnes. Centro Internacional de Derechos Humanos y Desarrollo Democrático, Canadá.

En este sentido, se deben revisar todos aquellos ámbitos donde se han dado documentos y resoluciones sobre casos de torturas, averiguando qué sucede con las mujeres: detenidas temporalmente, en prisión, sometidas a interrogatorios, etc.

Ahora bien, para el caso específico de las situaciones de violencia sexual, es importante desarrollar un trabajo conjunto con las organizaciones de mujeres y las diferentes instituciones que trabajan con las mujeres de la comunidad, tanto a nivel general como en aspectos específicos de su salud física y mental. Por lo general, estas organizaciones conocen a las mujeres de la zona y tienen relaciones previas de trabajo y confianza, que pueden facilitar la denuncia de los hechos y el acompañamiento de la denunciante.

Materiales de apoyo

Introducción a los materiales de apoyo

La evaluación psicológica siempre ha generado polémica en cuanto a su efectividad y su validez científica. Es decir, ¿qué tanto determina la veracidad del estado mental de la persona ante determinados eventos? En el caso de la tortura, este aspecto se magnifica por la subjetividad de los hechos en relación al trauma sufrido, ya que éste, por su propia naturaleza, conlleva en sí mismo la posibilidad de manifestar distorsiones en el relato de los hechos sufridos debido a lo impactante de la situación misma de tortura. La diversidad de mecanismos psíquicos de defensa que pudiesen presentarse en cada una de las víctimas, las diferentes culturas a las que se pertenece, los métodos empleados para torturar, el ámbito en el que se desarrolla la evaluación, etc., son solo unos cuantos ejemplos de las variables que pueden sesgar el resultado de una evaluación en psicología, de tal forma que cada uno de los instrumentos empleados para tal fin deben ser cuidadosamente seleccionados para poder probar nuestro objeto de estudio. Esto se hace en un contexto en donde se deben articular estos esfuerzos con la defensa legal del sobreviviente ante las instancias jurídicas del Estado, las cuales, con todo derecho, tienen la facultad de conocer los resultados de estas evaluaciones y valorarlas en el marco de su función.

Hay que recordar que el trabajo en derechos humanos, así como en la justicia penal, tiene como uno de sus fines fundamentales el de asegurar los derechos de las personas víctimas de cualquier tipo de abuso del poder por las autoridades establecidas. En este caso, se llevan a cabo acciones que corroboren su dicho o no, en su caso, utilizando técnicas de evaluación psicológica que tendrán que ser confrontadas con las de otros peritos. Este deberá sustentar los resultados que obtenga de la evaluación de la víctima, con presteza, certidumbre y veracidad científica que no deje lugar a dudas. Sin embargo, debe quedar claro que ninguna víctima sobreviviente de la tortura o malos tratos responde igual al trauma, y por lo tanto, el abordaje evaluatorio deberá ser particular para cada individuo en función de su condición histórica. Es aquí en donde la experiencia del perito es de suma importancia dado que de ser errónea una evaluación psicológica, no solo puede afectar al sobreviviente de la tortura en el proceso jurídico sino también en su salud mental, ocasionando daños emocionales adicionales a los que ya sufre.

Por lo anterior, esta sección pretende permitir al lector interesado en el manejo y atención de sobrevivientes de la tortura, disponer de un conjunto de instrumentos básicos, viables y útiles que le permitan evaluar de la manera más acertada y apegada a la realidad de la persona víctima, tomando en consideración las condicionantes

anteriormente expresadas. Tales documentos se dividen en manuales, escalas y test, que por su naturaleza podrían generalizarse o en su defecto adaptarse a las características propias de cada caso. Son documentos frecuentemente consultados y que la experiencia nos indica su validez empírica y su efectividad tanto en el manejo y en la atención médico psicológica de la víctima, como apoyo para un adecuado manejo del aspecto jurídico en la documentación de la tortura y los malos tratos. Algunos de estos instrumentos fueron realizados para medir efectos generales y otros se dirigen a la medición de efectos en casos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Estos instrumentos, por sus características, pueden ser aplicados tanto por médicos como por psicólogos, y para mayor información podrá consultarse la página Web correspondiente, así como el Protocolo de Estambul.¹

a) El Protocolo De Estambul, Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes²

Este Manual no está incluido en la presente publicación. Sin embargo, es el documento de referencia para ordenar la aplicación de los demás instrumentos que se incluyen como anexos. Tiene como objetivo guiar al usuario, de manera general, sobre los pasos que se deben seguir para la recopilación de información que nos lleve a determinar probables casos de tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Está constituido por diversos apartados donde sobresalen por su importancia los relativos a I. Normas jurídicas internacionales aplicables; II. Códigos éticos pertinentes; III. Investigación legal de la tortura; IV. Consideraciones generales relativas a las entrevistas; V. Señales físicas de tortura; VI. Signos psicológicos indicativos de tortura.

Los códigos éticos pertinentes toman gran relevancia dado que se abunda en premisas fundamentales en el quehacer médico y psicológico, y en especial en la situación en donde el profesional tendrá que cumplir sus obligaciones éticas frente a personas que sufren las secuelas de la tortura o maltrato y, a la vez, documentar en la víctima sus posibles secuelas.

Respecto a la profesión médica y psicológica, aborda de manera sucinta la ética en la atención de salud tomando en consideración:

1. La declaración de la ONU en relación con los profesionales de la salud
2. Las declaraciones de organizaciones profesionales internacionales, y
3. Códigos nacionales de ética médica

¹ Para información adicional, consultar el capítulo IV, el capítulo III, sección C.2, el capítulo V, sección A. y el capítulo VI sección C.2, del Protocolo de Estambul.

² El Protocolo de Estambul está disponible en http://www.unhcr.ch/pdf/8istprot_spa.pdf.

Del mismo modo abarca los principios comunes a todos los códigos de ética (asistencia compasiva, consentimiento, confidencialidad), así como la doble obligación, esto último muy común en México, donde los servicios periciales gubernamentales carecen de autonomía del poder que investiga o del Poder Judicial, por lo que la responsabilidad, tanto para la institución a la que pertenecen como hacia la propia profesión, introducen al médico y al psicólogo en un aparente conflicto, lo que debe ser resuelto coherentemente por el trabajador de la salud mental o médico que debe documentar secuelas de tortura o maltrato.

Por otro lado, este documento aborda de manera puntual y descriptiva los métodos de tortura para su mejor comprensión. Profundiza en las señales físicas de tortura en dos aspectos: la exploración física, que corresponde al médico realizarla, pero que no debe de ser ajena al psicólogo; y los signos psicológicos indicativos de tortura. Explica que la tortura psicológica es una de las formas más comunes y sofisticadas de tortura, ya que las huellas a simple vista pueden ser difíciles de detectar. Del mismo modo, las secuelas psicológicas que acompañan la tortura física pueden ser la única secuela susceptible de documentación al emplear cada vez más mecanismos sofisticados que evitan dejar secuelas físicas. De igual importancia, se describen las consecuencias emocionales que la tortura psicológica deja en la víctima, por cierto, imposibles de erradicar.

Este Manual apuntala a la evaluación de la víctima, abarcando tres aspectos, a saber:

1. Evaluación Médica, que incluye
 - Historial clínico
 - Síntomas agudos
 - Síntomas crónicos
2. Evaluación Psicológica, y
3. Reporte y/o dictamen

En la evaluación médica y psicológica se recomienda la aplicación de cualquier instrumento que pueda servir para la mejor evaluación del sujeto. Se deja al criterio del evaluador el uso de grabadoras de audio o video, cámaras fotográficas, escalas de medición psicológica, test psicológicos, y las técnicas de entrevista, factor fundamental para lograr datos que permiten revelar la existencia de tortura física o psicológica, así como maltrato.

Se incluyen cuatro anexos donde se enfatizan aspectos fundamentales para una buena evaluación integral y se proporcionan dibujos anatómicos para documentar la tortura y los malos tratos. Finalmente se describe de manera general el reporte o dictamen que plasma el resultado final de todo el trabajo de evaluación. El Protocolo sugiere el trabajo conjunto del médico y el psicólogo, en consulta también con el abogado del afectado, sobre todo respecto del contexto en que se realiza la eva-

luación. Por ello, es recomendable una coordinación adecuada, sincrónica, de estos profesionistas para la efectiva aplicación del Protocolo de Estambul. Para lograrlo, se detallan los aspectos relevantes para conducir la entrevista a la persona examinada de manera que la información beneficie tanto la documentación médica como la psicológica. También sugiere métodos que reducen la posibilidad de la retraumatización de la persona durante este proceso de investigación y documentación de la tortura o los malos tratos.

b) Manual internacional de capacitación en evidencia psicológica³ de tortura

Esta Manual trata primero los asuntos relacionados con el impacto psicológico de la tortura sobre la persona, y luego analiza en forma práctica las propuestas del Protocolo de Estambul para la evaluación eficaz en casos de tortura, en particular la psicológica.

Uno de los objetivos fundamentales de este Manual es el de discutir, a la luz del Protocolo de Estambul, puntos significativos y preguntas formuladas con frecuencia respecto a la documentación psicológica de la tortura o malos tratos. Por ejemplo, ¿cómo obtener información suficiente y apropiada durante el proceso de la entrevista sin colocar a la persona examinada en riesgo legal y médico?; ¿cuál debe ser el curso de la entrevista?; ¿cuáles reacciones potenciales de transferencia y de contratransferencia se pueden encontrar? También tiene el objetivo de anticipar situaciones críticas que el clínico pudiera enfrentar al conducir la evaluación psicológica y sugerir técnicas que le permitirán responder adecuadamente.

Se proponen preguntas específicas que orientan al psicólogo a detectar elementos que le permitan sustentar un probable caso de tortura psicológica, así como dar cuenta de posibles consecuencias de la misma. Por ejemplo, ¿qué síntomas causados por la tortura se ven con mayor frecuencia?; ¿cuáles son las categorías diagnósticas más frecuentes de trastorno mental relacionadas con la tortura/trauma?; ¿cuáles otras categorías diagnósticas son frecuentes?, y ¿cuáles son los componentes de la evaluación psiquiátrica?

c) La evidencia de medicina física en casos de tortura. Uso del Protocolo de Estambul para el examen físico médico

Este anexo, junto con el siguiente, son manuales internacionales de capacitación sobre la evidencia de medicina física en casos de tortura y es una guía práctica para el médico en lo que respecta al empleo del Protocolo de Estambul para el examen

³ Cuenta con cinco secciones: 1.- Consideraciones Generales; 2.- Advertencias precautorias; 3.- Consideraciones de la entrevista y proceso de la entrevista; 4.- Consecuencias psicológicas de la tortura; 5.- Evaluación e interpretación de los hallazgos-impresión diagnóstica.

físico médico, que de ninguna manera lo sustituye. Más bien, facilita su aplicación y orienta al médico sobre qué aspectos del organismo humano explorar para determinar casos de tortura.

Hace énfasis en la elaboración del Certificado Médico a que se refiere el Protocolo y que puntualiza dos propósitos:

1. Documentación de denuncias de tortura, y
2. Tratamiento de problemas de salud

El propósito de la documentación es el considerado en el punto primero, y el segundo se deduce por la propia investigación de evidencia de tortura y el deber ético del médico que tendrá que ser el de dar o asegurar tratamiento médico adecuado a la víctima sobreviviente de tortura.

Está conformado por el capítulo del Certificado Médico y cinco secciones donde se indican los aspectos torales de la exploración de las víctimas de tortura en tanto los hallazgos dermatológicos, del sistema músculo esquelético, alteraciones cardio pulmonares, examen ginecológico y exploración en niños.

Respecto al Certificado Médico o el reporte o dictamen, se puntualiza el grado de consistencia que los resultados del examen físico tendrán con el relato de la historia de tortura a partir de la siguiente escala:

1. Alto grado de consistencia
2. Consistente con la declaración de tortura, grado moderado de consistencia
3. Consistente con la declaración de tortura, ligero grado de consistencia
4. Los cambios no pueden sustentar la historia de tortura

Es central al trabajo de la documentación de secuelas de la tortura o el maltrato el registro de la historia del suceso, y en especial la aclaración de las confusiones que pudiesen existir, ya que:

1. Las víctimas pudieran no siempre relatar lo que han vivido
2. El relato de las víctimas puede no siempre ser la verdad, y finalmente
3. Ellas pudieran no siempre estar conscientes del momento de aparición de una enfermedad no relacionada con la tortura, por lo que pudieran sugerir equivocadamente su relación con la tortura.

Este Manual es eminentemente clínico y médico para el profesionalista de la medicina, y lo guiará y dirigirá para explorar aspectos físicos particulares de la persona

que ha sido torturada o maltratada, permitiéndole a su vez documentar los hallazgos médicos de manera eficaz.

d) Escala para el trastorno por estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS)

Esta escala es de medición psiquiátrica para determinar Trastorno por Estrés Postraumático, y es administrada por el clínico. La versión que aquí se incluye puede ser adaptable para diversos ámbitos socio culturales, según el criterio del profesional, además de estar validada en español. Se conforma por seis criterios que van de la letra A hasta la F, con ítems fundamentalmente cualitativos y que remiten a respuestas del tipo sí o no. Cada uno explora diferentes áreas relacionadas con el trauma como son: Criterio A, explora la historia del trauma; Criterio B, vivencia del trauma; Criterio C, persistencia de estímulos asociados al trauma; Criterio D, síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal); Criterio E, tiempo de la sintomatología; Criterio F, deterioro laboral, y finalmente, Calificaciones Globales, Características Asociadas y Hoja Resumen del CAPS-Diagnóstico.

e) Cuestionario de síntomas Hopkins (C-25)

Este cuestionario es una escala de medición psiquiátrica general y puede ser auto aplicable. Sólo se presenta una lista de 25 ítems de 90, relativos a la determinación de Trastorno por Estrés Postraumático (depresión y ansiedad). Se presenta aquí la versión peruana, pero consideramos que dadas las características del documento (escala), como la idiosincrasia similar de la población latinoamericana, puede ser aplicable o adaptable para población mexicana, ya que está validada en español.

Se constituye por dos partes, además de la ficha de identificación. Explora los síntomas de ansiedad, constituido por 10 ítems tipo Lickert en la primera parte. La segunda explora los síntomas de depresión, constituidos por 15 ítems tipo Lickert.

Para aplicar la última sección referente al puntaje y calificación, se sugiere referir a la guía respectiva.⁴

⁴ El Manual está disponible sólo en inglés. Se titula, "Measuring Trauma, Measuring Torture" y lo publica el Programa Harvard sobre Trauma en los Refugiados, la misma organización que desarrolló sobre la experiencia científica y práctica de 18 años en la aplicación de los cuestionarios, *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) y *Hopkins Symptom Check List-25* (HSC-25). Se puede contactar el programa que radica en Boston, Massachusetts, al 617-876-7879 o stor@partners.org para comprar el Manual.

f) Cuestionario para trauma de Harvard

Este cuestionario es también una escala de medición psiquiátrica para determinar la presencia o no de Trastorno por Estrés Postraumático por Tortura (TEPT). Se sujeta a las mismas consideraciones que la anterior.

Está constituido por diversas secciones. En la primera se incluye la ficha de identificación. La segunda sección explora los eventos traumáticos y consta de 46 ítems y las respuestas se remiten a señalar sí o no. La tercera se refiere a la descripción personal y es eminentemente cualitativa, ya que se remite a dos preguntas centrales —una relacionada con el relato de los hechos traumáticos y la otra con la situación personal actual después del evento. Sigue la parte relativa al daño cerebral (traumatismo craneoencefálico), constituido por cinco ítems más dos opcionales que abarcan preguntas relativas a la temática del apartado, remitiéndose a contestar sí o no.

La cuarta parte explora los síntomas del trauma a partir de un listado de cuarenta ítems tipo Lickert (“nunca”, “un poco”, “bastante”, “mucho”) que reúnen criterios clínicos para determinar un Trastorno por Estrés Postraumático. La quinta parte trata de la historia de tortura y es más específica a este tipo de trauma. Se constituye por 28 ítems dirigidos al evento en cuestión, cuyas respuestas se remiten a sí o no.

Al igual que la escala anterior, para el puntaje y calificación se puede referir al Manual respectivo.

g) Pautas éticas

Se incluye al final una compilación en español de pautas éticas para el ejercicio de la medicina y también para los médicos que sean a la vez servidores públicos.

**El Protocolo de Estambul:
Pautas Internacionales para la Investigación
y Documentación de la Tortura**

EVIDENCIA PSICOLÓGICA DE TORTURA

**Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul
– para Psicólogos ***

* Se agradece al IRCT el permiso para reproducir esta guía.

El Protocolo de Estambul: Pautas Internacionales
para la Investigación y Documentación de la Tortura
Materiales de Referencia

EVIDENCIA PSICOLÓGICA DE TORTURA:

Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul — para Psicólogos¹

Turkcan Baykal, MD, MSc
Caroline Schlar, Psicóloga clínica
Emre Kapkin, MD, Psicólogo y Psicoterapeuta

(publicado originalmente en 2004)
Internacional y Adaptación Nacional - Inglés, Francés y Español

Este manual fue desarrollado por la Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT),
como parte del Proyecto para la Implementación del Protocolo de Estambul,
una iniciativa de Médicos para Derechos Humanos (PHR USA),
la Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT),
la Asociación Mundial de Médicos (WMA) y el Consejo Internacional
para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura (IRCT) en el marco del
PROYECTO SOBRE LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ESTAMBUL
2003- 2005

© International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)

Borgergade 13
P.O. Box 9049
DK-1022 Copenhagen K
DENMARK
Tel: +45 33 76 06 00
Fax: +45 33 76 05 00
E-mail: irct@irct.org
<http://www.irct.org>

Materiales de referencia para el uso del Protocolo de Estambul: directrices internacionales para la investigación y documentación de la tortura

El Protocolo de Estambul es el primer conjunto de directrices internacionales para la investigación y documentación de la tortura. El protocolo sirve para dar directrices comprensivas y prácticas para la valoración de personas que aleguen haber sufrido tortura y malos tratos, para investigar casos de presunta tortura y para comunicar los hallazgos realizados a las autoridades pertinentes. Iniciado y coordinado por Médicos para Derechos Humanos (PHR USA), Acción para Sobrevivientes de Tortura y la Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT), el Protocolo fue elaborado durante tres años por más de 40 organizaciones, incluyendo el Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura (IRCT) y la Asociación Mundial de Médicos (WMA).

Con el apoyo generoso de la UE, el Proyecto para la Implementación del Protocolo de Estambul fue realizado entre marzo 2003 y marzo 2005 para aumentar la concienciación, el respaldo nacional y la implementación tangible del Protocolo en cinco países: Georgia, México, Marruecos, Sri Lanka y Uganda.

Los materiales de recurso presentados aquí fueron elaborados como referencia práctica para profesionales del derecho y de la salud durante la capacitación realizada como parte del proyecto. Los materiales fueron difundidos ampliamente a 250 profesionales del derecho y de la salud que participaron en la capacitación y además fueron difundidos a instituciones nacionales pertinentes y a agencias gubernamentales en los cinco países. Es la espera que los materiales rindan conocimientos y creen sinergia entre las dos profesiones en los esfuerzos conjuntos de combatir la tortura.

Sumario

213	Evidencia psicológica de tortura
	Propósito de esta sección
215	SECCIÓN 1: Consideraciones generales
	El papel central de la evaluación psicológica
215	1.1 ¿Por qué es tan crucial la evaluación psicológica al investigar alegatos de tortura?
216	1.2 ¿Qué finalidades persigue la evaluación psicológica al investigar alegatos de tortura?
217	1.3 ¿Cuál es la finalidad de la tortura?
221	SECCIÓN 2: Advertencias precautorias
221	2.1 ¿Qué importancia tiene el entorno cultural para la evaluación psicológica?
222	2.2 ¿Por qué es tan importante el contexto en el que se lleva a cabo la evaluación psicológica?
223	2.3 Consideraciones relacionadas con la terminología
224	2.4 ¿Cuáles procesos psicológicos son activados por la tortura?
225	2.5 ¿Cuáles factores están relacionados con la aparición de síntomas debidos a la tortura?
228	SECCIÓN 3: Consideraciones d la entrevista y proceso de la entrevista
228	3.1 ¿Cómo obtener información suficiente y apropiada durante el proceso de la entrevista sin colocar a la persona examinada en riesgo legal y médico?
231	3.2 ¿Cuál debe ser el curso de la entrevista? (recomendaciones a considerar para un mejor transcurso de la entrevista)
232	3.3 ¿Cuáles reacciones potenciales de transferencia y de contra-transferencia se pueden encontrar?
235	SECCIÓN 4: Consecuencias psicológicas de la tortura
235	4.1 ¿Qué síntomas causados por la tortura se ven con mayor frecuencia?
242	4.2 ¿Cuáles son las categorías diagnósticas más frecuentes de trastorno mental relacionadas con la tortura/trauma?

- 245 4.3 ¿Cuáles otras categorías diagnósticas son frecuentes?
- 248 4.4 ¿Cuáles son los componentes de la evaluación psiquiátrica?

254 **SECCIÓN 5: Evaluación e interpretación de los hallazgos**

— Impresión diagnóstica

- 254 5.1 ¿Cómo interpretar los hallazgos psicológicos y formular una impresión diagnóstica?
- 255 5.2 La ausencia de psicopatología diagnosticable
¿significa que la persona no fue torturada?
¿Cómo interpretar los hallazgos en este caso?
- 256 5.3 ¿Qué clase de factores pudieran producir dificultades al obtener y evaluar una historia?
- 258 5.4 ¿Qué hacer respecto de las inconsistencias en la historia reportada de una persona?
- 259 5.5 Reporte

262 Bibliografía

Evidencia psicológica de tortura

Propósito de esta sección

Esta parte del manual de capacitación propone consideraciones complementarias y literatura reciente acerca de los diversos asuntos tratados en la sección psicológica del Protocolo de Estambul.

Uno de los objetivos aquí es el de discutir, a la luz del Protocolo de Estambul, puntos significativos y preguntas formuladas con frecuencia, pero también el de señalar situaciones críticas que el clínico pudiera enfrentar al conducir la evaluación psicológica de los alegatos de tortura.

A través de preguntas específicas relativas a los efectos psicológicos de la tortura se muestra la forma en que el Protocolo de Estambul se convierte en una herramienta práctica cuando se incluye en el proceso de documentación del alegato de experiencia de tortura y sus posibles consecuencias para la psique.

Se muestra cómo el Protocolo de Estambul se vuelve una herramienta práctica cuando se utiliza como parte del proceso de documentación de alegato de experiencia de tortura y sus posibles consecuencias sobre la psique, a través de preguntas específicas relacionadas con los efectos psicológicos de la tortura.

La primera parte de esta sección trata a fondo los asuntos relativos al impacto psicológico de la tortura sobre el individuo, en tanto la segunda parte propone la discusión de las prácticas recomendadas por el Protocolo de Estambul al realizar una evaluación psicológica de alegatos de tortura.

SECCIÓN 1: Consideraciones generales

El papel central de la evaluación psicológica

1.1 ¿Por qué es tan crucial la evaluación psicológica al investigar alegatos de tortura?

Después de años de investigación sistemática se ha hecho obvio que el avance de los métodos de detección y comprobación de la tortura física han determinado que los métodos de tortura se hayan hecho más sofisticados, a modo de no dejar evidencia visible en el cuerpo de la víctima. La variedad de métodos que no dejan marcas físicas o cicatrices permanentes está muy difundida, particularmente en situaciones que involucran a la opinión pública.

Al revisar el Protocolo de Estambul, los siguientes párrafos describen las intenciones de los torturadores de no dejar signos físicos:

§259: “Las evaluaciones psicológicas pueden proporcionar evidencias críticas de abuso entre las víctimas de tortura por diversas razones: La tortura frecuentemente causa síntomas psicológicos devastadores, los métodos de tortura frecuentemente son diseñados para no dejar lesiones físicas y los métodos de tortura física pueden conducir a hallazgos físicos que se resuelven o bien no dejan lesiones específicas.”

§158: “Es importante comprender que los torturadores pueden intentar ocultar su acto. Para evitar la evidencia de los golpes [...], de falanga [...] o de choques eléctricos, se toman diversas precauciones para aplicar [...] formas de tortura cuyo propósito es el de provocar dolor y sufrimiento máximos con evidencia mínima.”

§160: “[...] Sin embargo, la ausencia de tal evidencia física no debe ser interpretada como supuesto de que no ha habido tortura, dado que estos actos de violencia contra las personas frecuentemente no dejan marcas o cicatrices permanentes.”

§260: “[...] Debido a que la prevalencia de síntomas psicológicos es tan alta entre los sobrevivientes de tortura, es muy prudente que todas las evaluaciones de tortura incluyan un examen psicológico.”

Aquí debe mencionarse la investigación realizada por Finn Somnier. Esta investigación ha demostrado que las secuelas psicológicas de tortura son más persistentes y problemáticas que una posible discapacidad física. La mayoría de los síntomas y

signos de tortura desaparecen bastante rápido, mientras que diversos componentes del funcionamiento psicológico pueden haber sufrido un daño a largo plazo (*Somnier. et al, 1992*).

Otros profesionales de la salud mental especializados en los efectos psicológicos de la tortura han hecho hallazgos similares en su trabajo con sobrevivientes de tortura. *Gurr y Quiroga (2001)* afirman que al contrario de los efectos físicos de tortura, los síntomas psicológicos son más persistentes y problemáticos que la discapacidad física. De no recibir tratamiento, las víctimas pueden experimentar ansiedad, pánico, irritabilidad, ira, insomnio, pesadillas, disminución de la memoria, falta de iniciativa, apatía, rechazo social, indefensión, parálisis afectiva y flashbacks del evento traumático aún muchos meses o años después de la tortura. (*Somnier, et al, 1992; Gurr & Quiroga, 2001*).

Todos los debates internacionales sobre tortura reconocen que el sufrimiento mental es frecuentemente infligido de manera deliberada por los torturadores (*All-den, 2002*). Aún más, al no dejar cicatrices físicas permanentes, los torturadores contribuyen a su causa a la vez que dificultan el trabajo de sus contrapartes que trabajan a favor de los derechos humanos (*Jacobs, 2000*).

En resumen, los diversos métodos de tortura representan una severa agresión al arreglo psicológico de una persona. En este sentido, para obtener el mejor cuadro posible de la situación, se recomienda ampliamente incluir una evaluación psicológica al investigar alegatos de tortura. Como lo consideran Kordon et al. (1988), “uno de los objetivos generales de la tortura es destruir la integridad psicológica y social de la víctima y todos los tipos de tortura comprometen inevitablemente los procesos psicológicos”.

1.2 ¿Qué finalidades persigue la evaluación psicológica al investigar alegatos de tortura?

§260: “Las evaluaciones psicológicas proporcionan evidencia útil para las exploraciones médico-legales, para las solicitudes de asilo político, para establecer condiciones bajo las cuales pudieron haberse obtenido confesiones falsas, para entender las prácticas regionales de tortura, para identificar las necesidades terapéuticas de las víctimas, y como testimonio en investigaciones sobre derechos humanos.”

Siempre es importante el considerar las finalidades de la investigación psicológica, dado que estas definirán el nivel de confidencialidad al que está obligado el experto. Si la evaluación psicológica es necesaria o solicitada en el contexto de un procedimiento legal, la persona a ser evaluada tiene que estar consciente de que ello implica la suspensión de la confidencialidad médica.

Si el procedimiento legal conduce a juicios o audiencias, el experto que haya conducido la evaluación puede ser llamado como testigo.

§260: “El objetivo general de una evaluación psicológica es determinar el grado de consistencia entre la estimación individual de la tortura y los hallazgos psicológicos observados en el transcurso de la evaluación.”

De acuerdo con el contexto y el país en el que se lleve a cabo la evaluación psicológica, podrán ser solicitados diferentes niveles de consistencia —por ejemplo baja, adecuada, alta, probabilidad cercana a la certeza.

Como quiera, en algunos países se espera que el experto defina con claridad si la persona ha sido torturada o no, si él o ella no tienen una posición clara, si se debe aplicar el principio de que la sospecha siempre debe favorecer al sospechoso, y por lo tanto existe un riesgo de impunidad para los culpables.

1.3 ¿Cuál es la finalidad de la tortura?

§234: “Los perpetradores frecuentemente intentan justificar sus actos de tortura y malos tratos por la necesidad de obtener información. Tal conceptualización obscurece el propósito de la tortura y las secuelas que intenta producir. Una de las finalidades nodales de la tortura es la de conducir al individuo hacia una posición de indefensión extrema y de desorden que puede conducir al deterioro de las funciones cognitivas, emocionales y conductuales. Así, la tortura es un medio de agresión a los modos fundamentales de funcionamiento psicológico y social del individuo. Bajo estas circunstancias, el torturador aspira no solamente a incapacitar psicológicamente a la víctima, sino también a desintegrar la personalidad del individuo. El torturador trata de destruir el sentido de estar apoyado en una familia y una sociedad como ser humano, con sueños, esperanzas y aspiraciones para el futuro. Al deshumanizar y quebrar la voluntad de las víctimas, los torturadores colocan ejemplos horribles para aquellos que se pongan más tarde en contacto con la víctima. De este modo, la tortura puede quebrar o dañar la voluntad y la coherencia de comunidades enteras. Además, la tortura puede dañar profundamente las relaciones íntimas entre esposos, padres, hijos y otros miembros de la familia, así como las relaciones entre las víctimas y sus comunidades.”

La tortura es un proceso dinámico que comienza al momento del arresto o privación de la libertad, conteniendo una o varias secuencias de eventos traumáticos que pueden tener lugar en diferentes tiempos y lugares, finalizando con la liberación o transferencia de la víctima (*Somnier, 1992*). Esta cascada de eventos puede comenzar de nuevo en un marco temporal estrecho, sin dejar tiempo alguno a la víctima para que se recupere.

Asumiendo que la tortura intenta dañar la autoestima de la persona y su personalidad, destruir la confianza entre los semejantes humanos y aterrorizar a la población (*Gurr & Quiroga, 2001*), los efectos de la tortura pueden ser analizados desde

diferentes ángulos. Sin duda, los efectos potenciales de la tortura incluyen las experiencias traumáticas acumulativas sobre **el nivel individual**, el trauma familiar sobre **el nivel familiar** y el trauma comunitario en **el nivel comunitario**.

Desde **el punto de vista socio-político**, los siguientes autores proponen consideraciones adicionales en este tópicó:

Lira (1995): En un nivel más amplio, la razón para la tortura es la intimidación de terceros, asegurando con ello respuestas de temor, inhibición, parálisis, impotencia y conformidad dentro de la sociedad.

Las violaciones de los derechos humanos no se pueden ver exclusivamente desde la perspectiva de los abusos al individuo aislado. Sus implicaciones son extensivas, porque representan no sólo la respuesta del sistema al conflicto, sino un ambiente general de amenaza política, por lo que ambas implicaciones conducen a una atmósfera de temor crónico. En este sentido, la tortura no es sólo un problema político, sino también ético, psico-social y de salud mental para la sociedad. Investigar la tortura significa mirar experiencias que afectan a toda una población no sólo como individuos *per se*, sino como a seres sociales en un contexto social.

Summerfield (1995): El contexto de la crueldad es frecuentemente el intento de destrucción de los mundos económicos, sociales y culturales de las víctimas.

En este sentido, la tortura puede ocasionar un trauma en la comunidad, que a su vez puede causar diferentes formas de disfunción comunitaria. La tortura puede aterrorizar a la población y crear un orden basado en la amenaza inminente y generalizada, el miedo, terror e inhibición, en vez del orden sustentado en la autonomía y la libertad. Puede crear un ambiente represivo, que es un estado de inseguridad generalizada, de terror, falta de confianza y ruptura del tejido social. El temor colectivo basado en esta amenaza masiva de estar siendo torturado tiene efectos a largo plazo en las formas de comportamiento social. Aún más, la investigación ha encontrado que la tortura puede ser transmitida a través de las generaciones, constituyendo un trauma histórico (*Kira, 2002*).

Respecto al **impacto sobre la familia**, la tortura conduce a traumas familiares que pueden ocasionar diferentes formas de disfunción familiar y rupturas del cauce del desarrollo familiar.

La consulta familiar es una de las partes ausentes en la mayor parte de los acompañamientos de la tortura. La terapia de los efectos de la tortura en la dinámica familiar de los sobrevivientes de tortura puede ser importante en el tratamiento de la tortura. Sin embargo, las circunstancias pocas veces permiten la investigación de las dinámicas familiares por cuestiones de confidencialidad, limitaciones de tiempo y falta de habilidades en métodos de aproximación a la familia.

La finalidad real de la tortura se vuelve más obvia si se ve lo que sucede entre **el perpetrador y la persona que experimenta la tortura**. Se proponen para la discusión las siguientes consideraciones de la literatura especializada, en adición al Protocolo de Estambul. Cuando la evaluación psicológica se lleva a cabo en la práctica, puede ser útil el análisis de los siguientes aspectos:

- La mayoría de las víctimas de tortura no posee información importante que revelar, un factor conocido por el torturador.
- La tortura es un trauma complejo que consiste en diferentes tipos de traumatismos infligidos durante un periodo (o periodos) específico, que están conectados por una total falta de posibilidad de control y de escape, y por la imposibilidad de predecir lo que hará el torturador. La tortura puede causar destrucción mental, alienación y cambio negativo permanente percibido (*Kira, 2002*).
- El experto es confrontado con una doble tarea: Primero, debe tomar en cuenta la causalidad de violencia colectivamente organizada por ciertos seres humanos contra otros seres humanos. Segundo, debe evaluar los efectos psicológicos de estas situaciones causales. Por lo tanto, es cuestión de evaluar una interacción entre el perpetrador de la violencia y la persona sujeta a ella (*Sironi, 1989*).

Finalmente, es importante investigar lo que la tortura hace al ser humano. Las técnicas de tortura, crecientemente sofisticadas, se inventan con el fin de agredir el cuerpo y la mente del individuo de manera sistemática, con la intención de quebrar los límites de la personalidad. La finalidad de la tortura no es simplemente la de infligir dolor y sufrimiento, sino la de quebrar la voluntad del individuo con la aplicación de métodos que provocan dolor y sufrimiento.

Al considerar que los efectos físicos y psicológicos de la tortura están estrechamente vinculados, el conocimiento de los métodos usados por los torturadores facilita la identificación de las repercusiones internas. Sin duda, el individuo expuesto a la tortura es reducido a una posición extrema de indefensión y carencia de ayuda, de impotencia, amenaza y angustia constantes, que provocan la desintegración de las funciones cognitiva, emocional y conductual como secuelas inmediatas y de mediano y largo plazos (*Fischer & Gurriss, 1996; Lira, 1995*).

Esta situación se acompaña por sentimientos de confusión total, impotencia y de pérdida del sentido propio de control. Estas sensaciones pueden conllevar una comprensión fragmentada de uno mismo, del sistema existencial de significados y de la predecibilidad del mundo (*Fischer & Gurriss, 1996; McFarlane, 1995*).

Aún más, la tortura tiene la finalidad de destruir la vida mental interna y las relaciones sociales de sus víctimas, especialmente a través de medios psicológicos. La finalidad de la tortura se alcanza a través de las consecuencias psicológicas que tiene tanto sobre la víctima primaria como sobre aquellos que llegan a temer un destino similar (*Jacobs, 2000*).

Al principio del arresto, la demostración de poder por los perpetradores (por ejemplo, frecuentemente por el vendaje de los ojos y golpes sobre todo el cuerpo) producen una sensación de vulnerabilidad en la persona detenida.

Las situaciones de tortura tienen un carácter extremadamente amenazador y doloroso, son impredecibles y conducen a un significativo temor a la muerte. Pro-

ducen reacciones inmediatas de pánico, temor y dolor, con un nivel muy alto de excitación y, subsecuentemente, de embotamiento emocional. (*Curris & Wenk-Ansohn, 1997*).

La tortura es un mecanismo complejo que puede traumatizar el cuerpo, la autonomía e identidad del individuo, la auto-actualización de sus determinaciones y su sensación de seguridad y supervivencia. También impacta su pertenencia y sentido de contacto, así como sus creencias y el sistema de sentido de sí mismo y del mundo (*Kira, 2002*).

SECCIÓN 2: Advertencias precautorias

2.1 ¿Qué importancia tiene el entorno cultural para la evaluación psicológica?

En el Protocolo de Estambul, así como en numerosos artículos especializados, ha sido puntualizada en muchas ocasiones la importancia crucial del contexto cultural en el que sucede la tortura. Sin duda, los síntomas han de ser entendidos en el ambiente en el que ocurren y a través del significado que representan para el individuo que los experimenta (*Summerfield, 1995; Burnett & Peel, 2001a*).

Según lo considera Summerfield, cada cultura tiene sus propias creencias y tradiciones, las que determinan las normas psicológicas y los marcos de la salud mental (*Summerfield, 2000*).

§235: “Los significados culturales, sociales y políticos particulares que la tortura tiene para cada individuo, influye en su habilidad para describirlos y hablar sobre ellos. Estos son factores importantes que contribuyen al impacto psicológico y social que tiene la tortura, y que deben ser considerados al realizar una evaluación de un individuo perteneciente a otra cultura.”

§261: “La atención sobre los síndromes con especificidad cultural y el modo de expresar el sufrimiento, vinculado con el lenguaje nativo a través del que son comunicados los síntomas, es de capital importancia para conducir la entrevista y para formular la impresión y la conclusión clínicas. Cuando el entrevistador tiene poca o ninguna noción acerca de la cultura de la víctima, es esencial la ayuda de un intérprete. De manera ideal, un intérprete procedente del país de la víctima conoce el lenguaje, las costumbres, las tradiciones religiosas y otras creencias que deberán ser consideradas durante la investigación.”

Por ejemplo, las personas que han experimentado la tortura pueden vivir como refugiados, solicitantes de asilo y emigrantes lejos de sus lugares de origen. Si es así, difieren en sus entornos culturales y pueden usar diferentes estrategias para enfrentar sus experiencias dolorosas, comparadas con la población que aún reside en su propio contexto cultural.

Así, cuando se efectúe la evaluación psicológica de una persona de trasfondo cultural diferente, uno debe tomar siempre en cuenta que la gente que ha experimentado trauma extremo tiende a reaccionar de acuerdo con el significado que

tiene para ella. La generación de estos significados es una actividad enmarcada social, cultural y con frecuencia políticamente. No existe una manera fácil de predecir cómo priorizan las víctimas sus traumas personales. En este sentido, la experiencia traumática y la búsqueda de significado que provoca, debe ser entendida en términos de su relación entre el individuo y su sociedad, con resultados influidos por fuerzas sociales, culturales y políticas (*Summerfield, 1995*).

Respecto al sistema de diagnósticos médicos, algunos clínicos cuestionan la validez cultural de los enfoques de la clasificación occidental, que ignora las tradiciones propias de los sobrevivientes, sus sistemas de significados y sus prioridades activas (*Mollica & Caspi-Yavin, 1992, Summerfield, 1995, Kira, 2002*).

§239: “El médico o psicólogo evaluador debe intentar, tanto como sea posible, relacionarse con el sufrimiento mental en el contexto de las creencias y normas culturales del individuo. Ello incluye el respeto por los contextos políticos, así como por las creencias culturales y religiosas [...]. De manera ideal, el adoptar una actitud de aprendizaje informado más que de urgencia por diagnosticar y clasificar, va a comunicar al individuo, cuyas molestias y sufrimientos están siendo reconocidas como reales y esperables bajo esas circunstancias. En este sentido, una actitud sensible y de empatía puede ofrecer a la víctima algún alivio de las experiencias de alienación.”

Aún más, algunos refugiados enfrentan el riesgo de un diagnóstico psiquiátrico inadecuado por la ignorancia de los factores transculturales y la falta de intérpretes (*Summerfield, 2000*). Por ejemplo, pueden ser usados muchos símbolos al hablar de los eventos de la vida de uno en un contexto cultural específico, mientras que el lenguaje simbólico puede ser tomado como real en otros contextos culturales. Cuando hay una carencia de sensibilidad cultural, la comprensión de la frontera entre la realidad y lo irreal puede estar disminuida, y esto puede llevar a interpretaciones falsas de la situación.

2.2 ¿Por qué es tan importante el contexto en el que se lleva a cabo la evaluación psicológica?

§237: “Las evaluaciones tienen lugar en una variedad de contextos políticos. Ello resulta en diferencias importantes en la manera en la que deberían conducirse las evaluaciones psicológicas [...]”

§238: “El poder hacer con seguridad ciertas preguntas o no, puede variar considerablemente y depende del grado en que se pueda asegurar la confidencialidad y la seguridad. Por ejemplo, un examen hecho por un médico visitador en una prisión que pueda estar limitado a quince minutos no puede seguir el mismo curso que un examen forense que pueda durar varias horas.”

Al tratar de diagnosticar si los síntomas o comportamientos son patológicos o adaptativos surgen preocupaciones adicionales. Cuando una persona es examinada estando en confinamiento o viviendo bajo un riesgo considerable o en condiciones opresivas generalizadas, los síntomas deben ser evaluados en ese contexto.

La evaluación de diversos síntomas puede ser imposible debido a ciertas condiciones de vida. Por ejemplo, durante la detención los síntomas de evasión pueden ser más difíciles de diagnosticar porque pueden representar estrategias de manejo con la finalidad de autoprotección. De la misma forma, los comportamientos de hipervigilancia y evasión pueden ser necesarios, adaptativos y cruciales para aquellos que viven en sociedades represivas (*Simpson, 1995*).

El marcado desinterés en actividades significativas puede ser más difícil de demostrar en detención, donde las actividades "significativas" están prohibidas. También es difícil diagnosticar el "sentimiento de rechazo y separación de los otros" si hay confinamiento solitario o aislamiento forzado (parcial o completo).

Tales situaciones producen dificultades en la evaluación y pueden ocasionar errores en las valoraciones de los criterios diagnósticos, y conducen a subestimar la extensión de la patología postraumática. Es importante mantener un enfoque flexible e integrador a modo de no producir resultados falsos negativos (*Simpson, 1995*).

Al mismo tiempo, el experto debe velar por las mejores condiciones al conducir la evaluación. Por ejemplo, la privacidad durante las entrevistas no es sólo necesaria por razones éticas, sino también al estar hablando de asuntos sensibles que son embarazosos para la persona que está siendo evaluada. Más en general, las características del lugar donde se realiza la evaluación influyen en el desarrollo o no de sentimientos de seguridad y confianza en el individuo. Si la evaluación tiene lugar bajo limitaciones de tiempo, la información deseada y el resultado de la entrevista pueden estar limitados.

(Para información adicional, consultar el capítulo IV del Protocolo de Estambul)

2.3 Consideraciones relacionadas con la terminología

Sin duda, como las evaluaciones de alegatos de tortura no son necesariamente consideradas sólo por trabajadores de la salud especializados, el lenguaje utilizado en el informe debe ser accesible al público más amplio.

Los términos 'tortura física' o 'tortura psicológica' se usan con frecuencia. Sin embargo:

§144: "La distinción entre métodos de tortura física y psicológica es artificial. Por ejemplo, la tortura sexual causa generalmente tanto síntomas físicos como psicológicos, aún cuando no haya habido agresión física."

Para comprender las consecuencias psicológicas de la tortura, como se ha mencionado antes, es importante considerar los métodos y la finalidad de la tortura. Uno

de los objetivos generales de la tortura es forzar a la integridad psicológica de la víctima a adaptarse a una situación anormal, por lo tanto, todos los tipos de tortura comprometen inevitablemente los procesos psicológicos (Kordon, *et al.* 1988). En este sentido, los métodos cuya finalidad es producir dolor físico deben ser considerados como un medio de quebrar la resistencia psicológica. Por esta razón, la tortura no puede ser separada en dos categorías distintas.

2.4 ¿Cuáles procesos psicológicos son activados por la tortura?

En esta parte del manual de capacitación, la activación de procesos psicológicos provocados por la tortura se menciona en general. Sin ser exhaustivos en este tema, la revisión general ilustra los aspectos dinámicos y no estáticos transmitidos por la tortura, independientemente de la constitución del individuo.

§233: “Es un punto de vista generalizado que la tortura es una experiencia vital extraordinaria, capaz de causar una amplia variedad de sufrimientos físicos y psicológicos. La mayoría de los clínicos e investigadores están de acuerdo en que la naturaleza extrema del evento de tortura tiene el suficiente poder en sí misma para producir consecuencias mentales y emocionales, independientemente de la situación psicológica del individuo previo a la tortura.”

§235: “Es importante reconocer que no cualquiera que haya sido torturado desarrolla una enfermedad mental diagnosticable. Como quiera, muchas víctimas experimentan profundas reacciones emocionales y síntomas psicológicos.”

En una situación anormal con posibilidad restringida de supervivencia, como es el caso de la tortura, todo ser humano acude a su capacidad de adaptación para permanecer con vida y para salvaguardar su identidad tanto como sea posible (*Vesti, Somnier, Kastrup, 1996a y b*). La adaptación psicológica obligada por los efectos de la tortura implica el cambio de la estructura de una personalidad estable a otra.

Es importante hacer notar que los síntomas presentados pueden cambiar con el tiempo. Frecuentemente hay reacciones disociativas que suprimen los síntomas hasta que se hayan logrado cubrir las necesidades de la supervivencia inmediata y del restablecimiento, y la persona esté en un entorno suficientemente seguro para ocuparse de revivir el horror y otras emociones de las memorias del trauma (*Gurr & Quiroga, 2001*).

Sin embargo, la presencia de síntomas de acuerdo con las clasificaciones bien conocidas indica que puede haber evidencia psicológica de tortura. Como quiera, como la preocupación principal aquí es investigar y documentar la evidencia psicológica, debemos tomar en consideración que están involucrados muchos factores en la presentación de síntomas.

2.5 ¿Cuáles factores están relacionados con la aparición de síntomas debidos a la tortura?

§233: “Las consecuencias psicológicas de la tortura ocurren, sin embargo, en el contexto de la atribución personal de significado, el desarrollo de la personalidad y de factores sociales, políticos y culturales.

Por esta razón uno no puede asumir que todas las formas de tortura tienen el mismo resultado. Por ejemplo, las consecuencias psicológicas de un simulacro de ejecución no son las mismas que aquellas debidas a la agresión sexual, y el confinamiento en solitario y el aislamiento no producen los mismos efectos que las acciones físicas de tortura. De la misma manera, uno no puede asumir que los efectos de la detención y tortura en un adulto sean los mismos que los producidos en los niños.”

Indudablemente, como lo puntualiza el Protocolo de Estambul, la literatura especializada acerca de los efectos psicológicos de tortura coincide en que muchos aspectos determinan la respuesta a la persecución sistemática, la tortura, así como a otros traumas severos. Debe ser puntualizado que existe una relación compleja entre el elemento estresante y la sintomatología. La naturaleza multicausal de los síntomas de tortura requiere de una aproximación profunda y multidimensional (*McFarlane, 1995*).

Aunque los factores que influyen sobre las respuestas psicológicas no se conocen con exactitud, pueden ser significativas diversas medidas en la evaluación de las víctimas (*Vesti, 1996 a+b; Summerfield, 2000; Van der Kolk, et al, 1996; Somnier, et al, 1992; Gurr & Quiroga, 2001; Ehrenreich, 2003, Yehuda & McFarlane, 1995*).

Estos factores incluyen, pero no están limitados a:

- La percepción, interpretación y significado de la tortura por la víctima:

Los individuos reaccionan al trauma extremo como la tortura de acuerdo con lo que significa para ellos. La generación de estos significados es una actividad enmarcada social, cultural y políticamente (*Summerfield, 1995; Varvin, 1998*). Las reacciones psicológicas al trauma están estrechamente vinculadas al significado psicológico del trauma a la persona (*Turner et al., 2003, McFarlane, 1995; Mc Farlane & Yehuda, 1996*).

- El contexto social antes, durante y después de la tortura (tales como los recursos comunitarios y emergentes y los valores y actitudes acerca de las experiencias traumáticas: el clima político y cultural, las condiciones traumáticas después de la tortura, la exposición a factores estresantes de reactivación subsiguiente):

Un ambiente cultural de certidumbre puede disminuir el impacto de los eventos traumáticos (*Ehrenreich, 2003*). Los factores culturales juegan un papel

importante en la génesis y presentación de los síntomas de tortura, su percepción y respuesta. Existe un consenso general de que las relaciones sociales de apoyo disminuyen los efectos de eventos estresantes, previniendo su recurrencia (Kira, 2002). Los estudios sobre diferentes traumas, distintas culturas, distintos géneros y diferentes grupos de edad, han mostrado que la experiencia y/o la percepción de apoyo social positivo pronostican síntomas más leves en el proceso de recuperación.

Las pérdidas y cambios en la vida del individuo durante el periodo postraumático también tienen un gran impacto en la respuesta psicológica.

- La severidad y duración de los eventos traumáticos, las circunstancias y la naturaleza de la tortura:

Es difícil elaborar una lista jerárquica de la severidad de las crueldades sobre el individuo y es problemático estimar objetivamente el grado de severidad. La humillación, la amenaza a las personas amadas o ser testigo de la tortura de otra persona puede tener un efecto más profundo sobre la víctima que sufrir electrochoques o falanga. En la literatura hay reportes contradictorios acerca de la relación de la severidad del trauma y sus consecuencias.

Al evaluar la información del entorno, el entrevistador debe también tener en cuenta que la duración y severidad de las respuestas al trauma son afectadas por múltiples factores que interactúan entre sí.

- La fase de desarrollo y la edad de la víctima:

En general, sólo se ha realizado investigación empírica limitada en relación a los factores relacionados con los síntomas de la tortura. Un estudio realizado en un contexto más general de experiencias traumáticas, confirma las investigaciones anteriores que mostraron una correlación entre la edad de inicio del trauma, la naturaleza de la experiencia traumática y la complejidad de los efectos clínicos (*van der Kolk, et al, 1996*).

Las variables personales, tales como el entorno cultural y político, el sistema de creencias del individuo, el género, el estado de preparación respecto a la anticipación de la experiencia de tortura, así como las pérdidas durante y después de la tortura son todos factores que pueden influir sobre la severidad de los síntomas.

En adición, deberán ser tomados en cuenta los afectos, la cognición, la capacidad de manejo, las estrategias de adaptación, la salud física y las discapacidades, los trastornos psicológicos, la vulnerabilidad personal o genética y biológica preexistente. En todo caso, las investigaciones unilaterales pueden tender a

resultar en una exageración de factores aislados, sin ser capaces de crear un cuadro completo de la situación.

Más recientemente, algunos autores han comenzado a entrar a fondo al concepto de elasticidad en el contexto de trauma extremo. Sin duda, el concepto de elasticidad proporciona una aproximación interactiva que proporciona una mejor comprensión de las dinámicas relativas a factores externos como, por ejemplo, el evento traumático, el entorno social de la persona y los factores inherentes al individuo, particularmente la psicología personal, inclusive los afectos y cogniciones, las capacidades de manejo y la ideología personal (*Curr & Quiroga, 2001*).

SECCIÓN 3:

Consideraciones de la entrevista y proceso de la entrevista

La entrevista debe ser estructurada y conducida de acuerdo con las directivas definidas en las “consideraciones generales para la entrevista” y las “salvaguardas procesales” del Protocolo de Estambul. El experto que lleve a cabo la evaluación psicológica debe tomar en cuenta que todas las salvaguardas procesales mencionadas en el Protocolo de Estambul son valiosas, no solamente para el examen físico, sino también para la evaluación psicológica, y deberán ser tomadas en cuenta durante todo el proceso de la entrevista.

El establecimiento de una relación efectiva y confiable durante la entrevista es una condición básica para una evaluación psicológica bien conducida. Si la entrevista no es estructurada en consonancia, es mucho más difícil obtener la información adecuada. La entrevista debe ser conducida con atención especial a los aspectos definidos bajo las “consideraciones para la entrevista”. Si no es posible establecer una relación efectiva y de confianza con el examinado y no se puede obtener una historia completa y adecuada, es probable que sea imposible la realización de una investigación psicológica apropiada de tortura.

(Para información adicional, consultar el Capítulo IV, el Capítulo III sección C.2, el Capítulo V sección A y el Capítulo VI sección C.2 en el Protocolo de Estambul.)

3.1 ¿Cómo obtener información suficiente y adecuada durante el proceso de la entrevista sin colocar a la persona examinada en riesgo legal y médico?

Algunos dilemas encontrados durante el proceso de entrevista:

1) Riesgo de retraumatización *versus* la necesidad de obtener información suficiente y apropiada

El objetivo primario de la documentación de alegatos de tortura es crear un registro exacto, confiable, preciso y detallado de eventos tomando en cuenta la situación personal y la condición psicológica del individuo (*Giffard, 2000*).

Uno de los asuntos generales a considerar al proceder a una evaluación psicológica es la necesidad de poner especial cuidado y evitar la re-traumatización concluyendo con hallazgos insuficientes (*Wenzel, 2002*).

El clínico necesita equilibrar dos requerimientos importantes que deben ser complementarios, pero a veces entran en conflicto: la necesidad de obtener información útil y la importancia de respetar las necesidades de la persona que está siendo entrevistada (*Giffard, 2000*).

Sin duda, es de la mayor importancia la obtención de información suficiente y adecuada en los alegatos de evaluación de tortura. La preparación de un informe sobre la base de toda la información obtenida es crucial para documentar y proporcionar evidencia de denuncias de tortura; esto es de beneficio potencial por el denunciante y pudiera prevenir la impunidad de los culpables. Como quiera, un informe detallado sólo puede prepararse por medio de una entrevista apropiada e inclusiva. Por ello, el clínico debe intentar la obtención de tantos detalles como sea posible. (*Iacopino, 2002*).

Al mismo tiempo, las exploraciones física y psicológica, por su misma naturaleza, pueden re-traumatizar al paciente al provocar y/o exacerbar el sufrimiento psicológico y los síntomas al extraer recuerdos y afectos dolorosos (§148). La entrevista debe estructurarse de tal manera que se minimice el riesgo de re-traumatización del sobreviviente de la tortura. Se deben respetar diversas reglas básicas. La información es ciertamente importante, pero la persona que se está entrevistando es aún más importante (§134).

Los entrevistadores deben mostrar sensibilidad al hacer sus preguntas y estar atentos a los signos de cansancio o sufrimiento. También deben estar conscientes de los asuntos del tabú cultural. La entrevista no sólo puede convertirse en desagradable para la persona entrevistada, también es posible que la información se vuelva menos confiable si la persona está cansada o enojada (*Giffard, 2000*).

Se debe hacer un recuento subjetivo del evaluador acerca de si es necesario presionar por la obtención de detalles y en qué extensión para la eficacia del informe en la corte, especialmente si el denunciante demuestra signos obvios de sufrimiento (§148).

Además, ha de tenerse en cuenta la posibilidad de que la persona pueda encontrarse aún bajo persecución y opresión (§263). En todos los procesos de exploración y evaluación médica y psicológica, es fundamental conservar el principio de *Primum non nocere* (*Wenzel, 2002*).

(Ver §134, §148 y §263 en el Protocolo de Estambul).

II) Ser objetivo versus tener empatía

Las evaluaciones médica y psicológica de pacientes con propósitos médico-legales deben ser conducidas con objetividad e imparcialidad (§161). "La entrevista puede inducir temor y desconfianza de parte del individuo y posiblemente recordarle interrogatorios previos. Para reducir el efecto de la retraumatización, el clínico debe comunicar un sentido de comprensión de las experiencias del individuo y su entorno cultural. No es apropiado observar la estricta "neutralidad clínica" que se usa en algunas formas de psicoterapia durante las cuales el clínico permanece inactivo o habla poco. El clínico debe comunicar que es un aliado del individuo y adoptar un

acercamiento de apoyo y de no enjuiciamiento” (§261). Los clínicos deben ser sensibles y tener empatía mientras interrogan en tanto permanecen objetivos en su actitud clínica (§262).

La objetividad no está en contradicción con el hecho de tener empatía. En este sentido, es esencial mantener los límites profesionales y al mismo tiempo tomar en cuenta el dolor y el sufrimiento (*Giffard, 2000*).

(Consultar §161, §261 y §262 en el Protocolo de Estambul).

III) Confidencialidad *versus* obligaciones médico-legales

El clínico que conduce el procedimiento y prepara el informe debe experimentar con frecuencia una situación de conflicto ético relacionado con su papel y su responsabilidad, su intervención y sus obligaciones morales.

Hay un conjunto de temas éticos prácticos que son importantes de tomarse en cuenta, que incluyen el papel y los límites, el consentimiento informado, los límites de la confidencialidad y el respeto por la autonomía y la privacidad (*Alnutt & Chaplow, 2000*).

Todos los códigos éticos, desde el juramento hipocrático hasta los tiempos modernos, incluyen el deber de la confidencialidad como un principio fundamental. Los dilemas de los dobles compromisos surgen cuando los profesionales de la salud son presionados o requeridos por la ley para revelar información (§64, ver también §70). Por un lado, la confidencialidad es un componente importante al establecer una relación confiable, por el otro, las circunstancias que llevan a una evaluación médica o psicológica pueden requerir de una suspensión de la discreción.

La aclaración de la confidencialidad y de sus límites al principio de la entrevista son de importancia capital para una entrevista bien conducida (§148). “Los clínicos e intérpretes tienen el deber de mantener la confidencialidad de la información y de revelar la información solamente con el consentimiento informado del o la paciente” (§164). Él o ella debe ser claramente informado de cualquier límite de la confidencialidad de la evaluación y de las obligaciones legales para la divulgación de la información.” “Los clínicos deben asegurar que el consentimiento informado se basa en la comprensión adecuada de los beneficios potenciales y las consecuencias adversas de la evaluación y de que el consentimiento se da en forma voluntaria sin coerción de terceros” (§164). En otras palabras, la clarificación de los límites de la confidencialidad puede ser vista como parte del proceso de obtención del consentimiento (*Alnutt & Chaplow, 2000*).

§263: “Es importante tomar en cuenta las razones para la evaluación psicológica, dado que van a determinar el nivel de confidencialidad al que está obligado el experto. Si se requiere una evaluación de la credibilidad del informe de tortura de un individuo dentro del marco de un procedimiento legal por una autoridad del Estado, la persona a ser evaluada tiene que saber que ello implica suspender la confidencialidad médica para toda la información presentada en

el informe. Como quiera, si el requerimiento para la evaluación psicológica proviene de la persona torturada, el experto debe respetar la confidencialidad médica”

*(Consultar §64, §148, §164 y §263 en el Protocolo de Estambul)
Para información adicional, ver §62-72 en el Protocolo de Estambul*

3.2 ¿Cuál debe ser el curso de la entrevista? (Recomendaciones a considerar para un mejor transcurso de la entrevista)

Al inicio de la entrevista, el clínico debe presentarse y explicar su papel y sus limitaciones, el propósito de la entrevista, los límites de la confidencialidad, el contexto, el marco y el proceso de la entrevista (§261).

Se debe dar la explicación de manera que describa detalladamente los procedimientos a seguir (las preguntas hechas acerca de la historia psico-social incluyendo la historia de la tortura y el funcionamiento psicológico actual) y que prepare al individuo para las difíciles reacciones emocionales que puedan provocar las preguntas (§262).

El o la examinado-a debe estar informado-a de que puede pedir recesos o interrumpir la entrevista en cualquier momento. También se le debe permitir retirarse si el nivel de estrés se vuelve intolerable, y se le deba dar la opción de obtener una cita ulterior (§262).

La entrevista debe iniciarse con preguntas generales abiertas, con el fin de animar la elaboración por el examinado. Donde sea preciso, se buscarán mayores detalles sobre la base de la información emitida. La actitud del entrevistador, a la vez que atenta, amistosa y animadora, debe mantener una objetividad adecuada en relación al/a la examinado-a y su situación.

Si las circunstancias lo permiten y cuando lo hagan, la entrevista debe diseñarse de acuerdo a las necesidades del examinado. Episodios breves con interrupciones, comenzando con los temas menos sensibles, después probando mayor profundidad, cerrando la entrevista con un tópico relajante para estar seguro de que se ha calmado la excitación emocional.

Si el entrevistador trata de obtener información sólo a través de las preguntas, sólo recibirá respuestas a sus preguntas. El examinado debe tener la oportunidad y el tiempo para expresarse (§134). Se deberá evitar la estimulación del recuerdo del interrogatorio traumático.

El clínico debe establecer y mantener la privacidad durante la entrevista. La policía y otros oficiales judiciales nunca deben estar presentes en el cuarto de exploración (§123).

El evaluador puede no tener mucho control sobre el arreglo del lugar donde se realiza la entrevista, pero aún los gestos pequeños de parte del evaluador pueden ayudar al entrevistado a sentirse más cómodo. El clínico debe asegurarse de explorar todas las oportunidades para establecer un sitio que sea tan cómodo y privado como sea posible (*Giffard, 2000*), y se deberá disponer de tiempo suficiente para llevar a cabo una entrevista y un examen detallado (§162).

La historia deberá tomarse con sensibilidad, permitiendo al sobreviviente controlar la velocidad de la revelación y dando prioridad a las necesidades identificadas por el superviviente. Si se ha de avanzar se debe desarrollar una relación de confianza, de modo que esta es la mayor prioridad después del diagnóstico o la historia de tortura. La comprensión cultural es esencial para elegir la metodología del examen (*Gurr & Quiroga, 2001*).

(Ver §123, §134, §261, §262 en el Protocolo de Estambul).

Para información adicional, ver el Capítulo IV, en el Protocolo de Estambul.

3.3 ¿Cuáles reacciones potenciales de transferencia y de contratransferencia se pueden encontrar?

Las reacciones personales del sobreviviente de tortura hacia el entrevistador (y el intérprete, si se le incluye en el arreglo) pueden causar un efecto sobre el proceso de la entrevista y, a la vez, sobre el resultado de la investigación. De manera semejante, las reacciones personales del investigador hacia la persona pueden afectar también el proceso y el resultado de la investigación. Es importante examinar los obstáculos a la comunicación efectiva y entender cuál de esas relaciones personales puede influir sobre la investigación (§147).

§264: “Los clínicos que conducen evaluaciones físicas y psicológicas deben estar conscientes de las reacciones emocionales potenciales en el entrevistador y el entrevistado que puedan ser provocadas por las evaluaciones de trauma severo. Estas reacciones emocionales se conocen como transferencia y contratransferencia. La transferencia se relaciona con los sentimientos que tiene un examinado hacia el clínico que se relacionan con las experiencias pasadas pero se malinterpretan como dirigidas personalmente contra el clínico. En adición, las respuestas emocionales del clínico al sobreviviente de tortura, conocidas como contra-transferencia, pueden afectar la evaluación psicológica. La transferencia y la contra-transferencia son mutuamente interdependientes e interactivas”.

Transferencia

§265: “El impacto potencial de las reacciones de transferencia sobre el proceso de evaluación se hace evidente cuando se considera que una entrevista o examen que incluye el recuento y el recuerdo de los detalles de una historia de trauma resulta en la exposición a recuerdos, pensamientos y sentimientos dolorosos e indeseados. Por eso, aún cuando un sobreviviente de la tortura pueda dar su consentimiento a una evaluación con la esperanza de beneficiarse por ella, la exposición resaltante puede ser experimentada a la luz del propio trauma. Esto puede incluir los siguientes fenómenos”

- Las respuestas al evaluador pueden ser experimentadas como una exposición forzada, emparentada con el interrogatorio.
- Puede sospecharse que el evaluador tenga motivaciones voyeuristas y sádicas.
- El evaluador es percibido como una persona en posición de autoridad, lo que frecuentemente es el caso (en un sentido positivo o negativo).
- La atención necesaria a los detalles y el interrogatorio preciso acerca de la historia es percibido con facilidad como un signo de desconfianza o duda de parte del examinador.
- Si el género del evaluador y del torturador es el mismo, la situación de la entrevista puede ser percibida como más semejante a la situación de tortura que si los géneros son diferentes.
- Debido a que el entrevistador no ha sido arrestado y torturado o es miembro de una cultura y etnia diferente, el examinado puede creer que el evaluador no puede entenderlo o creerle, o puede percibir al evaluador como estando del lado del enemigo.

Para todas estas o semejantes percepciones, el sujeto puede experimentar sufrimiento, temor, desconfianza, sumisión forzada, enojo, ira, vergüenza, preocupación o sospecha, o puede estar demasiado confiado y expectante (§266, §267, §268, §269).

Contra-transferencia

El entrevistador debe tomar en cuenta las reacciones personales potenciales hacia el sobreviviente y las descripciones de la tortura que puedan influir sobre las percepciones y juicios del entrevistador (§262).

§271: “Las reacciones de contra-transferencia son frecuentemente inconscientes y cuando uno no está atento a su contra-transferencia, se vuelve un problema. Se espera que se tengan sentimientos al escuchar a individuos hablando de su tortura. Aunque esos sentimientos puedan interferir con la efectividad del clínico, cuando son comprendidos, también lo pueden guiar. Médicos y psicólogos comprometidos con la evaluación y el tratamiento de víctimas de la tortura están de acuerdo que la atención y la comprensión de las reacciones típicas de contra-transferencia son cruciales porque la contra-transferencia puede tener efectos significativamente limitantes sobre la habilidad para evaluar y documentar las consecuencias físicas y psicológicas de la tortura” (§271).

Las reacciones comunes de contra-transferencia incluyen:

- Evasión, rechazo, indiferencia defensiva.
- Desilusión, indefensión, desesperanza y sobre-identificación.
- Omnipotencia y grandiosidad en la forma de sentirse como un salvador, el gran experto en trauma o la última esperanza del sobreviviente.
- Sentimientos de inseguridad, de culpa, ira excesiva contra los torturadores y persecutores o hacia el individuo (§271) (*Steele, et al, 2001, Smith, et al, 1996; Herman, 1992; Bustos, 1990*).

Todos estos factores significan que el evaluador está en riesgo de subestimar la severidad de las consecuencias de la tortura y de olvidar algunos detalles, lo que lleva a dudas infundadas acerca de la veracidad del alegato de tortura y falla para establecer el necesario acercamiento empático.

También puede conducir a la traumatización vicariante, al agotamiento del entrevistador, a la dificultad en el mantenimiento de la objetividad y la sobre identificación con el sobreviviente de tortura.

(Consultar §147-148 y §263-272 en el Protocolo de Estambul)

SECCIÓN 4: Consecuencias psicológico de la tortura

Esta parte del manual de capacitación psicológica sugiere reflexionar sobre los capítulos relacionados con los síntomas en la sección de evidencia psicológica del Protocolo de Estambul. Varios conjuntos de síntomas son enriquecidos por notas complementarias y citas de la literatura especializada.

La tortura es una experiencia vital extraordinaria, capaz de producir un amplio abanico de sufrimientos físicos y psicológicos (§233). Muchas víctimas de tortura experimentan reacciones emocionales profundas y síntomas psicológicos (§235).

4.1 ¿Qué síntomas causados por la tortura se ven con mayor frecuencia?

“Antes de entrar en una descripción técnica de los síntomas y la clasificación psiquiátrica, debe hacerse notar que tales clasificaciones se consideran generalmente como conceptos médicos occidentales, y que la aplicación, ya sea explícita o implícita, a poblaciones no occidentales presenta ciertas dificultades.” Puede argumentarse que las culturas occidentales sufren de una medicalización excesiva de los procesos psicológicos. “La idea de que el sufrimiento mental represente un ‘trastorno’ que reside en un individuo y exhibe un juego particular de síntomas típicos puede no ser aceptable para muchos miembros de sociedades no occidentales” (§239).

Lo que se considera un comportamiento anormal o una enfermedad en una cultura puede no ser visto como patológico en otra (§235) (*Kleinman, 1986; Engelhardt, 1975; Westermeyer, 1985*).

En tanto algunos síntomas pueden presentarse a través de culturas diferentes, pueden no ser los síntomas lo que más importe a los individuos (§236).

Los síntomas deben ser entendidos en el contexto en que se presentan y a través de los significados que representan para los individuos que los experimentan. El sufrimiento y la angustia no son en sí condiciones patológicas. También existe la preocupación de que para los sobrevivientes de la tortura, los síntomas son una respuesta “normal” a la patología social (*Becker, 1995; Gurr & Quiroga, 2001; Summerfield, 2000; Summerfield, 2001; Burnett & Peel, 2001a*).

Los síntomas más comunes encontrados en personas con experiencia de tortura incluyen, pero no se limitan a ellos, los siguientes:

Respuestas psicológicas comunes

a) *Re-experimentación del trauma* (§240)

“Una víctima puede tener flashbacks o recuerdos indeseados, en los que el evento traumático se presenta completo de nuevo, aún cuando la persona esté despierta y consciente, o la víctima pueda tener pesadillas recurrentes que incluyan elementos del evento (o los eventos) traumático en su forma original o simbólica. La angustia ante la exposición a sugerencias indirectas que simbolizan o recuerdan el trauma, frecuentemente se manifiesta por falta de confianza y temor a personas con autoridad, incluidos médicos y psicólogos, especialmente en países o en situaciones donde las autoridades y/o los médicos participan en violaciones a los derechos humanos.

b) *Evasión y embotamiento emocional*

- i) “Evasión de cualquier pensamiento, conversación, actividad, lugar o persona que provoque un recuerdo del trauma;”

Pueden reconocerse ciertos niveles de reacción de evasión, algunas ocasiones la evasión puede conducir a una negación completa del trauma (*Yehuda & McFarlane, 1995*). En algunas situaciones, puede ser difícil reconocer una reacción de evasión en casos crónicos, como resultado de estrategias que se han desarrollado en la vida cotidiana durante muchos años. La víctima difícilmente menciona los síntomas de evasión porque son experimentados como parte de su personalidad y manera de vivir (*Haenel, 2001*).

- ii) “Profunda inhibición emocional;
- iii) Profunda segregación personal y rechazo social;
- iv) Inhabilidad para recordar un aspecto importante del trauma.”

c) *Sobreexcitación*

- i) “Dificultad ya sea para dormirse o para permanecer dormido
- ii) Irritabilidad o explosiones de ira
- iii) Dificultades de concentración
- iv) Hiper-vigilancia, respuesta exagerada de sobresalto
- v) Ansiedad generalizada

- VI) Disnea, sudoración, sequedad de la boca o mareo y sufrimiento gastrointestinal.”

d) Síntomas de depresión (§241)

Pueden estar presentes los siguientes síntomas de depresión:

- I) Estado de ánimo depresivo
- II) Anhedonia: interés marcadamente disminuido o ausencia de placer en las actividades
- III) Trastornos del apetito y pérdida resultante de peso
- IV) Insomnio o exceso de sueño
- V) Agitación o retardo psicomotor
- VI) Fatiga y pérdida de energía
- VII) Sentimientos de minusvalía y de culpa excesiva
- VIII) Dificultad de atención, concentración o memoria
- IX) Pensamientos de muerte y de morir, ideación suicida o intentos de

e) Autovaloración dañada y desesperanza (§242)

La víctima tiene un sentimiento subjetivo de haber sido dañada de manera irreparable y de haber sufrido un cambio irreversible de personalidad (*Holtan, 1998*). Él o ella tiene una sensación de degradación del futuro: no esperando tener carrera, matrimonio, hijos o un lapso normal de vida.

f) Disociación, despersonalización y comportamiento atípico (§243)

La disociación es un trastorno o alteración de la función integrativa normal de la conciencia, la auto percepción, la memoria y las acciones (*van der Kolk et al, 1996*). Una persona puede estar separada o inconsciente de ciertas acciones o puede sentirse dividida en dos y sentir como si estuviera observándose a la distancia.

Es una respuesta común durante los eventos traumáticos extremos que pudiera llevar a la disminución de la percepción o a la percepción distorsionada de diversos aspectos del trauma (*McFarlane, 1995*). No se integran los elementos de la experiencia como un todo unitario, pero se conservan en la memoria como frag-

mentos aislados y guardados como percepciones sensoriales, estados afectivos o como representaciones conductuales (*van der Kolk & Fislser, 1995*).

La despersonalización es el estado de sentirse alejado de uno mismo o de su cuerpo. La persona se queja de una sensación de estar distante o “no realmente aquí”, como si fuera un observador externo de sus procesos mentales o de su cuerpo (por ejemplo, sentirse como si uno fuera un sueño). La persona puede quejarse de que sus emociones, sentimientos o experiencias del yo interior están alejadas, son extrañas y no de ella, o que se siente desagradablemente perdida como si estuviera actuando en un juego.

Los problemas de control del impulso producen comportamientos que el sobreviviente considera altamente atípicos comparados con su personalidad anterior al trauma: un individuo previamente cauto puede involucrarse en comportamientos de alto riesgo.

Los problemas de control de impulsos incluyen la dificultad de modular la ira, comportamientos autodestructivos y suicidas crónicos, dificultad para modular el compromiso sexual y comportamientos impulsivos y riesgosos (*van der Kolk, et al, 1996*).

g) Molestias somáticas (§244)

Los síntomas somáticos como dolor, cefalea u otras molestias físicas, con o sin hallazgos objetivos, son problemas comunes entre las personas torturadas o traumatizadas. El dolor puede ser el único síntoma manifestado. Puede cambiar de lugar y variar en intensidad. Los síntomas somáticos pueden deberse directamente a consecuencias físicas de tortura o pueden ser de origen psicológico, o ambos: Frecuentemente es difícil establecer el origen del dolor.

El dolor crónico es otro aspecto de las secuelas de tortura, acerca del que aún falta información detallada y comprensión, probablemente porque se aplica una amplia variedad de técnicas de tortura. Los niveles físico y psicológico de dolor frecuentemente están vinculados y es difícil distinguirlos en la práctica (*Wenzel, 2002*).

Las molestias somáticas típicas incluyen:

- 1) Cefaleas: son muy comunes entre los sobrevivientes de la tortura una historia de golpes en la cabeza y otras lesiones craneales. Estas lesiones frecuentemente conducen a cefaleas postraumáticas que por su naturaleza son crónicas. Las cefaleas también pueden ser causadas o exacerbadas por tensión y estrés.

- 1) Lumbalgia (*para más información, consultar el manual médico físico de capacitación pp. XXXX*)*

* Nota del editor: Así sale en el original.

Dolor músculo-esquelético (*para más información, consultar el manual médico físico de capacitación pp. XXXX*)

h) Disfunción sexual (§245)

§245: La disfunción sexual es común entre los sobrevivientes de la tortura, particularmente, pero no en forma exclusiva, entre aquellos que han sufrido tortura sexual o violación

Los síntomas pueden ser de origen físico o psicológico, o una mezcla de ambos, e incluyen:

- I) Aversión y huida de todo contacto sexual genital con la pareja
- II) Ausencia o pérdida de deseo sexual
- III) Ausencia de placer sexual
- IV) Interés decreciente en la actividad sexual
- V) Alteración en la excitación sexual
- VI) Temor de la actividad sexual
- VII) Temor de que cualquier pareja sexual “sepa” que la víctima ha sufrido de abuso sexual
- VIII) Temor de haber sufrido daño sexual —los torturadores pueden haber amenazado con esto
- IX) Temor de homosexualidad en varones que hayan sufrido violación anal (algunos hombres heterosexuales pudieron haber tenido una erección y, en ocasiones, eyaculado durante el coito anal no consensuado. (Se les puede asegurar que esta es una respuesta fisiológica).
- X) Inhabilidad para confiar en una pareja sexual
- XI) Falla en la respuesta genital como disfunción eréctil o ausencia de lubricación vaginal
- XII) Alteración en la excitación sexual y disfunción eréctil
- XIII) Vaginismo

XIV) Dispareunia (dolor genital asociado con la relación sexual tanto en un hombre como en una mujer)

XV) Disfunción orgásmica (retardo o ausencia de orgasmo)

XVI) Eyaculación precoz

(Para información adicional, consultar el V sección D.8, en el Protocolo de Estambul)

i) Psicosis (§246)

Las diferencias culturales y lingüísticas pueden ser confundidas con síntomas psicóticos. Antes de etiquetar a alguien como psicótico, se debe evaluar los síntomas dentro del contexto cultural propio del individuo. Las reacciones psicóticas pueden ser breves o prolongadas y los síntomas psicóticos pueden ocurrir mientras la persona está detenida y torturada, así como ulteriormente. La siguiente es una lista de posibles hallazgos:

I) Ilusiones

II) Alucinaciones: auditivas, visuales, táctiles, olfatorias

III) Ideación y comportamiento bizarros

IV) Ilusiones o distorsiones perceptivas: Estas pueden tomar la forma de pseudoalucinaciones y pueden estar en la frontera de los estados psicóticos verdaderos. Las percepciones falsas y las alucinaciones que ocurren al quedar dormido o al caminar son comunes entre la población general y no significan psicosis. No es raro que las víctimas de tortura reporten ocasionalmente que oyen gritos, que se les llama por su nombre o que vean sombras, pero no presenten signos floridos o síntomas de psicosis.

V) Paranoia y delirios de persecución: se debe tener cuidado al definir delirios de persecución, porque en algunos países es frecuente la persecución durante y/o después de la detención.

VI) Puede desarrollarse una recurrencia de trastornos psicóticos o trastornos del estado de ánimo con presentaciones psicóticas entre aquellas personas que tengan un antecedente de enfermedad. Individuos con historia anterior de alteración bipolar, depresión mayor recurrente con comportamientos psicóticos, esquizofrenia y alteración esquizo-afectiva pueden re-experimentar un episodio de tal alteración.

j) Abuso de sustancias (§247)

El abuso de drogas y alcohol se desarrolla frecuentemente de manera secundaria en los sobrevivientes de tortura, como una manera de borrar los recuerdos traumáticos, para regular los afectos y manejar la ansiedad. El estado crónico de tensión interior y de ansiedad puede estar asociado con la tendencia a beber con exceso o con el uso de drogas.

k) Deterioro neuro-psicológico (§248)

“La tortura puede incluir trauma físico que conduce a diversos niveles de deterioro cerebral. Los golpes sobre la cabeza, la sofocación y la desnutrición prolongada pueden tener consecuencias neurológicas y neuro-psicológicas de largo plazo que pueden no haber sido adecuadamente diagnosticadas en el transcurso de un examen médico. Como en todos los casos de deterioro mental que no pueden ser documentados por imagenología craneana u otros procedimientos médicos, el examen y el diagnóstico neuro-psicológicos pueden ser la única manera confiable para documentar sus efectos. Frecuentemente, los síntomas de tales exploraciones muestran un traslape significativo con la sintomatología derivada del trastorno por síndrome de estrés postraumático (TEPT) y con trastornos depresivos mayores. Las fluctuaciones o déficit en el nivel de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento ejecutivo pueden ser resultado de alteraciones funcionales aunque también tener un origen orgánico. Por ello es necesario tener una habilidad especializada en diagnóstico neuro-psicológico, así como cuidado con los problemas de validación transcultural de los instrumentos neuro-psicológicos cuando hayan de hacerse tales diferenciaciones.”

l) Otros

- actitud permanentemente hostil o desconfiada hacia el mundo
- sensación permanente de vacuidad o desesperanza
- sensación permanente de estar cambiado o ser diferente de los demás (distanciamiento/alienación)
- reducción del conocimiento de su alrededor
- sentimientos de vergüenza y culpa del sobreviviente

(Ver §233, §235, y §236, y el capítulo VI sección B: §239-248 del Protocolo de Estambul)

4.2 ¿Cuáles son las categorías diagnósticas más frecuentes de trastorno mental relacionadas con la tortura/trauma?

Clasificaciones diagnósticas (§ 249)

§249: “Debido a que las molestias principales y los hallazgos más notables entre los sobrevivientes de la tortura tienen un abanico muy amplio y se relacionan con las experiencias insólitas del individuo, así como con su contexto cultural, social y político, es prudente que los evaluadores se familiaricen con los trastornos diagnosticados con mayor frecuencia entre los sobrevivientes de trauma y de tortura.”

Hay conjuntos de síntomas y de reacciones psicológicas que han sido observadas y documentadas en sobrevivientes de tortura con cierta regularidad.

§249: “No es raro encontrar un traslape considerable de síntomas así como de comorbilidad en caso de que se presente más de un trastorno mental en las alteraciones mentales traumáticas. Los síntomas más comunes resultantes de la tortura son las diversas manifestaciones de ansiedad y depresión.”

Los dos sistemas prominentes de clasificación son la Clasificación de Alteraciones Mentales y de Conducta en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1994) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, cuarta edición (DSM-IV) (APA, 1994). Para una descripción completa de las categorías diagnósticas, favor de referirse al ICD-10 y al DSM-IV.

Los diagnósticos relacionados con el trauma más comunes son el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y la depresión mayor. En adición debe ser considerado también el cambio duradero de personalidad, especialmente porque toma en cuenta los efectos a largo plazo de estrés extremo (§255).

a) Alteraciones depresivas

Entre los sobrevivientes de la tortura están casi siempre presentes los estados depresivos. “En el contexto de la evaluación de las consecuencias de la tortura, es problemático asumir que el PTSD* y la alteración depresiva mayor son dos entidades nosológicas separadas con etiologías claramente diferenciadas. Las alteraciones depresivas incluyen enfermedad depresiva mayor, como episodio aislado o como trastorno depresivo mayor, y depresión recurrente (más de un episodio). Las alteraciones depresivas se pueden presentar acompañadas o no de características psicóticas, catatónicas, melancólicas o atípicas. De acuerdo con el DSM-IV, para efectuar un diagnóstico de trastorno depresivo mayor deben estar presentes cinco o más síntomas de la siguiente lista durante el mismo periodo de dos semanas y represen-

* Nota del editor: Son las siglas en inglés del TEPT.

tar un cambio respecto al funcionamiento previo (al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer):

- I) Estado de ánimo depresivo,
- II) Marcada disminución del interés o el placer en todas o casi todas las actividades,
- III) Pérdida de peso o cambio en el apetito,
- IV) Insomnio o hipersomnia,
- V) Agitación o retardo psicomotor,
- VI) Fatiga o pérdida de energía,
- VII) Sensaciones de minusvalía o de culpa excesiva o inapropiada,
- VIII) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, y
- IX) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Para hacer este diagnóstico los síntomas deben causar sufrimiento significativo o deterioro del funcionamiento social o laboral, no debidos a alteración psicológica y no considerado por otro diagnóstico en el DSM-IV." (§250)

b) Trastorno de Estrés Postraumático

"El diagnóstico más frecuentemente asociado con las consecuencias psicológicas de la tortura es el trastorno de estrés postraumático (TEPT)". (§251)

En años recientes, el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ha sido aplicado a un creciente conjunto de individuos que sufren el impacto de gran variedad de tipos de violencia (§236).

"La asociación de tortura y diagnóstico de TEPT ha sido muy fuerte en las mentes de los trabajadores de la salud, en los juzgados migratorios y en el público no profesional informado. Ello ha creado la impresión errónea y simplista de que el TEPT es la consecuencia general de la tortura (§251)."

"En todo caso, no se ha establecido la utilidad de este diagnóstico en grupos de culturas no-occidentales. Aún así, la evidencia sugiere que hay altas tasas de TEPT y síntomas de depresión entre las poblaciones de refugiados traumatizados de muy diversos entornos étnicos y culturales." (§236) (*Mollica et al, 1993; Allden et al., 1996*).

"La definición del DSM-IV de TEPT se sustenta fuertemente en la presencia de alteraciones de la memoria en relación al trauma, tales como recuerdos indeseables, pesadillas y/o la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma" (§252).

“El diagnóstico de la CIE-10 de TEPT es muy similar al del DSM-IV. De acuerdo a éste, el TEPT puede ser agudo, crónico o retardado. Los síntomas deben estar presentes durante más de un mes y el trastorno debe causar sufrimiento significativo o disfunción. Para alcanzar el diagnóstico de TEPT, el individuo debe haber estado expuesto a un evento traumático que incluya experiencias de amenaza de muerte para él o ella y otros, que haya producido temor intenso, indefensión u horror.

El evento debe “re-experienciarse” persistentemente de una o varias de las siguientes maneras:

- I) Recuerdos dolorosos indeseados del evento,
- II) Sueños dolorosos recurrentes del evento,
- III) Actuar o sentir como si el evento estuviera sucediendo de nuevo, incluyendo alucinaciones, flashbacks e ilusiones,
- IV) Sufrimiento psicológico intenso a la exposición de recuerdos del evento, y
- V) Reactividad psicológica a la exposición de sugerencias que tengan parecido o simbolicen aspectos del evento” (§252).

“El individuo debe demostrar persistentemente el esquivamiento de estímulos asociados con el evento traumático y/o mostrar adormecimiento general de la capacidad de respuesta, como lo indican al menos tres de los siguientes síntomas:

- I) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma,
- III) Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento,
- IV) Interés disminuido en actividades significativas,
- V) Rechazo o alejamiento de otros,
- VI) Afectividad reducida, y
- VII) Desesperanza.

Para hacer el diagnóstico de TEPT de acuerdo al DSM-IV también es necesaria la persistencia de síntomas de sobreexcitación ausentes antes del trauma, como lo indica la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- I) Dificultad para dormirse o para permanecer dormido,

- II) Irritabilidad o explosiones de ira,
- III) Dificultad para la concentración,
- IV) Hipervigilancia, y
- V) Respuesta exagerada de alarma” (§253).

“Los síntomas de TEPT pueden ser crónicos o fluctuar a través de amplios periodos de tiempo. Durante algunos intervalos, los síntomas de sobreexcitación e irritabilidad dominan el cuadro clínico, en estos momentos el sobreviviente reporta comúnmente el aumento de los recuerdos indeseados, pesadillas y flashbacks. En otros momentos, el sobreviviente aparecerá relativamente asintomático o emocionalmente limitado y aislado” (§254). La ausencia del síntoma al momento de la entrevista constituye un dilema para cualquier procedimiento transversal o esfuerzo de diagnóstico en una sola sesión (*Jaranson et al., 2001*).

De acuerdo con la CIE-10, en cierta proporción de los casos el TEPT puede seguir un curso crónico con muchos años de duración, con una eventual transición a un cambio duradero de la personalidad.

Uno debe tomar en cuenta que el no encontrar los criterios diagnósticos del TEPT no significa que no se haya infligido tortura.

*(Ver §249-254 y §255; and §235, §233, §236
en el Protocolo de Estambul)*

4.3 ¿Cuáles otras categorías diagnósticas son frecuentes?

Las alteraciones mentales relacionadas con la tortura no están limitadas a la depresión y el TEPT, así que los evaluadores deben tener un conocimiento integral de las clasificaciones diagnósticas más frecuentes entre los sobrevivientes de trauma y de tortura. En este sentido, siempre es muy importante una evaluación detallada. El poner énfasis excesivo en los criterios de TEPT y depresión puede resultar en la omisión de otros diagnósticos posibles.

Deberá evitarse una visión simplista del TEPT como respuesta única al trauma, dado que tal percepción puede causar una subestimación de la calidad compleja e incapacitante del trastorno (*McFarlane & Yehuda, 2000*).

El TEPT ha sido descrito como la secuela característica de los eventos vitales extremos, como la guerra y particularmente la tortura. Esta limitación a un enfoque único respecto al diagnóstico y al tratamiento ha sido criticado por ser demasiado estrecho para describir los efectos derivados de los eventos vitales extremos. La investigación de las secuelas del trauma extremo no debe restringirse a un simple diagnóstico de TEPT, sino deberá continuar visualizando una conceptualización más amplia, que incluya categorías negadas tales como el síndrome axial, dado que

el TEPT es frecuente pero puede no ser el único factor de importancia para la investigación y el tratamiento (*Wenzel, et al., 2000*).

Los demás diagnósticos posibles, sin excluir a otros, son los siguientes:

a) Cambio permanente de la personalidad (§255-256)

Las reacciones al estrés extremo, tales como la tortura, son tan heterogéneas y amplias que numerosos estudios clínicos y de investigación han establecido la conveniencia de usar categorías diagnósticas como "alteraciones traumáticas acumulativas" y "complejo de TEPT" para incluir el amplio rango de secuelas del trauma extremo. Hay una larga discusión durante la preparación del DSM IV, donde los síntomas del estrés postraumático complejo se describen bajo "características asociadas" en el diagnóstico del desorden del estrés postraumático. En la CIE-10 se incluye un diagnóstico virtualmente idéntico en la categoría de cambios permanentes de la personalidad a consecuencia de estrés producido por catástrofes (*Lira 1995; Herman, 1992; van der Kolk & Fisler, 1995; Fornari & Pelcovitz 1999*).

Después del estrés por catástrofe o del estrés extremo prolongado, pueden desarrollarse alteraciones de la personalidad adulta en personas con alteración previa de la personalidad. De acuerdo con la CID-10, el diagnóstico de un cambio permanente de la personalidad sólo debiera hacerse si hay evidencia de un cambio preciso, significativo y persistente del patrón perceptivo, de relación o de pensamiento acerca del medio y de él o ella misma después de la exposición a estrés por catástrofe del individuo (por ejemplo experiencia de campo de concentración, tortura, desastre, exposición prolongada a situaciones de peligro para la vida). El cambio de personalidad debe estar asociado con comportamientos inflexibles y de desadaptación ausentes antes de la experiencia traumática.

El diagnóstico excluye cambios que son manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de cualquier trastorno mental previo, así como cambios de personalidad y de conducta debidos a enfermedad, disfunción o daño cerebral.

Para realizar el diagnóstico de cambio permanente de personalidad después de la experiencia de catástrofe de acuerdo con la CID-10, los cambios en la personalidad deben estar presentes al menos durante dos años después de la experiencia al estrés por catástrofe. La CIE-10 especifica que el estrés debe ser tan extremo que "no sea necesario considerar la vulnerabilidad personal para explicar su efecto profundo sobre la personalidad". Este cambio de la personalidad se caracteriza por una actitud hostil y desconfiada ante el mundo, rechazo social, sentimientos constantes de vacuidad o desesperanza (esto puede estar asociado con aumento de la dependencia hacia otros, incapacidad de expresar sentimientos negativos o agresivos y estado de ánimo depresivo prolongado), una sensación permanente de "estar en la orilla" como si se estuviera bajo amenaza constante (este estado crónico de tensión interna y sensación de ser amenazado puede estar asociado con una tendencia a beber con exceso o al uso de drogas); una sensación permanente de estar cambiado o de ser distinto a los demás (alienación), esta sensación puede estar asociada con una experiencia de embotamiento emocional.

b) Abuso de sustancias (§257)

Los clínicos han observado que el abuso de alcohol y drogas se desarrollan con frecuencia de manera secundaria en los sobrevivientes de la tortura, como vía para suprimir recuerdos traumáticos, para regular efectos desagradables y para manejar la ansiedad. Aunque es común la asociación nosológica del TEPT con otras alteraciones, se han realizado pocas investigaciones sistemáticas sobre el abuso de sustancias en sobrevivientes de tortura. Hay una evidencia considerable en otras poblaciones en riesgo de TEPT de que el abuso de sustancias es un importante diagnóstico de patología asociada para los sobrevivientes de tortura (*Friedman & Jaranson, 1994*).

c) Trastorno de ansiedad generalizada (§258)

Presenta ansiedad excesiva y preocupación sobre una diversidad de eventos o actividades, tensión motora y aumento de la actividad autónoma.

d) Trastorno de pánico (§258)

Se manifiesta por ataques recurrentes e inesperados de temor intenso o malestar, e incluye al menos cuatro síntomas, entre los siguientes: sudoración, sofocación, temblor, taquicardia, mareo, náusea, escalofríos u oleadas de calor.

e) Trastorno de estrés agudo (§258)

Esencialmente tiene los mismos síntomas que el TEPT, pero se diagnostica en el lapso de un mes después del evento traumático. Para efectuar el diagnóstico de trastorno de estrés agudo, ya sea durante o después de experimentar el evento estresante, debe presentarse lo siguiente:

Además de los síntomas similares al TEPT (re-experienciación, evasión y excitabilidad aumentada) deben presentarse tres (o más) de los síntomas disociativos: una sensación subjetiva de embotamiento, rechazo o ausencia de capacidad de respuesta emocional. Una reducción de la vigilancia del entorno (por ejemplo, estar ofuscado), des-realización, des-personalización; amnesia disociativa (por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

El trastorno causa clínicamente un sufrimiento significativo o dificultad funcional y dura cuando menos dos días y un máximo de cuatro semanas, y sucede dentro de las cuatro semanas posteriores al evento traumático.

f) Alteraciones somatomorfas (§258)

Aparecen síntomas físicos que no pueden ser explicados por una condición médica.

g) Alteraciones bipolares (§258)

Aparecen episodios maníacos o hipomaniacos con estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, grandiosidad, necesidad disminuida de sueño, ideación rápida, agitación psicomotora y fenómenos psicóticos asociados.

h) Alteraciones debidas a una condición médica general (§258)

Frecuentemente en forma de daño cerebral, con efectos fluctuantes o déficit en los niveles de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento ejecutivo.

i) Fobias

- Tales como fobia social y agorafobia. (§258)

j) Otros

- Alteraciones disociativas (ICD-10, DSM IV)
- Alteraciones conversivas (DSM IV)
- Alteraciones psicóticas agudas y pasajeras asociadas con estrés agudo asociado (ICD-10); trastorno psicótico breve con un agente estresante marcado (DSM IV)
- Trastorno de despersonalización-des realización.

(Ver §255-258 en el Protocolo de Estambul).

4.4 ¿Cuáles son los componentes de la evaluación psiquiátrica?

La evaluación psiquiátrica/psicológica completa debe ser conducida e interpretada de acuerdo con la información proporcionada bajo los acápites de Consideraciones Generales, Advertencias Precautorias, Consideraciones Éticas y Clínicas y Proceso de Entrevista (*los puntos se refieren a §260-261, §274, §290 del Protocolo de Estambul*).

La evaluación psicológica se inicia con el principio de la entrevista, al primer contacto. El vestido, la postura, la manera de recordar y repetir el trauma, los signos de ansiedad o sufrimiento emocional, el embotamiento o la sobreexcitación, los momentos de intensidad emocional, las respuestas temerosas, la postura de la persona y las expresiones corporales mientras está relatando los eventos de la tortura,

el esquivamiento de contacto visual y las fluctuaciones emocionales de su voz pueden proporcionar pistas importantes acerca de su historia personal y su funcionamiento psicológico. No sólo el contenido verbal del examinado (lo que él o ella dice), sino también su manera de hablar (cómo lo dice) es importante para la evaluación psicológica. La persona puede tener dificultades al recordar y recontar lo que ha experimentado o al hablar de sus molestias, pero la comunicación no verbal proporciona información importante acerca de sus síntomas, así como pistas para establecer y mantener una relación efectiva para obtener datos relevantes (*Jacobs, 2000*).

La evaluación psicológica/psiquiátrica debe proporcionar una descripción detallada de la historia del individuo, un examen del status mental, un examen del funcionamiento social, así como la formulación de impresiones clínicas. Siempre deberá llevarse a cabo con atención sobre el contexto cultural. Si es procedente, debe emitirse un diagnóstico psiquiátrico.

Los componentes de la evaluación psicológica/psiquiátrica son los siguientes:

a) Historia de tortura y malos tratos (§275)

“El entrevistador necesita saber al dedillo el asunto legal porque ello va a determinar la naturaleza y la cantidad de información que sea necesaria para lograr la documentación de los hechos.”

Se deberá hacer todo esfuerzo por documentar la historia completa de tortura, persecución y otras experiencias traumáticas relevantes. Esta parte de la evaluación frecuentemente resulta agotadora para la persona que está siendo evaluada. Por tanto, puede ser necesario realizarla en varias sesiones (de ser posible). La entrevista debe iniciarse con un resumen general de los eventos antes de obtener los detalles de las experiencias de tortura.

El acceso mediante una lista metodológica puede ser contraproducente, debido a que todo el cuadro clínico ocasionado por la tortura es mucho más que la simple suma de lesiones producidas por métodos enlistados.

(Para mayor información, ver capítulo IV secciones E, F, G).

b) Molestias psicológicas más frecuentes (§276)

La valoración del funcionamiento psicológico actual constituye el núcleo de la evaluación. Las preguntas específicas acerca de las tres categorías del TEPT descritas en el DSM-IV (re-experimentación del evento traumático, esquivamiento o embotamiento de la capacidad de respuesta, incluida la amnesia, y debe interrogarse sobre la presencia de excitabilidad aumentada.

“Los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales deben ser descritos en detalle, también la frecuencia y los ejemplos de pesadillas y alucinaciones, se deberá tomar en cuenta la respuesta de temor.”

Deben ser tomados en cuenta las estrategias adaptativas y los disparadores, tales como las reacciones de aniversario, estímulos o lugares específicos, situaciones y

tópicos que causan esquivamiento. Así mismo, las molestias físicas y psicológicas aparecidas desde que se registra la tortura, así como su primera presentación, su duración e intensidad.

“La ausencia de síntomas puede deberse a la naturaleza episódica o retardada de la trastorno de estrés postraumático, o bien a su negación debido a la vergüenza.”

c) Historia post-tortura (§277)

“Este componente de la evaluación psicológica busca información sobre las circunstancias actuales de la vida. Es importante preguntar acerca de las fuentes actuales de estrés, tales como la separación o pérdida de los seres amados, la huida del país d origen y la vida en el exilio. En entrevistador debe preguntar también acerca de la capacidad del individuo para ser productivo, de cuidar a su familia y la disponibilidad de apoyos sociales.”

d) Historia pre-tortura (§278, §279)

“De ser relevante, describir la infancia de la víctima, su adolescencia, su estado de adulto joven, el entorno familiar, las enfermedades y la composición de la familia. También deberá hacerse la descripción de la historia educacional y laboral de la víctima. Describir cualquier antecedente de trauma pasado, tales como abuso infantil, trauma de guerra o violencia doméstica, así como el contexto cultural y religioso de la víctima.”

“La descripción de la historia pre-trauma es importante para valorar el status de salud mental y el nivel de funcionamiento psico-social de la víctima de tortura, antes de los eventos traumáticos. De esta forma, el entrevistador puede comparar la salud mental actual con la del individuo antes de la tortura.

Al evaluar la información contextual, el entrevistador debe tener en cuenta que la duración y severidad de las respuestas al trauma están afectadas por múltiples factores. Debido a limitaciones de tiempo y otros problemas, en muchas situaciones de entrevista puede ser difícil obtener toda la información. Sin embargo, es importante obtener suficientes datos acerca de la salud mental, así como del funcionamiento psico-social previo del individuo para obtener una impresión del grado en que la tortura haya contribuido a los problemas psicológicos.”

e) Historia médica (§280)

“La historia médica resume las condiciones pre-trauma de salud, las condiciones actuales de salud, el dolor corporal, los síntomas somáticos, el uso de medicación y sus efectos colaterales, la historia sexual de importancia, antecedentes quirúrgicos y otros datos médicos.”

(Ver capítulo V sección B, de Historia Médica; para evidencia física ver Historia Médica, para evidencia física de tortura ver el capítulo V secciones C y D).

f) Historia psiquiátrica (§281)

“Se deben hacer preguntas acerca de la historia de alteraciones mentales o psicológicas, la naturaleza de los problemas y si recibieron o no tratamiento o requirieron de hospitalización psiquiátrica. El interrogatorio también deberá cubrir el antecedente del uso terapéutico de medicación psicotrópica.”

g) Historia de uso y abuso de sustancias (§282)

“El clínico debe inquirir acerca del uso de sustancias antes y después de la tortura, los cambios en el patrón de uso y abuso, y si las sustancias están siendo usadas para manejar el insomnio o problemas psicológicos/psiquiátricos. Estas sustancias no son sólo alcohol, cannabis u opio, sino que hay también sustancias de uso regional como la nuez de betel y muchas otras.”

h) Examen del estado mental (§283)

“El entrevistador debe tomar nota de la apariencia de la persona, tal como signos de desnutrición, falta de limpieza, cambios en las actividades motoras durante la entrevista, uso del lenguaje, presencia de contacto visual, la capacidad para relacionarse con el entrevistador, y los medios usados por el individuo para establecer comunicación.”

Deben cubrirse los siguientes componentes; todos los aspectos de la exploración del status mental deben ser incluidos en el informe de la evaluación psicológica, aspectos como son:

- Apariencia (identificación personal, conducta y actividad psicomotora, descripción general como postura, colocación, etc.);
- Habla; talante y afecto; pensamiento y percepción (forma de pensar, contenido del pensamiento, alteraciones de pensamiento, alteraciones perceptivas como alucinaciones e ilusiones, despersonalización y des-realización, sueños y fantasías);
- Sensorium (estado de alerta, orientación, concentración y cálculo, deterioro de la memoria —memoria retrógrada, intermedia e inmediata—; conocimiento; pensamiento abstracto; discernimiento; juicio) (*Sadock, B.J., 1999*).

Las respuestas del-la paciente a las cuestiones específicas del status mental son afectadas por su cultura de origen, su nivel educativo, alfabetismo, habilidad del lenguaje y el nivel de aculturación (Trujillo, 1999). La exploración del status mental de los sobrevivientes de tortura requiere de flexibilidad de parte del examinador, quien debe poseer un buen entendimiento del entorno cultural, lingüístico y educacional del cliente antes de intentar cualquier valoración. El nivel educativo es un

factor importante para determinar las preguntas adecuadas y las tareas (*Jacobs, et al., 2001*).

i) Valoración del funcionamiento social (§284)

“El trauma y la tortura pueden afectar directa e indirectamente la capacidad de funcionamiento de una persona. La tortura también puede causar indirectamente la pérdida de capacidad y la discapacidad, las consecuencias psicológicas de la experiencia disminuyen la capacidad del individuo para cuidar de sí mismo, para ganarse la existencia, para sostener una familia y para procurarse educación. El clínico debe valorar el nivel actual de funcionamiento del paciente preguntando acerca de sus actividades cotidianas, su papel social (como ama de casa, estudiante, trabajador), actividades sociales y recreativas, y la percepción de su estado de salud. El entrevistador debe pedir al individuo que valore su propia condición de salud, que declare la presencia o ausencia de sensaciones de fatiga crónica y que informe acerca de cambios potenciales de su funcionamiento general.”

j) Pruebas psicológicas y el uso de listas de chequeo y de cuestionarios (§285)

“Existen pocos datos publicados sobre el uso de pruebas psicológicas (pruebas proyectivas y objetivas de personalidad) en la valoración de sobrevivientes de tortura. También hay insuficiente validación transcultural de las pruebas psicológicas. Estos factores se combinan para limitar seriamente la utilidad de las pruebas psicológicas en la evaluación de víctimas de la tortura. Sin embargo, las pruebas neuro-psicológicas pueden ser de utilidad para valorar casos de lesión cerebral a consecuencia de la tortura.

(Ver también el capítulo VI sección C.4).

Un individuo que haya sobrevivido la tortura puede tener dificultad para expresar en palabras sus experiencias y síntomas. En algunos casos, puede ser útil el empleo del evento traumático y las listas de chequeo o cuestionarios. Si el entrevistador considera la utilidad del evento traumático y las listas de chequeo o cuestionarios, hay muchas disponibles, aunque ninguno es específico para víctimas de tortura.”

k) Impresión clínica

Un aspecto esencial de la evaluación psiquiátrica es la formulación de una declaración concisa de la comprensión del caso por el entrevistador. La interpretación de los hallazgos y la formulación de una impresión clínica es el último paso en el que se discute y evalúa la entrevista completa, por tanto se debe tener cuidado al formular una decisión clínica. Esto se discute en detalle en otro acápite.

(Ref. §286-287 y §156-159 en el Protocolo de Estambul).

I) Recomendaciones (§290)

Las recomendaciones que siguen a la evaluación psiquiátrica dependen de la pregunta hecha al tiempo de haber pedido la valuación. “Los temas a considerar pueden ser de incumbencia legal y judicial, de asilo, reubicación, y de necesidad de tratamiento. Además, las recomendaciones pueden servir para valoraciones ulteriores, tales como pruebas neuro-psicológicas, tratamiento médico o psiquiátrico o una necesidad de seguridad o de asilo.”

SECCIÓN 5: **Evaluación e interpretación de los hallazgos** **—impresión diagnóstica**

5.1 ¿Cómo interpretar los hallazgos psicológicos y formular una impresión diagnóstica?

Al establecer un cuadro clínico para la documentación de la evidencia psicológica de tortura, hay preguntas importantes que hacer: (§286)

- I) ¿Los hallazgos psicológicos son consistentes con el reporte de alegato de tortura?
- II) ¿Los hallazgos psicológicos son los esperados como reacción típica para el caso de estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo?
- III) Dada la evolución fluctuante de las alteraciones mentales relacionadas al trauma, ¿cuál es el marco temporal en relación a los eventos de tortura? ¿En qué momento está el individuo en el curso de la recuperación?
- IV) ¿Cuáles son los agentes estresantes coexistentes que golpean al individuo (por ejemplo continuación de la persecución, emigración forzosa, exilio, pérdida de la familia y status social)? ¿Qué impacto tienen estas situaciones sobre el individuo?
- V) ¿Existen condiciones físicas que compliquen el cuadro clínico? Prestar especial atención a la lesión craneana ocasionada durante la tortura o la detención.
- VI) ¿El cuadro clínico es sugerente de un falso alegato de tortura?"

Los hallazgos deben ser considerados en su conjunto, así como la relación de los componentes particulares entre si. Debe evaluarse y describirse la relación y consistencia entre los eventos y los síntomas.

La mayoría de las investigaciones médico-legales requieren de la comprensión de los fenómenos psicológicos, no sólo del diagnóstico. Frecuentemente es más adecuado referirse a las cuestiones médico-legales en términos de los fenómenos y los síntomas relevantes y evitar los comentarios sobre el diagnóstico hasta que se haya mencionado el asunto (*Allnutt & Chaplow, 2000*).

Si el entrevistador confía solamente en una colección de síntomas psiquiátricos como fueron reportados por la persona torturada, ello puede impedir una apreciación suficiente de los aspectos cualitativos, narrativos y de observación en la valoración del trauma de tortura. Es obvio pero a veces ignorado que las fuentes de datos clínicos incluyen la manera en que la persona se viste, así como su postura, su marcha, sus expresiones faciales, su compleción, peso y movimiento. Cómo él o ella narra su historia, la manera precisa en que se describen los eventos, cuáles emociones son manifiestas y qué pistas no verbales comunica durante la entrevista, la consistencia interna del relato y las particularidades en la descripción de la experiencia (pesadillas, etc.) son cruciales para valorar un alegato de tortura (Jacobs, 2000).

Los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del individuo observados durante la comunicación verbal y no verbal deben anotarse con todos sus detalles. “Los clínicos deben hacer comentarios acerca de la consistencia de los hallazgos psicológicos y el grado de extensión en que estos hallazgos se correlacionan con la alegación de abuso. [...] También deben ser anotados factores como el inicio de síntomas específicos asociados con el trauma, la especificidad de cada uno de los hallazgos psicológicos particulares y los patrones de funcionamiento psicológico.

Deben ser tomados en cuenta factores adicionales, tales como la emigración forzada, la reubicación, las dificultades de aculturación, los problemas de lenguaje, el desempleo, la pérdida del hogar, el status familiar y social [...] Las condiciones físicas, como trauma cefálico o lesión cerebral pueden requerir de una evaluación ulterior. Puede ser recomendada una valoración neurológica y neuro-psicológica.”

El diagnóstico debe ser declarado si el sobreviviente tiene niveles sintomáticos consistentes con uno o más diagnósticos psiquiátricos del DSM IV o la CIE 10. Si no, el grado de consistencia entre los hallazgos psicológicos y la historia del individuo debe ser evaluada como un todo y declarada en el informe t (§288).

Ver el capítulo VI sección C.3 (k), y el capítulo IV sección L, en el Protocolo de Estambul).

5.2 La ausencia de psicopatología diagnosticable ¿significa que la persona no fue torturada? ¿Cómo interpretar los hallazgos en este caso?

“Es importante reconocer que no todos los que han sido torturados desarrollan una enfermedad mental diagnosticable” (§235). La interpretación de los hallazgos no debe depender exclusivamente de la colección de signos y síntomas, y en caso de haber un diagnóstico, la interpretación no debe limitarse a declarar esto.

Debe insistirse en que aún cuando un diagnóstico de alteración mental relacionada con el trauma apoye la demanda de tortura, el no encontrar criterios para un diagnóstico psiquiátrico no significa que la persona no haya sido torturada (§288). La ausencia de signos y síntomas físicos o psicológicos concluyentes no excluye la posibilidad de que la persona haya sido torturada y por lo tanto no invalida el alegato de tortura

(Peel, et al., 2000). "Un sobreviviente de tortura puede carecer del nivel sintomatológico requerido para concordar plenamente con un criterio diagnóstico según el DSM IV o la CID 10 y en esos casos, así como en los otros, los síntomas que presenta el sobreviviente y la tortura que él o ella denuncia haber experimentado, deben ser considerados como un todo. El grado de consistencia entre el relato de tortura y los síntomas que reporta el individuo deben ser evaluados y descritos en el informe" (§288).

(Ver el capítulo VI en el Protocolo de Estambul, particularmente §235, §254, §276 y §288).

5.3 ¿Qué clase de factores pudieran producir dificultades al obtener y evaluar una historia?

Los sobrevivientes de tortura pueden tener dificultades para recordar y relatar los detalles específicos de la experiencia de tortura y otras partes de la historia por diversas razones importantes. Puede haber también otros factores que dificultan la obtención de suficiente información durante una entrevista.

Las alteraciones de la memoria y la disminución de la atención son parte del TEPT, pero tales síntomas también pueden estar presentes en trastornos afectivos, ansiedad, lesión cerebral o desequilibrio electrolítico. La disminución de la memoria puede ser también un síntoma de disociación, de la que se sabe que es utilizada frecuentemente como un manejo estratégico protector en estas circunstancias. Sin duda, la disociación ha sido observada con frecuencia en sobrevivientes de la tortura y debe esperarse que se presente durante la evaluación.

Las estrategias de la tortura son construidas frecuentemente de manera intencional, de tal modo que produzcan confusión, dar información equivocada, o de crear desorientación en tiempo y espacio, esto debe ser visto como un problema especial cuando se trata de obtener un informe inequívoco o completo de los eventos. Todos los esfuerzos para desacreditar al sobreviviente y por ocultar las crueldades infligidas pueden contribuir a crear dificultades en una valoración ulterior. La disminución de la memoria puede, por lo tanto, ser un obstáculo mayor para la obtención de la historia y para posibles procedimientos legales, pero también es un indicador de las secuelas que deben ser consideradas en la evaluación. (Wenzel, 2002, Burnett & Peel 2001,b).

Factores que potencialmente interfieren al dar la historia y al registrarla: (Mollica & Caspi-Yavin, 1992, Sironi, 1989, Wenzel, 2002, Iacopino 2002).

Factores directamente relacionados con la experiencia de tortura:

- Factores durante la propia tortura, como el vendaje de los ojos, la aplicación de drogas, los lapsos de conciencia, etc.
- Desorientación en tiempo y espacio durante la tortura debido a la naturaleza de la tortura o estrés extremo experimentado durante la tortura.

- Lesión neuro-psiquiátrica de la memoria producida por lesiones craneales, sofocación, casi ahogamiento, huelgas de hambre o deficiencias vitamínicas.
- Experimentar eventos similares de manera repetida puede conducir también a dificultades para recordar con claridad los detalles de eventos específicos.

Factores relacionados con el impacto psicológico de la tortura

- Las alteraciones de la memoria relacionadas con el TEPT para recordar el evento traumático, tales como recuerdos no deseados, pesadilla y la incapacidad para recordar detalles importantes del evento.
- Negación y esquivamiento, usados en esta circunstancia particular como mecanismos de manejo protector.
- Gran excitación emocional y disminución de la memoria secundaria a enfermedades mentales relacionadas con el trauma, tales como depresión y trastorno de estrés postraumático.
- Otros síntomas psicológicos tales como dificultades de concentración, fragmentación o represión de memorias traumáticas, confusión, amnesia (*van der Kolk & Fisler, 1995*).
- Sentimientos de culpa o vergüenza.

Factores culturales:

- Diferencias culturales en la percepción del tiempo.
- Sanciones prescritas por la cultura que permiten experiencias traumáticas que se pueden revelar solamente en entornos altamente confidenciales.

Factores relacionados con las condiciones de entrevista u obstáculos para la comunicación

- Temor de colocarse uno mismo o a otros en situación de riesgo.
- Falta de confianza en el clínico examinador y/o en el intérprete.
- Falta de sensación de seguridad durante la entrevista.
- Obstáculos ambientales tales como falta de privacidad, incomodidad del lugar de la entrevista, tiempo inadecuado de la entrevista (*Iacopino, 2002*).

- Obstáculos físicos tales como dolor u otras incomodidades, fatiga, déficit sensoriales (*Iacopino, 2002*).
- Obstáculos socio-culturales tales como el género del entrevistador, el lenguaje y las diferencias culturales (*Iacopino, 2002*).
- Obstáculos debido a reacciones de transferencia/contra-transferencia durante la entrevista
- Entrevistas mal conducidas y/o mal estructuradas.

(Ver §141-143, §252, §289 en el Protocolo de Estambul)

5.4 ¿Qué hacer respecto de las inconsistencias en la historia reportada de una persona?

Las numerosas causas posibles de disminución de la memoria o de concentración subrayan la necesidad de una evaluación completa usando datos sobre la región, el contexto social, los hallazgos físicos y todos los demás datos que no pongan una cantidad desordenada de estrés sobre el sobreviviente.

El miedo de revelar experiencias vergonzosas, particularmente violación y otras formas de tortura sexual, puede conducir a un reporte incompleto, especialmente en culturas en las que víctimas conocidas de violación son estigmatizadas o perseguidas incluso por miembros de la familia (*Wenzel, 2002*).

Los perfiles simulados o agravados deben esperarse solamente bajo ciertas circunstancias, dado que el estigma añadido a un diagnóstico psiquiátrico y la falta de información sobre las secuelas de tortura los convierte en una opción improbable en la mayor parte de los países (*Wenzel, 2002*).

Sin embargo, es importante reconocer que algunas personas alegan falsamente tortura por una serie de razones, y que otras pueden exagerar una experiencia relativamente menor por razones personales o políticas. El investigador debe estar siempre alerta ante estas posibilidades y tratar de identificar las razones potenciales para la exageración o la fabricación. No obstante, el clínico debe tener también presente que tal fabricación requiere de un conocimiento detallado acerca de los síntomas relacionados con el trauma que los individuos raramente poseen (§289).

Estar atento a que las inconsistencias no necesariamente significan la falsedad de un alegato (*Giffard, 2000*), en cambio, las inconsistencias pudieran indicar precisamente lo opuesto. Interpretar las inconsistencias de inmediato como simulación y alegatos falsos puede introducir errores en la evaluación, que pudieran tener serias consecuencias para la persona que está siendo evaluada.

Las inconsistencias en una historia personal pueden surgir por uno o todos los factores arriba mencionados llevando a dificultades en el recuerdo y el recuento de la historia.

“El individuo puede ser incapaz de recordar con precisión los detalles específicos de los eventos de tortura, pero será capaz de recordar los principales temas de la experiencia de tortura. Por ejemplo, la víctima puede ser capaz de recordar haber sido violada en varias ocasiones pero no de dar los datos exactos, sitios y detalles de los lugares y de los perpetradores. Bajo tales circunstancias, la incapacidad para recordar detalles precisos apoya, más que descartar, la credibilidad de la historia de un sobreviviente. Los temas principales en la historia también serán consistentes en la re entrevista” (§252).

Al hacer las mismas preguntas de forma diferente o mediante la revisión de inconsistencias desde distintos ángulos, puede a veces ser posible resolverlas (*Giffard, 2000*).

“De ser posible, el investigador debe pedir una aclaración ulterior. Si esto no es posible, el investigador debe buscar otra evidencia que apoye o refute la historia. Un entretreído de detalles consistentes de apoyo al alegato de tortura puede corroborar y aclarar la historia de la persona. Aunque el individuo pueda ser incapaz de proporcionar los detalles deseados por el investigador, tales como fechas, horas, frecuencias, identidades exactas de los perpetradores, surgirán los temas de los eventos generales y la tortura aparecerá y se elevará con el tiempo” (§142).

“Si el entrevistador sospecha la fabricación, se deberán planear nuevas entrevistas para ayudar a clarificar las inconsistencias en el informe. Los familiares y amigos pueden ser capaces de corroborar detalles de la historia.

- Si el clínico realiza exploraciones adicionales y todavía sospecha la fabricación, debe referir al individuo a otro clínico y pedir la opinión del colega.
- La sospecha de fabricación debe ser documentada con la opinión de dos clínicos” (§289).

(Ver §142, §143, §252, §289 en el Protocolo de Estambul)

5.5 Reporte

En la mayoría de los casos los informes no son preparados por un equipo de colaboradores, o la evaluación física y la psicológica son realizadas por diferentes clínicos en distintos momentos y bajo diferentes condiciones. En estos casos, el clínico que realiza la evaluación psicológica debe preparar un informe independiente que refleje toda la información obtenida durante la valoración e indicar su opinión acerca de la situación.

“El medico no debe asumir que la solicitud oficial para realizar una evaluación médico-legal ha informado todos los hechos materiales. Es responsabilidad del médico el descubrir e informar acerca de todos los hallazgos materiales que considere relevantes, aún cuando pudieran ser considerados como irrelevantes o adversos al caso de la parte que esté solicitando el examen médico. Los hallazgos que sean consistentes con la tortura u otras formas de maltrato no deben ser excluidos de un informe médico-legal bajo ninguna circunstancia” (§161).

Al preparar un informe de la evaluación psicológica, se deberán seguir todos los principios básicos sobre el informe (ver el Anexo IV en el Protocolo de Estambul).

Se deberá usar un formato de informe de acuerdo con el Anexo IV de las "Normas para la evaluación y tratamiento médico de la tortura" del Protocolo de Estambul. Estas normas no intentan ser una prescripción rígida, pero deben aplicarse después de una valoración de recursos disponibles y tomando en cuenta el propósito de la evaluación.

"El informe médico debe ser factual y cuidadosamente redactado. Se deberá evitar la jerga profesional. Toda la terminología médica se deberá definir de modo que sea comprensible para personas no profesionales" (§161).

Es importante hacer el informe fácil de leer y de comprender. Resnick sugiere el uso de los principios de claridad, brevedad, simplicidad y humanidad. Se deberán evitar las declaraciones enredadas y ambiguas; en su lugar se deberán usar palabras sencillas tanto como sea posible. Si es inevitable el uso de términos técnicos, se deberán de explicar sus significados entre paréntesis. Toda la información obtenida necesita ser incluida en el informe (*Allnutt & Chaplow, 2000*).

El informe de la evaluación psicológica debe incluir en detalle las siguientes secciones:

"La introducción debe contener la mención de la fuente de referencia, un resumen de fuentes colaterales (tales como registros médicos, psiquiátricos y legales) y la descripción de los métodos de valoración usados (entrevistas, inventarios de síntomas y listas de chequeo, pruebas neuro-psiquiátricas)" (§274).

- Información del caso (incluyendo datos personales, identificación, consentimiento informado y condiciones de la evaluación médica entre otras) (anexo IV- Sección 1) (Ver también §122-125)
- Información del contexto (Anexo IV-Sección 4) (Ver también §135, §278)
- Historia de tortura y malos tratos (Anexo IV-Sección 5) (Ver también el capítulo IV secciones E, F, G, y §275)

Historia psicológica/exploración:

Se deberán describir en detalle los siguientes elementos de la evaluación psicológica en el informe final:

- Molestias psicológicas actuales (Para mayor información ver §239-248; §276, y también §233, §235, §236, §253)
- Historia post-tortura (§277)
- Historia pre-tortura (§278, §135)
- Historia médica (§280, capítulo V secciones B, C, D, E)

- Antecedentes psiquiátricos/psicológicos (§281)
- Antecedentes de uso y abuso de sustancias (§282)
- Examen del estado mental (§283)
- Valoración del funcionamiento social (§284)
- Pruebas psicológicas, pruebas neuro-psicológicas, etc. (para indicaciones y limitaciones ver §285, §292-297)
- Juntas médicas (Anexo IV-Sección 11) (si aplica)
- La interpretación de los hallazgos —impresiones clínicas (Anexo IV-Sección XII) se deberá formular de acuerdo con la información proporcionada en el Protocolo de Estambul (ver §141-143, §156-159, §235, §252, §254, §276, §286-289) y resumida en el capítulo “Interpretación de los hallazgos” de este manual.

El informe de evaluación debe: (anexo IV)

- a) Correlacionar el grado de consistencia entre los hallazgos psicológicos y el informe de alegato de tortura de manera detallada y explicativa.
- b) Proporcionar una valoración de si los hallazgos psicológicos son esperados o reacciones típicas al estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo.
- c) Indicar el status del individuo en la evolución fluctuante de los trastornos mentales relacionados con el trauma, esto es, cuál es el marco temporal en relación a los eventos de tortura y dónde se encuentra el individuo en el curso de la recuperación.
- d) Identificación de todos los elementos estresantes que afectan al individuo (por ejemplo, continuación de la persecución, migración forzosa, exilio, pérdida de la familia y del papel social, etc.) y el impacto que estos puedan tener sobre el individuo.
- e) Mención de las condiciones físicas que puedan contribuir al cuadro clínico, especialmente en relación con la posible evidencia de lesión craneana producida durante la tortura y/o la detención.

(Ver Anexo IV en el Protocolo de Estambul)

(Para mayor información, ver también el IV secciones A, B, C, L; Capítulo VI sección C.3 (k); §161, §235, §252, §254, §276, §288, §289).

Conclusiones y recomendaciones, deberán incluir lo siguiente:

(Anexo IV-Sección 13)

- 1) Declaración de la opinión acerca de la consistencia entre todas las Fuentes de evidencia y los alegatos de tortura y malos tratos.
- 2) Reiteración de los síntomas y/o discapacidades que el individuo continua padeciendo como resultado del alegato de abuso.
- 3) Proporcionar todas las recomendaciones para ulteriores evaluaciones y/o cuidados para el individuo.

Firma del clínico, fecha y lugar, calificaciones del clínico y anexos de importancia.

(Ver también el Capítulo VI, sección C.3 y sección C.4 (b))

BIBLIOGRAFÍA

- ALLDEN K, Poole C, Chantavanich S, Ohmar K, Aung NN, Mollica R. (1996). Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile. *American Journal of Public Health* 86(11): 1561-1569.
- ALLDEN, K (2002). The psychological consequences of torture. In: Iacopino V, Peel M, editors. *The medical documentation of torture*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 117-132.
- ALNUTT SH, Chaplow D (2000). General principles of forensic report writing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6): 980-987.
- AMERICAN Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Fourth Edition. Washington, DC.: APA.
- BECKER, D (1995). The deficiency of the concept of posttraumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. In: Kleber EJ, Charles RF, Gerson BPR, editors. *Beyond trauma-cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 99-110.
- BURNETT A, Peel M (2001a). The health of survivors of torture and organised violence. Asylum seekers and refugees in Britain. Part 3. *British Medical Journal* 322 (7286): 606-609.
- BURNETT A, Peel M (2001b). What brings asylum seekers to the United Kingdom?. Asylum seekers and refugees in Britain. Part 1. *British Medical Journal* 322 (7284): 485-488.
- BUSTOS, E (1990). Dealing with the unbearable: reactions of therapists and therapeutic institutions to survivors of torture. In: Suedfeld P, editor. *Psychology and torture*. New York: Hemisphere Publishing: 143-163.
- EHRENREICH, JH (2003). Understanding PTSD: forgetting 'trauma'. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 3(1): 15-28.
- ENGELHARDT, HT (1975). The concepts of health and disease. In: Engelhardt HT, Spicker SF, editors. *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.: 125-141.

- FISCHER G, Gurriss NF (1996). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In: Senf W, Broda M, editors. *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme.
- FORNARI VM, Pelcovitz D (1999). Identity problem and borderline disorders. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 2922-2932.
- FRIEDMAN M, Jaranson J (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept. In: Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, editors. *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington DC: American Psychological Association Press: 207-227.
- GIFFARD, C (2000). *The torture reporting handbook: how to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights*. Colchester: University of Essex. Human Rights Centre.
- GURR R, Quiroga, J (2001). Approaches to torture rehabilitation: a desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. *Torture* 11(Suppl.1).
- GURRIS, NF, Wenk-Ansohn, M (1997). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A, editor. *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg: Springer: 275-308.
- HAENEL, F (2001). Assessment of the psychic sequelae of torture and incarceration (I) : a case study. *Torture* 11(1): 9-11.
- HERLIHY J, Scragg P, Turner S (2002). Discrepancies in autobiographical memories: implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. *British Medical Journal* 324(7333): 324-327.
- HERMAN, JL (1992). *Trauma and recovery*. [S.l.]: Basic Books.
- HOLTAN, NR (1998). How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care. In: Jaranson JM, Popkin MK, editors. *Caring for Victims of Torture*. Washington, D.C., American Psychiatric Press: 107-113.
- IACOPINO, V (2002). History taking. In: Iacopino V, Peel M, editors. *The medical documentation of torture*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 101-115.
- JACOBS, U (2000). Psycho-political challenges in the forensic documentation of torture: the role of psychological evidence. *Torture* 10(3): 68-71.
- JACOBS U, Evans III FB, Patsalides B (2001). Principles of documenting psychological evidence of torture. Part II. *Torture* 11(4): 100-102.
- JANOFF-BULMAN, R (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- JARANSON JM, Kinzie JD, Friedman M, Ortiz D, Friedman MJ, Southwick S et al. (2001). Assessment, diagnosis, and intervention. In: Gerrity E, Keane TM, Tuma F, editors. *The mental health consequences of torture*. New York: Kluwer Academic: 249-275.
- KIRA, IA (2002). Torture assessment and treatment: the wraparound approach. *Traumatology* 8(2): 61-90.
- KLEINMAN, A (1986). Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care. Paper delivered at WPA Regional symposium on Psychiatry and its Related Disciplines.
- KORDON DR, Edelman L, Lagos DM, Nicoletti E, Bozollo RC, Kandel E (1988). *Torture in Argen-*

- tina. In: Kordon DR, Edelman LI, editors. *Psychological Effects of Political Repression*. Buenos Aires: Hipolito Yrigoyen: 95-107.
- LIRA Kornfeld, E (1995). The development of treatment approaches for victims of human rights violations in Chile. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 115-132.
- MANLEY, MRS (1999). Psychiatric interview, history and mental status examination. In: Sadock BJ, Sadock V A , editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 652-665.
- McFARLANE, AC (1995). The severity of the trauma: issues about its role in posttraumatic estrés disorder. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 31-54.
- McFARLANE AC (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic estrés: the effects of overwhelming experience on mind, body, and the society*. New York: The Guilford Press: 154-182.
- McFARLANE AC, Yehuda, R (2000). Clinical treatment of posttraumatic estrés disorder: conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34 (6): 940-53.
- MOLLICA RF, Caspi-Yavin Y (1992). Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms. In: Basoglu M, editor. *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press: 253-274.
- MOLLICA RF, Donelan K, Tor S, Lavelle J, Elias C, Frankel M et al. (1993). The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA* 270(5): 581-586.
- PEEL M, Hinshelwood G, Forrest D (2000). The physical and psychological findings following the late examination of victims of torture. *Torture* 10(1): 12-15.
- SADOCK, BJ (1999). Psychiatric report and medical record. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 665-677.
- SHAPIRO, D (2003). The tortured, not the torturers, are ashamed. *Social Research* 70(4): 1131-1148.
- SIMPSON, MA (1995). What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 187-212.
- SIRONI, F. (1989) Approche ethnopsychiatrique des victimes de torture. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 13: 67-88.
- SMITH B, Agger I, Danieli Y, Weisaeth L (1996). Health activities across traumatized populations: emotional responses of international humanitarian aid workers. In: Danieli Y, Rodley NS, WEISAETH L, editors. *International responses to traumatic estrés*. New York: Baywood Publishing Company: 397-423.
- SOMNIER F, Vesti P, Kastrup M, Genefke I (1992). Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence. In: Basoglu M, editor. *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press: 56-72.
- STEELE K, van der Hart O, Nijenhuis ERS (2001). Dependency in the treatment of complex

- posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation* 2(4): 79-116.
- SUMMERFIELD, D (1995). Addressing human response to war and atrocity: major challenges in research and practices and the limitations of Western psychiatric models. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 17-30.
- SUMMERFIELD, D (2000). War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal* 321(7255): 232-235.
- SUMMERFIELD, D (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal* 322(7278): 95-98.
- TRUJILLO, M (1999). Cultural psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock V A , editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 492-500.
- TURNER SE, Yüksel S, Silove D (2003). Survivors of mass violence and torture. In: Green BL, Friedman MJ, de Jong J, Solomon SD, Keane TM, Fairbank JA et al., editors. *Trauma interventions in war and peace: prevention, practice, and policy*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 185-211.
- VESTI P, Somnier F, Kastrup M (1996a). Psychological reactions of victims during torture. Medical ethics, torture & rehabilitation, Conference, Psychosocial Trauma and Human Rights Program 2-5 October 1996, Bangkok.
- VESTI P, Somnier F, Kastrup M (1996b). Psychological after-effects of torture. Medical ethics, torture & rehabilitation, Conference, Psychosocial Trauma and Human Rights Program 2-5 October 1996, Bangkok.
- VAN DER KOLK BA; Fislér R (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress* 8 (4): 505-525.
- VAN DER KOLK BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry* 153(7 Suppl): 83-93.
- VARVIN, S (1998). Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: integration, symbolization, and mourning. *American Journal of Psychotherapy* 52(1): 64-71.
- WENZEL, T (2002). Forensic evaluation of sequels to torture. *Current Opinion in Psychiatry*, 15 (6): 611-615.
- WENZEL T, Griengl H, Stompe T, Mirzai S, Kieffer W (2000). Psychological disorders in survivors of torture: exhaustion, impairment and depression. *Psychopathology* 33(6): 292-296.
- WESTERMEYER, J (1985). Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. *American Journal of Psychiatry* 142(7): 798-805.
- WORLD Health Organization (1994). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- YEHUDA R, McFarlane AC (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 152(12): 1705-1713.

**El Protocolo de Estambul:
Pautas Internacionales para la Investigación
y Documentación de la Tortura**

Materiales de Referencia

**EXAMEN FÍSICO MÉDICO DE VÍCTIMAS
DE TORTURA ALEGADAS**

**Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul
— para Médicos ***

* Se agradece al IRCT el permiso para reproducir esta guía.

El Protocolo de Estambul: Pautas Internacionales
para la Investigación y Documentación de la Tortura
Materiales de Referencia

EXAMEN FÍSICO MÉDICO DE VÍCTIMAS DE TORTURA ALEGADAS
Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul — para Médicos

Ole Vedel Rasmussen, MD, DMSc
Stine Amris, MD
Margriet Blaauw, MD, MIH
Lis Danielsen, MD, DMSc

EL PROYECTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ESTAMBUL 2003 - 2005
(publicado originalmente en 2004)
Internacional y Adaptación Nacional — Inglés, Francés y Español

Esta guía fue desarrollada por el Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura (IRCT) como parte del Proyecto para la Implementación del Protocolo de Estambul, una iniciativa de Médicos para Derechos Humanos (PHR USA), la Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT), la Asociación Mundial de Médicos (WMA), y el Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura (IRCT)

© International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)

Borgergade 13
P.O. Box 9049
DK-1022 Copenhagen K
DENMARK

Tel: +45 33 76 06 00
Fax: +45 33 76 05 00
E-mail: irct@irct.org
<http://www.irct.org>

Sumario

271	Preámbulo
271	Propósito y contenidos de este manual
273	Introducción
273	Certificado médico
274	Confusiones
274	Referencias
275	SECCIÓN 1: Hallazgos dermatológicos en alegatos de tortura
275	Cambios macroscópicos
276	Descripción de lesiones de la piel
277	Traumatismo contuso
278	Traumatismo cortante
279	Lesiones térmicas
280	Lesiones producidas por corrosión
281	Lesiones producidas por descargas eléctricas
282	Enfermedades de la piel
283	Alteraciones microscópicas
284	Referencias
286	SECCIÓN 2: El sistema músculo-esquelético
287	Posibles lesiones en el sistema músculo-esquelético después de la tortura física
287	Lesiones del tejido blando
288	Tono muscular
289	Amplitud de extensión del movimiento
289	Puntos sensibles y desencadenantes
289	Inflamación músculo-tendinosa
289	Daños en los ligamentos
290	Daños óseos

291	Lesiones posibles y diagnóstico del sistema músculo-esquelético de acuerdo a formas específicas de tortura física
291	Suspensión por los brazos
293	Síntomas y signos agudos
293	Síntomas y signos en la fase crónica
294	Examen clínico
294	Falanga
294	Síntomas y signos agudos
295	Síntomas y signos en la fase crónica
295	Teorías explicativas del dolor persistente y la disfunción podálica después de la falanga
295	Amortiguación reducida del impacto en los cojinetes de los talones
296	Cambios en la fascia plantar
296	Síndrome del compartimiento cerrado
297	Dolor neurogénico
297	Marcha alterada
297	Examen clínico
298	Aspectos neurológicos
298	Referencias
300	SECCIÓN 3: Alteraciones cardiopulmonares
300	Alteraciones gastrointestinales
301	Alteraciones urológicas
303	Alteraciones otorrinolaringológicas
303	Referencias
304	SECCIÓN 4: Exámen ginecológico
306	SECCIÓN 5: Exploración de niños
307	Referencias

Preámbulo

La tortura es uno de los actos más inhumanos que un individuo puede infligir a otro. A pesar de que la tortura está prohibida por leyes internacionales, sucede en muchos países en todo el mundo.

El Protocolo de Estambul, elaborado durante tres años por cerca de 40 expertos en ciencia forense y derechos humanos, proporciona directrices integrales y prácticas para la valoración de personas que declaran haber padecido tortura y maltrato, para investigar casos de tortura declarada y para reportar los hallazgos a las autoridades pertinentes.

El Protocolo de Estambul fue remitido al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos el 9 de agosto de 1999. Los Principios de Estambul fueron respaldados por Resolutivos de la Comisión de Derechos Humanos y de la Asamblea General, y el Protocolo fue publicado por la Oficina del Alto Comisionado para Derechos Humanos en su Serie de Capacitación Profesional.

A pesar de su categoría internacional entre expertos legales, de salud y derechos humanos, el conocimiento del Protocolo de Estambul es aún relativamente limitado. En muchos casos, los currículos universitarios de medicina y derecho no contienen enseñanzas acerca del examen de víctimas de tortura, del tratamiento ni de las consecuencias de la tortura. En consecuencia, muchos profesionales de la salud y el derecho poseen insuficiente o ninguna capacitación en la investigación y documentación de la tortura, lo que requiere de habilidades técnicas específicas tanto de procedimientos médicos como legales para ser llevadas a cabo de manera eficaz.

Propósito y contenidos de este manual

El propósito del presente manual es la facilitación del trabajo de profesionales del derecho y de la salud en la utilización del Protocolo de Estambul. No se detallan todos los aspectos de la exploración de las supuestas víctimas de la tortura. Este manual no sustituye al Protocolo de Estambul. Deberá ser utilizado junto con el Protocolo de Estambul.

Como en el Protocolo de Estambul, la tortura se define en esta guía de acuerdo con la definición de la tortura en el artículo 1 de la Convención de UN contra la Tortura (CCTNU):

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

El manual describe el examen médico físico y los síntomas físicos en relación con la tortura. Pone énfasis en la importancia del certificado médico. Se divide en varias secciones. Cada sección se refiere a un párrafo relevante y un capítulo del Protocolo de Estambul.

En esta parte se desarrollan las secciones sobre hallazgos dermatológicos y los síntomas relacionados con el sistema músculo-esquelético. El texto acerca de los hallazgos dermatológicos consecuentes a la denuncia de tortura también se encuentra en CD-ROM, con fotografías y figuras que apoyan el texto. Los síntomas relativos al sistema músculo-esquelético son las quejas físicas que se reportan con mayor frecuencia.

Aunque los hallazgos y síntomas del sistema músculo-esquelético en etapas tardías son generalmente inespecíficos, son importantes para fundamentar la historia de tortura. Se hace notar que “La distinción entre métodos de tortura física y psicológica es artificial. Por ejemplo, la tortura sexual causa síntomas tanto físicos como psicológicos, aún cuando no haya habido violencia física” (Protocolo de Estambul §144).

Esta guía deberá usarse en conjunto con dos manuales separados: uno sobre evidencia psicológica de tortura y otro diseñado para profesionistas en leyes.

En adición a esta guía se ha desarrollado un CD-ROM. El CD-ROM proporciona fotografías de métodos e instrumentos de tortura, así como evidencias microscópicas y macroscópicas.

Introducción

El examen físico referente a la tortura y otras violaciones a los derechos humanos correlacionadas puede tener dos propósitos:

1. Documentación de denuncias de tortura
2. Tratamiento de problemas de salud

Este manual se enfocará en el primer propósito.

En este capítulo se describirán las secuelas somáticas agudas y crónicas de la tortura en los distintos sistemas del organismo.

Un examen físico referente a problemas de salud no puede estar aislado; deberá combinarse con exámenes psicológicos y psiquiátricos, así como con una valoración del funcionamiento social.

Certificado médico

Cuando un médico escribe un certificado después de un examen médico de una persona que declara haber sido torturada, es extremadamente importante que el facultativo exponga el grado de consistencia con la historia de tortura.

Una conclusión indicativa del grado de consistencia de la historia declarada de tortura se deberá basar en la discusión de posibles diagnósticos diferenciales (lesiones no relacionados con tortura —incluidas las lesiones auto infligidas— así como enfermedades).

El grado de consistencia se deberá indicar como sigue:

1. Alto grado de consistencia
2. Consistente con la declaración de tortura, grado moderado de consistencia
3. Consistente con la declaración de tortura, ligero grado de consistencia
4. Los cambios no pueden sustentar la historia de tortura

Los diferentes métodos de tortura física dejan distintas secuelas físicas. Por tanto, una parte muy importante del examen físico es la obtención detallada de los métodos de tortura declarados como los que fueron usados contra la persona. Muchas víctimas de la tortura pueden tener dificultades para recordar los detalles exactos de la tortura a la que fueron sometidos y algunas veces relatan historias contradictorias en entrevistas sucesivas. También es importante tomar en cuenta que los problemas mentales tienen serias implicaciones sobre la salud. Las condiciones de stress prolongado han mostrado en muchos estudios secuelas somáticas a través de la vía neuro-humoral y de otros mecanismos.

(Consultar §160-161, §167-168 y §186-187)

Confusiones

Como fuera señalado al inicio de la presente sección, el registro de la historia es el elemento crucial de la valoración médica de un refugiado que declara haber sido torturado. En relación a ello hay tres confusiones principales:

1. Las víctimas pudieran no siempre relatar lo que han vivido
2. El relato de las víctimas puede no siempre ser la verdad, y finalmente
3. Ellas pudieran no siempre estar conscientes del momento de aparición de una enfermedad no relacionada con la tortura, por lo que pudieran sugerir equivocadamente su relación con la tortura

La siguiente historia del caso relatado por Jakobsson (1991) ilustra muy bien la primera posibilidad:

“Una mujer de 20 años de edad de un país de Medio Oriente anduvo por la calle sin velo, así como con pintura labial y uñas coloreadas. Fue aprehendida por la “policía de castidad”. En la estación fue violada por policías y su mano derecha fue puesta en un Molino de carne. Después de algún tiempo recibió tratamiento quirúrgico, pero perdió tres dedos. Llegó a Suecia con su mano derecha escondida en la manga y no mostró sus lesiones a la policía ni al abogado. Su petición de asilo fue rechazada. Después de mostrar la evidencia obtuvo asilo poco después de su solicitud.

Este caso muestra que a veces es difícil para las víctimas de la tortura ser tomadas en serio, así como mostrar sus lesiones y hablar de ellas.”

REFERENCIAS

Jakobsson, S. W. (1991). *Brett samarbete nödvändigt för diagnostik och behandling av tortyrskador*. *Läkartidningen*, 88, 4261-4264.

SECCIÓN 1: Hallazgos dermatológicos en alegatos de tortura

Cambios Macroscópicos

La significancia de las lesiones de la piel está relacionada frecuentemente con la documentación de una historia de tortura. Las lesiones agudas pueden causar problemas de salud, por ejemplo dolor e infecciones secundarias, incluidos problemas con la cicatrización, especialmente cuando están localizadas en un área con insuficiencia venosa o arterial.

Las cicatrices localizadas cerca de una articulación pueden ocasionar contractura, movilidad disminuida de la articulación y dolor durante el movimiento.

Además de esto, las cicatrices rara vez molestan al paciente, aunque a veces sean de importancia cosmética porque pueden recordar la tortura y contribuir al sentido de modificación de la identidad inducido por la tortura.

Es importante una historia detallada de la supuesta tortura y los síntomas asociados que ha inducido, para poder valorar la significancia de las lesiones dermatológicas observadas.

Es particularmente importante la información acerca de la posición de la víctima y del torturador durante la tortura, así como la información acerca de la forma de los instrumentos que se hayan puesto en contacto con la piel. En los casos de ausencia o inespecificidad de las lesiones, una historia típica puede ser la única base para la denuncia de tortura, como por ejemplo en algunos casos de tortura eléctrica.

También es importante la historia de enfermedades de la piel y de lesiones no relacionadas con la tortura.

La exploración deberá incluir toda la superficie del cuerpo, para detectar signos de

1. Enfermedades de la piel
2. Lesiones no relacionadas con la tortura

3. Lesiones relacionadas con la tortura

Las secuelas relacionadas a la piel pueden ser:

1. Lesiones resultantes de daños físicos directos
2. La aparición de una enfermedad de la piel o el agravamiento de una ya existente, provocado por un traumatismo físico o psicológico.

Cuando un médico escribe un certificado después de realizar el examen médico de una persona que denuncia haber sido torturada, es extremadamente importante que declare el grado de consistencia con la historia de tortura (*Allden, et al., 2001*). Una conclusión indicativa del grado de fundamentación de la historia de supuesta tortura debe estar basada en la discusión de posibles diagnósticos diferenciales (lesiones no relacionadas con tortura —incluidas las lesiones auto infligidas— así como enfermedades de la piel.

El grado de fundamentación deberá indicarse como sigue:

1. Un alto grado de fundamentación
2. Consistente con el alegato de tortura, grado moderado de fundamentación
3. Consistente con el alegato de tortura, grado ligero de fundamentación
4. Los cambios no pueden fundamentar la historia de tortura

Las lesiones agudas son con frecuencia características porque muestran un patrón de lesión infligida, diferenciada de lesiones no infligidas, por ejemplo por su forma y distribución en el cuerpo. Como la mayoría de las lesiones sanan en un lapso breve de tiempo sin dejar cicatrices o produciendo cicatrices inespecíficas, es importante la historia típica de las lesiones agudas. También es importante la historia de su evolución hasta la curación.

Descripción de lesiones de la piel

La descripción de las lesiones de la piel deberá incluir los puntos siguientes:

1. Localización (usar diagrama corporal): simétricas, asimétricas
2. Forma: Circular, oval, linear, etc.
3. Tamaño: (usar regla)

4. Color
5. Superficie: escamosa, costrosa, ulcerativa, vesicular, necrótica
6. Periferia: regular o irregular, zona en la periferia
7. Demarcación: precisa, escasa
8. Nivel en relación a la piel circundante: atrófica, hipertrófica, plana

Los siguientes hallazgos fundamentan una causa externa:

1. Falta de simetría (podría ser también el caso de algunas enfermedades de la piel)
2. Lesiones lineares con distribución irregular o entrecruzada
3. Una zona linear extendida circularmente alrededor de una extremidad
4. Una zona regular, angosta, hiperpigmentada o hipertrófica rodeando una cicatriz (secuelas de una zona inflamatoria alrededor de un área necrótica), puede ser también el caso de enfermedades de la piel con áreas necróticas, por ejemplo vasculitis necrótica

Traumatismo contuso¹

El traumatismo contuso (magulladura) puede dejar equimosis, contusiones o laceraciones con extravasación de sangre en piel y tejido subcutáneo, en algunos casos reflejando la forma del instrumento utilizado, por ejemplo del golpe con un tolete (Rasmussen, 1990).

Dos lesiones lineales paralelas (“contusiones de vía de tranvía”) son efecto de un **golpe de tolete o garrote** (Knight, 1991a). Las áreas hemorrágicas frecuentemente se desplazan hacia las partes inferiores del cuerpo durante los días siguientes. Las contusiones del tejido profundo pueden no apreciarse en la superficie. Las lesiones cambian de color del rojo oscuro al púrpura oscuro, al café, al verde, al amarillo y al café hiperpigmentado, o bien desaparecen.

Los **golpes severos en las plantas de los pies, “falanga”**, pueden dejar contusiones en el arco de los pies o hinchazón que se extiende del arco a la parte media de los metatarsos y los tobillos. (Bro-Rasmussen and Rasmussen, 1978).

¹ Figuras 1-4 no han sido reproducidas en esta publicación por ser de color. Sin embargo se han incluido las descripciones.

El trauma contuso con frecuencia no deja cicatrices o las produce de forma no característica (Cohn, et al., 1978). Como quiera, los azotes o golpes con cañas o troncos pueden producir cicatrices características, por ejemplo asimétricas, lineales, derechas o curvas o en forma de “vía de tranvía”, que muestran un patrón de daño externo (Danielsen, 1992; Petersen & Rasmussen, 1992; Forrest 1999). Las cicatrices pueden ser hipertróficas con un área angosta, regular, hiperpigmentada en la periferia, que representa contusiones “en línea de flecha” o una zona inflamatoria que aparece alrededor de tejido necrótico en la fase aguda (FIG. 1)² (Danielsen, 1992).

- La dermatitis plantar pudiera establecer un diagnóstico diferencial que, por lo tanto, está comúnmente dominada por cicatrices más cortas, con una zona angosta de hiperpigmentación en la periferia.

En un caso, la denuncia de tortura fue de golpes y quemaduras en la espalda. Se observaron cambios simétricos, atróficos, lineales y despigmentados, típicos de estrías de distensión en la espalda y ambas regiones axilares (FIG. 2)³ (Danielsen, 1992).

Los cambios epidérmicos no podrían sostener la historia de tortura. Como quiera, el paciente no notó los cambios en la espalda antes de la tortura.

La **aplicación prolongada de ligaduras apretadas** puede dejar una zona lineal extendida circularmente alrededor del brazo o pierna, en un caso sin pelo, indicando alopecia cicatricial (Danielsen and Berger, 1981).

- No existe diagnóstico diferencial en forma de una enfermedad espontánea de la piel debido a la ubicación de la cicatriz.

Traumatismo cortante

El traumatismo cortante, por ejemplo causado por el **uso de una hoja de rasurar, cuchillo o bayoneta**, produce ulceraciones características y deja cicatrices reconocibles. En algunos casos, deberán ser consideradas las lesiones auto-infligidas, particularmente cuando estén localizadas en una muñeca (Danielsen, 1992, Petersen & Rasmussen, 1992). Si se aplica pimienta sobre las lesiones abiertas, las cicatrices se vuelven hipertróficas (Danielsen, 1992).

- Un diagnóstico diferencial pudieran ser los curanderos, los tatuajes rituales cicatriciales africanos o el arte sobre el cuerpo (Nancke-Krogh, 1985).

² Figura 1. Largas, derechas o curvas, cicatrices lineales en forma asimétrica en la espalda (Danielsen, 1992).

³ Figura 2. Cambios lineales simétricos, atróficos, sin pigmento, en la espalda, típicos de *striae distensae* (Danielsen, 1992).

En un caso en el que se puso en duda la profundidad de una cicatriz denunciada como producto **del uso de una espada**, la aplicación de ultrasonido de alta frecuencia pudo demostrar una considerable cicatriz profunda. (*Cniadecka & Danielsen, 1995*). Posteriormente, el paciente obtuvo status como refugiado.

Lesiones térmicas

Las quemaduras con cigarrillos, instrumentos o líquidos calientes producen lesiones de varios grados. Quemar es la forma de tortura que con mayor frecuencia produce cicatrices, frecuentemente de valor diagnóstico.

Las quemaduras de cigarrillo frecuentemente producen lesiones circulares y maculares de 5 a 10 mm. de largo, con un centro despigmentado y una periferia relativamente indiferenciada e hiperpigmentada. (*Kjærsgård & Genefke, 1977*).

- Las enfermedades dermatológicas, por ejemplo secuelas de pústulas, pudieran presentar un diagnóstico diferencial.

El escaldado a través de la transferencia de mayor cantidad de energía a la piel que la transmitida por la aplicación de la brasa de un cigarrillo, frecuentemente produce lesiones marcadamente atróficas. Presentan una periferia estrecha, regular, hiperpigmentada o hipertrófica, causada por la zona inflamatoria que rodea el tejido necrótico en la fase aguda (*Danielsen, 1982*). Como su forma refleja la del instrumento utilizado, su tamaño está en relación con la cantidad de energía transferida a la piel.

En la siguiente denuncia de tortura por **quemadura de varias áreas de la piel con una varilla metálica calentada del tamaño de un cigarrillo**, se observaron cicatrices mayoritariamente circulares con centro atrófico y una zona periférica delgada, hiperpigmentada o hipertrófica. Su diámetro variaba entre 1 a cerca de 2 cm. y el paciente tenía 35 cicatrices distribuidas en diferentes áreas de la piel (*Danielsen & Berger, 1981*).

- Un diagnóstico diferencial pudiera ser el de secuelas de abscesos, pero tales cicatrices usualmente no muestran la típica zona angosta en la periferia. (*Petersen & Rasmussen, 1992*).

El material en ignición de una llanta, colocado sobre la cabeza de una mujer, que escurría hacia abajo por su cabeza y cuerpo dejó alteraciones queloides en el área central de su tórax (no incluía el área medial de las mamas). La periferia de la cicatriz era irregular y estaba demarcada por una zona estrecha, bien definida, hiper-

pigmentada, y su tamaño correspondía al daño causado por material escurriendo por el cuerpo (*Rasmussen, 1990*).

Una cicatriz encontrada en un **alegato de tortura, producida con una varilla de metal ardiente** colocado a través del área ancha de la pantorrilla, sugirió al principio la representación de cambios inducidos por insuficiencia venosa. La cicatriz tenía la forma de un barco y estaba colocada en la parte ancha de la pantorrilla; tenía un centro atrófico y una zona angosta, regular de hiperpigmentación en la periferia (*FIG. 3*)⁴ (*Danielsen, 1995*). La forma de una cicatriz así corresponde a una lesión inducida por una varilla presionada contra la pantorrilla blanda, y su apariencia se debe a una quemadura de tercer grado por su centro atrófico y la zona angosta hiperpigmentada en la periferia.

- En contraste, la insuficiencia venosa deja hiperpigmentación difusa y las cicatrices de las úlceras se localizan distalmente en la pierna (*FIG. 4*)⁵ (*Danielsen, 1995*).

Posteriormente le fue concedido el status de refugiado al paciente.

Cuando se ha **quemado la matriz ungueal**, el crecimiento posterior produce uñas ralladas, delgadas y deformes, algunas veces quebradas en segmentos longitudinales. **Si también se ha arrancado la uña**, puede ocurrir un crecimiento aumentado a partir del borde ungueal proximal. (*Danielsen, 1992*).

- Los cambios causados por líquen plano pueden establecer un diagnóstico diferencial relevante, en tanto que la infección micótica se caracteriza por uñas engrosadas, amarillentas y exfoliadas, distintas de las arriba descritas.

Lesiones producidas por corrosión

Las lesiones producidas por corrosión, causadas por **ácido arrojado contra la víctima**, produjeron cicatrices lineales de pocos centímetros de ancho, con un centro despigmentado y una zona regular, angosta, hiperpigmentada en la periferia, localizada en los muslos y glúteos (*Gordon & Mant, 1984*). Estaban dispuestas en un patrón asimétrico, predominantemente oblicuo dirigido hacia debajo de las piernas. Mostraban signos de inflicción externa acorde con un líquido escurriendo hacia debajo de las piernas, e indicaban secuelas de áreas necróticas como las esperadas después de una agresión corrosiva.

⁴ *Figura 3.* Una cicatriz en la forma de un barco, a través de la pantorrilla con un centro atrófico y una zona regular y estrecha de hiperpigmentación en la periferia (*Danielsen, 1995*) Publicado con el buen permiso de "Sår".

⁵ *Figura 4.* Insuficiencia venosa con hiperpigmentación indistintamente limitada distal en la parte baja de la pierna (*Danielsen, 1995*). Publicado con el buen permiso de "Sår".

Lesiones producidas por descargas eléctricas

La corriente eléctrica sigue la ruta más corta entre los dos electrodos a través del tejido con menor resistencia, por ejemplo vasos sanguíneos, nervios y músculos (*Danielsen, 2002*). Sin embargo, con el uso de armas de aturdimiento de alto voltaje, el flujo de la corriente no puede estar limitada por el estrecho camino entre los electrodos (*Amnistía Internacional, 1999*).

La posibilidad de hallar signos de efectos eléctricos en la piel, particularmente signos histológicos, se relaciona con el tipo de electricidad transferida, dado que la acción electrolítica será más intensa en la transferencia de corriente continua y no estarán presentes después del paso de corriente alterna de alta frecuencia, donde domina la generación concomitante de calor (*Danielsen, 2002*). La cantidad de energía utilizada también juega un papel en el predominio de lesiones de quemadura, particularmente respecto a la corriente alterna de baja frecuencia.

En algunos casos, la tortura eléctrica deja lesiones agudas de la piel. A diferencia de las lesiones por quemadura, estas no reflejan la forma del instrumento utilizado, pero aparecen en segmentos dentro de las áreas afectadas, porque la corriente recorre áreas de baja resistencia (*Dyhre-Poulsen, et al., 1977, Danielsen, et al., 1978, Danielsen, et al., 1978*).

La tortura eléctrica con electrodos conformados como agujas de tejer, "picana", deja lesiones en racimos y diseños lineales de 1 a 5 mm. de ancho, cubiertas de costras sero-hemáticas, algunas veces rodeadas de una zona eritematosa de 1 a 2 mm. de ancho con bordes irregulares y difusos (*Rasmussen, 1990*). También se pueden observar lesiones lineales a consecuencia de una aplicación lineal de los electrodos. Las costras posiblemente correspondan a las lesiones eléctricas y muchas de ellas pueden contener depósitos de metal de los electrodos. (*Thomsen, 1984; Jacobsen, 1997*). El desarrollo concomitante de calor no es suficiente para inducir una inflamación regular en la periferia.

- El diagnóstico diferencial pudiera establecerse con mordeduras de insectos o rascado.

Después del **uso de un instrumento eléctrico alimentado con batería** se han visto múltiples lesiones rojas de unos milímetros de largo (TAT-Group against Torture 2001).

- El diagnóstico diferencial pudiera ser una dermatitis de contacto.

inmediatamente después de agresiones eléctricas del lado izquierdo del tórax y en el brazo izquierdo, se han observado lesiones serpiginosas bien marcadas, que miden 1 a 2 cm. de ancho, con una zona periférica irregular, angosta, elevada, y un

área central conteniendo varias manchas negras, cada una de las cuales mide 1 a 2 mm. (Danielsen, et al., 1991). Las lesiones indican agresión eléctrica porque aparecen en segmentos de 1-2 mm. de largo y por el compromiso de vasos sanguíneos.

- La vasculitis o el herpes zoster hemorrágico pueden constituir un diagnóstico diferencial. La localización pudiera ser de ayuda, dado que la vasculitis se ubica principalmente en las extremidades inferiores, es simétrica y algunas veces de localización más difusa, en tanto el herpes zoster le localiza en un área inervada por un solo ganglio y es unilateral.

Los racimos de cicatrices redondas maculares, de alrededor de 1 mm. de diámetro se han observado cuatro semanas después de la "picana" (Kjærsgaard & Genefke, 1977). Ocho semanas después, muchas de las cicatrices han desaparecido; las restantes son manchas blancas o café-rojizas.

Entre las enfermedades dermatológicas que dejan cicatrices pigmentadas está el liquen plano, que deja cicatrices de aproximadamente 2 mm. de largo (Bork & Nagel, 1997).

- Se pudiera establecer diagnóstico diferencial con la condrodermatitis del helix, pero ésta está habitualmente cubierta por una escama, y es pálida y dolorosa.

Se ha observado una línea azulosa de 1 mm. de ancho demarcada con precisión formando un círculo completo de 5 mm. de diámetro y una segunda marca con características similares que completan solamente dos tercios de un círculo, seis meses después **del uso de una pistola aturdidora que descarga 150 mil V.** con un tornillo de 4 mm. de diámetro como punta y 12 pequeños sitios desde los que también se emite electricidad de la parte baja de su costado (Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, 1998).

- Se han observado porciones similares de un anillo angosto que aparece en segmentos en los días después de la defibrilación usando 2736 V. a lo largo de la periferia de la almohadilla (Danielsen, et al., 2003). Se ha visto que se deben a una densidad alta de corriente bajo el perímetro de los electrodos.

Enfermedades de la piel

La erupción de urticaria pudiera ser un ejemplo de enfermedad de la piel provocada psicológicamente por la tortura. Las enfermedades de la piel provocadas físicamente pueden ser el desarrollo de soriasis o liquen plano en el área traumatizada, como una "reacción de Kroebner" (Danielsen, 1992). Como quiera, tales alteraciones de la piel tienen poca sinificancia en relación con la tortura.

Alteraciones microscópicas

Si la víctima lo autoriza, pudiera ser útil una punción-biopsia de 3-4 mm. bajo anestesia local, para apoyar el diagnóstico de un alegato de tortura eléctrica (*Danielsen et al., 1978, Thomsen et al., 1983; Karlsmark et al., 1984, Karlsmark, et al., 1988; Danielsen, et al., 2003; Thomsen, 1984; Karlsmark, 1990*).

Anteriormente habían sido estudiados sólo unos cuantos casos de tortura eléctrica histológicamente (*Danielsen, et al., 1991; Öztop, Lök, Baykal & Tunca, 1994; Danielson, Karlsmark & Thomsen, 1997; TAT-Group against Torture, 2001*).

Sólo en un caso en el que las lesiones se habían extirpado siete días después de la agresión, hubo alteraciones en el diagnóstico de la piel de las lesiones eléctricas observadas (depósito de sales de calcio en las fibras dérmicas en el tejido vivo situado alrededor del tejido necrótico en la superficie y en fibras colágenas en la dermis profunda).

Las lesiones extirpadas unos días después de la tortura eléctrica denunciada mostraron cambios segmentarios y depósitos de sales de calcio en las estructuras celulares, consistentes con el efecto de la corriente eléctrica, pero con solo un moderado grado de fundamentación.

Una biopsia obtenida un mes después de la denuncia de tortura mostró una cicatriz cónica, de 1-2 mm. de ancho, con un número aumentado de fibroblastos y fibras de colágeno en un haz denso dispuestas paralelamente a la superficie, consistentes con una lesión eléctrica, pero con solo un ligero grado de fundamentación.

Una biopsia obtenida cinco días después de la denuncia de tortura eléctrica a través del uso de un instrumento accionado por batería, con probable descarga de corriente alterna de alta frecuencia donde predomina el desarrollo de calor concomitante, no mostró alteraciones específicas con bulas subepidérmicas consistentes con lesiones térmicas.

- La dermatitis tóxica de contacto pudiera establecer un diagnóstico diferencial, siendo de grado ligero la fundamentación de la historia de tortura.

Aún cuando el examen no revele algún hallazgo anormal, no se puede excluir el posible uso de electricidad en la tortura.

El uso de ultrasonido de alta frecuencia puede ser útil para descubrir la ubicación de depósitos de calcio a fin de determinar el sitio de la biopsia (*Danielsen, 2002*)

(Para mayor información, consultar el capítulo V, secciones C.1, D.1 y D.5 del Protocolo de Estambul)

REFERENCIAS

- ALLDEN, K., Baykal, T., Iacopino, V., Kirschner, R., Özkalıpci, Ö., Peel, M., et al. (Eds.). (2001). Istanbul Protocol: Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Geneva, Switzerland: United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights.
- AMNESTY International. (1999). USA - cruelty in control?: The stun belt and other electroshock equipment in law enforcement. (AI Index AMR 51/54/99). London: Author.
- BORK, K., & Nagel, C. (1997). Long-standing pigmented keloid of the ears induced by electrical torture. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 36, 490-491
- Bro-Rasmussen, F., & Rasmussen, O. V. (1978). Falanga tortur. *Ugeskrift for Læger*, 140, 3197-3202.
- COHN, J, Jensen, R, Severin, B, Stadler, H. (1978). Torture in the Argentine, Syria and Zansibar, *Ugeskr Læger*, 140, 3202-3206.
- DANIELSEN, L (1982). Hudforandringer efter tortur [Skin changes following torture]. *Mån-desskrift for praktisk lægegerning*, 193-209.
- DANIELSEN, L. (1992). Skin changes after torture. In H. Marcussen and O.V. Rasmussen (Eds). *Examining Torture Survivors. Danish Medical Group, Amnesty International: Articles and guidelines: A reference book. Torture (Suppl. 1)*, 27-32.
- DANIELSEN, L. (1995). Hudforandringer efter tortur [Skin changes following torture]. *Sår*, 3, 80-83.
- Danielsen, L. (2002). The examination and investigation of electric shock injuries. In M. Peel, & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 191-205). London: Greenwich Medical Media.
- DANIELSEN, L, Berger, P (1981). Torture sequelae located to the skin. *Acta Dermatovener (Stockh)* 61, 43-46.
- DANIELSEN, L, Genefke, I.K., Karlsmark, T, Lorenzen, S, Nielsen, K.G., Nielsen, O, Thomsen, HK, Aalund, O (1978). Termiske og elektriske skader i svinehud [Thermic and electric damages in pig skin], 140, 3191-3197.
- DANIELSEN, L., Gniadecka, M., Thomsen, H. K., Pedersen, F., Strange, S., Nielsen, K. G., Petersen, H.D. (2003). Skin changes following defibrillation. The effect of high voltage direct current. *Forensic Science International*, 134, 134-141.
- DANIELSEN, L., Karlsmark, T., & Thomsen, H. K. (1997). Diagnosis of skin lesions following electrical torture. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 5, 15-20.
- DANIELSEN, L., Karlsmark, T., Thomsen, H. K., Thomsen, J. L., & Balding, L.E. (1991). Diagnosis of electrical skin injuries: A review and a description of a case. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 12, 222-226.
- DANIELSEN, L, Thomsen, HK, Nielsen, O, Aalund, O, Nielsen, K.G., Karlsmark, T, Genefke, I.K. (1978) Electrical and thermal injuries in pig skin. Evaluated and compared by light microscopy. *Forensic Science International*, 12, 211-225.
- DYHRE-POULSEN, P, Rasmussen, L, Rasmussen, OV (1977). Undersøgelser af et instrument til elektrisk tortur. [Investigation of an instrument of electrical torture]. *Ugeskrift for Læger*, 139, 1054-1056.
- EUROPEAN Committee for the Prevention of Torture (CPT). (1998). Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands Antilles. Strassbourg, France: Author.

- FORREST, D. M. (1999). Examination for the late physical after effects of torture. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 6, 4-13.
- GNIADÉCKA, M., & Danielsen, L. (1995). High-frequency ultrasound for torture-inflicted skin lesions. *Acta Dermato-Venereologica*, 75, 375-376.
- GORDON, E, Mant, A K (1984). Clinical evidence of torture. Examination of a teacher from El Salvador. *Lancet*, I, 213-214.
- JACOBSEN, H. (1997). Electrically induced deposition of metal on the human skin. *Forensic Science International*, 90, 85-92.
- KARLSMARK, T. (1990). Electrically induced dermal changes: A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy. [Doctoral Dissertation, University of Copenhagen, Denmark.] *Danish Medical Bulletin*, 37, 507-520.
- KARLSMARK, T, Danielsen, L, Aalund, O, Thomsen, HK, Nielsen, O, Nielsen, KG, Lyon, H, Ammitzbøll, T, Møller, R, Genefke, IK. (1988). Electrically-induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study. *Forensic Sci Int*, 39, 163-174
- KARLSMARK, T, Thomsen, HK, Danielsen, L, Aalund, O, Nielsen, O, Nielsen, KG, Genefke, IK. (1984) Tracing the use of electrical torture. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 5, 333-337.
- KJÆRSGAARD, Aa R, Genefke, I K, (1977). Torture in Uruguay and Argentina. *Ugeskrift for Læger*, 139, 1057-1059.
- KNIGHT, B (1991a). The pathology of wounds. In B. Knight, *Forensic Pathology* (pp 123-156). London: Arnold.
- NANCKE-KROGH, S, (1985). *Kunsten på kroppen [The art on the body]*. Copenhagen.
- PETERSEN, H. D., & Rasmussen, O.V. (1992). Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. *Forensic Science International*, 53, 97-116.
- RASMUSSEN, O. V. (1990). Medical aspects of torture [Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark]. *Danish Medical Bulletin*, 37 (Suppl. 1).
- TAT-GROUP against Torture (2001) *Torture in Basque Country, Report 2001*. Gipuzkoa, Spain.
- THOMSEN, H. K. (1984). Electrically induced epidermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy. [Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark]. Copenhagen, Denmark: FADL.
- THOMSEN, H.K, Danielsen, L, Nielsen, O, Aalund, O, Nielsen, K.G., Karlsmark, T, Genefke, I.K Christoffersen, P. (1983). The effect of direct current, sodium hydroxide and hydrochloric acid on pig epidermis. *Acta pathologica.microbiological immunologica scandinavia*, Sect. A, 91, 307-316.
- ÖZTOP, F., Lök, V., Baykal, T., & Tunca, M. (1994). Signs of electrical torture on the skin. *Human Rights Foundation of Turkey. Treatment and Rehabilitation Centers report*, 11, 97-104.

SECCIÓN 2: El sistema músculo-esquelético

Las quejas físicas más frecuentemente reportadas al momento de la tortura así como en etapas posteriores, son los síntomas relacionados con el sistema músculo-esquelético. Los signos y síntomas asociados con la fase aguda son parecidos a los que se presentan en otros tipos de traumatismo agudo que causan lesiones en los tejidos blandos (músculos, cápsulas articulares, tendones, ligamentos, nervios y vasos), así como la torcedura/luxación de articulaciones y las fracturas (*Rasmussen, 1990; Forrest, 1999, 2002*).

El dolor es el síntoma dominante en relación con el sistema músculo-esquelético en la fase crónica. El cuadro clínico es el de dolor difuso o localizado en músculos, dolor articular, dolor en la columna y el cinturón pélvico, así como molestias neurológicas, frecuentemente en forma de alteraciones sensoriales y dolor irradiado (*Rasmussen, 1990; Edston, 1999; Moreno & Grodin, 2002*).

Los hallazgos típicos en el sistema músculo-esquelético en la fase crónica son:

- Tono muscular aumentado
- Puntos sensibles y desencadenantes, particularmente en los músculos del cinturón de cuello y hombros, músculos lumbares y cinturón pélvico, así como músculos de las extremidades inferiores: tendinitis alrededor de las articulaciones del hombro, codo, rodilla y tobillo
- Sensibilidad y limitación de movimientos en las articulaciones periféricas, así como en la columna cervical y lumbar
- Sensibilidad plantar y marcha alterada compensatoria (*Rasmussen, 1990; Skyiv, 1992; Forrest 2002*)

El examen clínico del sistema músculo-esquelético puede realizarse:

1. para documentar hallazgos consistentes con la denuncia de tortura, y/o
2. con el propósito de rehabilitación.

Al documentar la tortura, el enfoque se hace sobre la descripción de signos que fundamenten el uso de tortura, en tanto que la orientación con el propósito de

rehabilitar deberá ser en función de las posibles intervenciones para mejorar la función. En ambos casos, la exploración del sistema músculo-esquelético lleva tiempo. Generalmente las víctimas de tortura presentan síntomas difusos que requieren de un examen exhaustivo de numerosas estructuras de acuerdo con la anamnesis; el conocimiento acerca de la tortura y sus métodos es un prerequisite para el examen.

La exploración del sistema músculo-esquelético deberá incluir, en general:

- Examen de músculos y tendones: inspección, palpación (tono, grado de extensión, sensibilidad, cambios en la textura tisular) y exploración de la función (fuerza, sufrimiento)
- Examen de articulaciones periféricas y huesos: inspección, palpación y exploración de la función articular (amplitud de movimiento y estabilidad)
- Examen de la columna vertebral y el cinturón pélvico: inspección, palpación y amplitud de movimiento en la columna cervical, dorsal y lumbar
- Examen neurológico: Fuerza muscular, reflejos tendinosos, fuerza muscular, reflejos tendinosos y sensibilidad

Algunos síntomas/constelación de síntomas pueden estar relacionados con el uso de métodos específicos de tortura, por ejemplo dolor en los pies y parte baja de las piernas, así como marcha alterada después de la falanga (*Rasmussen 1990*), pero en las etapas tardías los hallazgos en general son inespecíficos y no pueden —por sí solos— documentar la exposición a la tortura.

(Consultar §183 en el Protocolo de Estambul)

Posibles lesiones en el sistema músculo-esquelético después de la tortura física

Lesiones del tejido blando

El estiramiento agudo de un músculo puede causar el desgarre parcial o aún total de la unidad músculo-tendinosa. Estas lesiones se denominan habitualmente lesiones musculares producidas por estiramiento o esguince muscular. Un golpe directo, no penetrante sobre la masa muscular es otro mecanismo común de producción de lesiones musculares. Estas contusiones musculares pueden causar un daño significativo a la estructura y función del músculo.

La patología inicial muestra muchas semejanzas entre los estiramientos y las contusiones.

- Inmediatamente después de haberse producido el daño, hay una disrupción de la arquitectura debido a la ruptura de fibras musculares, así como al daño a la trama de tejido conjuntivo y la formación de hematoma.
- En el lapso de dos o tres días se desarrolla una intensa respuesta inflamatoria. El dolor y la discapacidad en esta fase son —al menos en parte— debidas a esta inflamación, y en este momento el músculo está deteriorado al máximo en su biomecánica.
- Dentro de la primera semana se puede encontrar evidencia de regeneración muscular. Se pueden observar en el área dañada células musculares regenerativas y fibroblastos alzando una respuesta cicatricial. La respuesta regenerativa y cicatricial combinada produce un músculo restaurado que posee fibras musculares más escasas y más pequeñas en el área del daño, así como una cantidad aumentada de tejido conjuntivo entre las fibras.

En modelos animales, el músculo está ampliamente curado en aproximadamente dos semanas. No se sabe si el proceso de curación en músculos humanos es sustancialmente diferente. Es posible que este proceso tome más tiempo en músculos humanos, como lo sugieren los síntomas clínicos que frecuentemente perduran por varias semanas (*Almekinders, 1999*).

La mayoría de las lesiones musculares sanan sin dejar hallazgos específicos gruesos, sin embargo, muy frecuentemente las víctimas de tortura presentan disfunción muscular en las fases crónicas. Los hallazgos típicos pero inespecíficos son: tono muscular aumentado, movimiento de extensión restringido, puntos sensibles y desencadenantes e inflamación músculo-tendinosa (*Skyiv, 1992*).

Tono muscular

Si se aplica presión digital sobre un músculo, ocurre una resistencia opuesta a la deformación tisular. Las variaciones a esta resistencia se denominan tono muscular o tensión muscular y se describen en un continuum desde alta (hipertónica) a baja (hipotónica). Diversas causas pueden producir desviaciones en el tono muscular, las que se agrupan tradicionalmente en tres categorías:

1. Determinadas orgánicamente, como el desorden neurológico
2. Determinadas mecánicamente, como la sobrecarga
3. Determinadas psicológicamente, como las condiciones prolongadas de stress

Amplitud de extensión del movimiento

Un músculo normal puede ser extendido en toda su longitud con una resistencia elástica al final de la extensión. El estiramiento de un músculo corto y tenso produce dolor y —dependiendo de los músculos comprometidos— produce un alcance restringido en la amplitud del movimiento de la articulación correspondiente.

Una amplitud disminuida de movimiento muscular puede ser causada por:

1. Activación sostenida del mecanismo de contracción de las fibras musculares, como los puntos desencadenantes, o
2. Elasticidad reducida en los componentes del tejido pasivo, como en el acortamiento por fibrosis (contractura muscular).

Puntos sensibles y desencadenantes

Un punto sensible es un sitio hiperirritable en el músculo, doloroso a la presión. Los puntos sensibles deben distinguirse de los puntos desencadenantes, que son sitios hiperirritables en un músculo o su fascia que son dolorosos a la compresión y dan lugar a un dolor referido característico de patrón bien definido.

Inflamación músculo-tendinosa

La inflamación representa la respuesta corporal al daño tisular causado por presión, fricción, carga o sobrecarga repetidas y traumatismo externo. Cualquiera que sea la naturaleza de la causa básica, la respuesta inflamatoria conduce a una movilidad alterada y dolorosa de la parte afectada. Las reacciones inflamatorias del sistema músculo-esquelético pueden ocurrir en articulaciones, tendones, uniones músculo-tendinosas, bolsas serosas y en el periostio.

La inflamación de la unión músculo-tendinosa al hueso (teno-periostitis) se caracteriza clínicamente por sensibilidad local a la presión sobre la unión afectada y aumento del dolor en el sitio de la unión, cuando el grupo muscular afectado se contrae contra una resistencia (prueba isométrica).

La inflamación de los tendones (tendinitis) y las bolsas serosas (bursitis) se caracteriza clínicamente por sensibilidad, y en la fase aguda pueden presentarse hinchazón y crepitación.

Daños en los ligamentos

Cuando se excede la extensión normal de movimiento en una articulación cargándola con tracción, como en la suspensión y otros tipos de tortura postural, los ligamentos pueden sufrir de esguince. En la fase aguda se presentará una respuesta inflamatoria con hinchazón, dolor y disfunción articular.

En un esguince de primer grado, los ligamentos están torcidos sin ruptura macroscópica, y no habrá inestabilidad mecánica en la articulación.

En un esguince de segundo grado habrá ruptura macroscópica parcial de los ligamentos, la que conducirá a una ligera inestabilidad mecánica de la articulación.

En un esguince de tercer grado, los ligamentos estarán completamente rotos y la articulación se encontrará claramente en mecánicamente inestable.

El proceso de curación de ligamentos y tendones es considerablemente más lento que el de los músculos. El restablecimiento completo con la normalización de la fuerza y la función toma meses.

El dolor y la disfunción articular son quejas muy frecuentes en la fase crónica. A la exploración clínica, el hallazgo más típico es la reducción de la amplitud de los movimientos en las articulaciones periféricas, así como en la columna vertebral, aunque también se pueden encontrar varios grados de laxitud/inestabilidad articular (*Rasmussen, 1990; Skylv, 1992; Forrest, 2002*). Se deben aplicar pruebas clínicas específicas para diagnosticar la inestabilidad y su dirección en las articulaciones.

Daños óseos

Las fracturas producen pérdida de la integridad ósea debido a una fuerza mecánica contundente en varios planos vectoriales. Una fractura directa se produce en el lugar del impacto o en el sitio en el que se haya aplicado la fuerza. La localización, el contorno y otras características de la fractura reflejan la naturaleza y la dirección de la fuerza aplicada.

En la fase aguda, los hallazgos clínicos típicos serán la hinchazón local, la deformidad ósea, la sensibilidad y la pérdida de la función. En la fase crónica, se pueden encontrar diversos grados de deformidad ósea, dolor a la actividad y pérdida de la función.

Las fracturas relacionadas con la denuncia de tortura física se reportan con una frecuencia de 13% en un estudio realizado por Rasmussen (1990), de 27% en un estudio realizado por Allodi (1985) y de 4% en un estudio de Randall, Lutz y Quiroga (1985); predominan las fracturas de extremidades y costillas. También se reportan varios tipos de fracturas vertebrales y otras lesiones, incluyendo lesiones de los discos intervertebrales y hernias discales, pero faltan los estudios radiológicos sistemáticos (*Aytaçlar & Lök, 2002*).

(Véase también §183 y §205-210 en el Protocolo de Estambul)

Lesiones posibles y diagnóstico del sistema músculo-esquelético de acuerdo a formas específicas de tortura física

Lo que sigue no trata de ser una descripción exhaustiva de los numerosos métodos específicos de tortura física que tienen riesgo de producir lesiones en el sistema músculo-esquelético. Se han seleccionado la suspensión por los brazos y la falanga porque son métodos ampliamente utilizados de tortura que producen inestabilidad crónica, y pueden servir como ejemplo de la variedad de lesiones que pueden presentarse, todas las cuales requieren de atención especial durante el examen clínico.

Suspensión de los brazos

Hay muchos tipos de tortura postural, todos los cuales se dirigen hacia el sistema músculo-esquelético, produciendo daños principalmente en los tejidos blandos. Los ejemplos incluyen suspensión por las extremidades, posición forzada y prolongada en cuclillas o de pie, posiciones prolongadas columna extendida o flexionada al máximo) y la restricción de movimientos durante el confinamiento en celdas pequeñas o en jaulas. De manera característica, estos tipos de tortura dejan hallazgos relativamente escasos e inespecíficos, aunque frecuentemente con la subsiguiente incapacidad física crónica severa

La suspensión por los brazos, un método de tortura aplicado frecuentemente, se practica ya sea por separado o en combinación con otras formas de tortura, tales como golpes y toques eléctricos. La víctima de tortura se encuentra muy frecuentemente atada por las muñecas, dejándola suspendida por un tiempo prolongado de uno o de ambos brazos. Esta forma de tortura es extremadamente dolorosa y causa una inmensa sobrecarga en la articulación del hombro y de los tejidos blandos circundantes.

El hombro es un complejo articular que comprende cuatro articulaciones: La articulación glenohumeral, la articulación esternoclavicular, la articulación acromioclavicular y la articulación "escápulotorácica". La función normal del hombro requiere de la coordinación óptima entre estas cuatro articulaciones. La anatomía de la articulación glenohumeral permite el más amplio movimiento posible encontrado en cualquier articulación del cuerpo, sacrificando estabilidad articular por movilidad. (Fig. 5)

Por lo tanto, la estabilización adicional es proporcionada por:

1. Estabilizadores estáticos: el reborde glenoideo, la cápsula y los ligamentos (Fig. 6).
2. Estabilizadores dinámicos: Los músculos —particularmente el rodete rotor— el deltoides y la porción larga del bíceps; la articulación "escapulotorácica y el control neuromuscular que asegura una conciencia constante de la posición y el movimiento articulares (propiocepción).

Durante la suspensión con los brazos en flexión anterior, la articulación del hombro está flexionada al máximo y ligeramente rotada hacia fuera. Esta posición de “paquete cerrado” proporciona el máximo contacto óseo entre la cabeza articular y la cavidad articular favoreciendo la estabilidad articular.

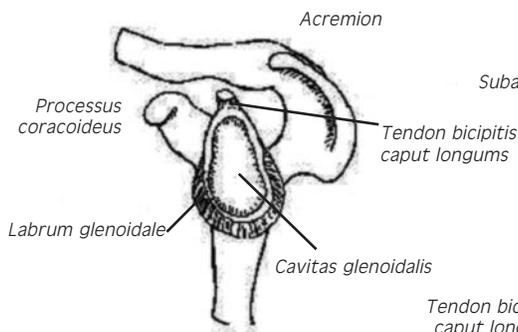


Figura 5. Sección frontal a través de la coyuntura de hombro.

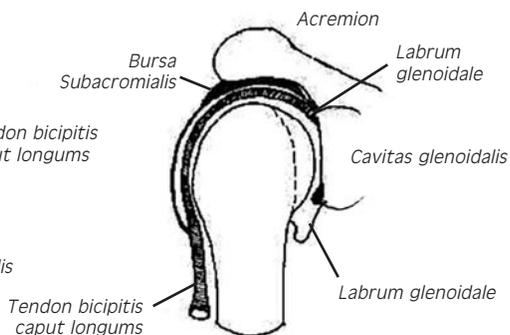


Figura 6. Estabilizadores estáticos, labrum glenoidale.

En la horca palestina, las articulaciones del hombro se encuentran a su máxima extensión, rotadas hacia adentro, con todo el peso corporal cargado sobre la débil pared anterior de la articulación del hombro y ejerciendo tracción sobre el plexo braquial. De manera típica, si la fuerza de tracción es suficientemente grande, el plexo bajo, y por lo tanto sus fibras intermedias y superiores, sufrirán daño.

Si la suspensión es del tipo “crucifixión”, con las articulaciones en abducción, la fuerza de tracción se ejercerá principalmente sobre las fibras intermedias del plexo, que serán las que primero sufrirán daño. (Allden, et al., 2001).

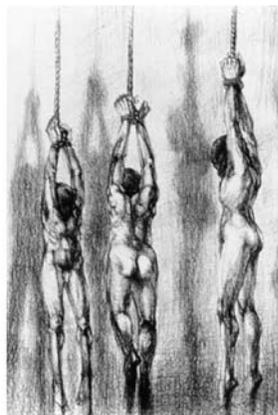


Figura 7. Suspensión con los brazos en flexión delantero.



Figura 8. Palestino Pendiente. Las coyunturas de los hombros extendidos al máximo, y rotados hacia adentro.



Figura 9. Crucifixión. La coyuntura del hombro en abducción.

Síntomas y signos agudos

Los síntomas de la fase aguda son dolor intenso en cuello, cintura torácica y en las articulaciones de los hombros, así como pérdida de la función en la extremidad superior. Ocasionalmente, pueden luxarse uno u ambos hombros durante la tortura (Forrest, 2002).

Son frecuentes las quejas neurológicas indicativas de lesión del plexo: dolor irradiado y fuerza muscular reducida en las extremidades superiores, acompañadas de desórdenes sensoriales en forma de parestesia y disminución de la sensibilidad. Al examen neurológico, son hallazgos frecuentes la disminución de la fuerza muscular más intensa en las áreas distales, reflejos tendinosos perdidos o disminuidos y alteraciones sensoriales a lo largo de las inervaciones sensoriales. (Ailiden, et al., 2001).

Síntomas y signos en la fase crónica

Muchas víctimas de la tortura que han sido expuestas a la suspensión por los brazos, particularmente a la horca palestina, desarrollan discapacidad crónica con dolor, función reducida de los hombros y déficit neurológico permanente, indicativo de lesión parcial del plexo braquial, con mayor frecuencia comprometiendo las vías sensoriales. Como quiera que sea, no se dispone de estudios sistemáticos — incluida la evaluación radiodiagnóstica de posibles lesiones en las articulaciones del hombro causadas por suspensión— y por ello la patogénesis de los síntomas duraderos y de disfunción de la articulación del hombro no se encuentra completamente explicada. Sin embargo, el dolor neurogénico debido a la lesión del plexo puede jugar un papel importante (Thomsen, Eriksen & Smidt-Nielsen, 2000; Moreno & Grodin, 2002).

En las etapas tardías, las quejas típicas son dolor en el cuello y cintura torácica, dolor profundo en las articulaciones de los hombros durante la actividad, particularmente en relación con movimientos hacia arriba (abducción, rotación interna) y elevación, amplitud disminuida de movimientos de las articulaciones de los hombros, sensación de inestabilidad o crepitación, sensaciones de obstrucción del movimiento.

Los síntomas neurológicos son igualmente frecuentes: dolor irradiado, debilidad muscular con sensación de pesadez en las extremidades superiores y varias alteraciones sensoriales, incluidos los cambios vasomotores y motores de la sudación.

A la exploración clínica, la mayoría de los hallazgos son inespecíficos y aquellos que son característicos y limitados a los tejidos blandos son puntos sensibles y desencadenantes en el cuello y la cintura torácica, inestabilidad muscular con inflamación músculo-tendinosa en los estabilizadores dinámicos, así como en contusiones de hombro. El examen articular, muestra con frecuencia una amplitud disminuida del movimiento activo. Los signos de luxación/subluxación habitual son poco frecuentes, pero pueden presentarse varios grados de inestabilidad al examen específico.

En el examen neurológico, la lesión del plexo braquial se manifestará como déficit sensorial y motor, dependiendo de la severidad de la lesión nerviosa. Los signos

de compromiso motor son la disminución de la fuerza muscular, frecuentemente asimétrica y más pronunciada distalmente, así como la reducción/pérdida de los reflejos tendinosos. Los signos de compromiso sensorial son alteraciones sensoriales, que pueden involucrar diferentes vías sensitivas.

Examen clínico

La exploración de víctimas de la tortura sometidas a la suspensión por los brazos debe incluir:

Examen de la función de los hombros, amplitud de movimientos pasiva y activa, estabilidad articular, función de las articulaciones accesorias del hombro, incluyendo la función escapular.

Exploración de los tejidos blandos, perfil muscular, tono muscular y amplitud de la extensión, puntos sensibles y desencadenantes, tendinitis, contusiones de hombro.

Examen neurológico: fuerza muscular, reflejos tendinosos y exploración exhaustiva de la sensibilidad, incluida la sensación de vibración, la sensibilidad posicional, la discriminación de dos puntos y tacto, dolor y sensibilidad térmica.

(Para mayor información, favor de consultar §205-207 en el Protocolo de Estambul)

Falanga

Síntomas y signos agudos

El efecto inmediato de la falanga (aplicación repetida de traumatismos contundentes a las plantas de los pies) es sangrado y edema en los tejidos blandos de los pies, así como dolor intenso. En la exploración, las alteraciones también están limitadas a los tejidos blandos. Los hallazgos típicos son la hinchazón de los pies, el cambio de coloración de las plantas debido a la formación de hematomas y grados diversos de lesiones de la piel (*Amris & Prip, 2001a; Allden, et al., 2001*). Se han descrito ulceraciones extensas y gangrena de los dedos de los pies debido a isquemia, pero son infrecuentes. Se han descrito también la incidencia ocasional de fracturas de los tarsos, metatarsos y falanges (*Forrest, 2002*).

Las alteraciones agudas desaparecen espontáneamente en semanas, conforme se reabsorbe el edema y la extravasación de sangre, pero las lesiones inducidas de los tejidos blandos pueden ser permanentes.

Síntomas y signos en la fase crónica

La mayoría de las víctimas de tortura sometidas a falanga se quejan de dolor y dificultad en la marcha.

El síntoma cardinal es el dolor en los pies y las pantorrillas, habitualmente se presentan dos tipos de dolor:

- Un dolor profundo, sordo, compresivo en los pies, irradiado a la parte inferior de las piernas y que se intensifica con la carga pesada y con la actividad muscular
- Un dolor plantar superficial, urente y punzante, acompañado frecuentemente de desarreglos sensoriales y también de una tendencia de alternar frío y calor en los pies, sugerente de inestabilidad del sistema nervioso autónomo.

En la mayoría de las víctimas de falanga, la marcha está alterada debido al dolor. La velocidad y la distancia de la marcha están disminuidas. De manera típica, la víctima de tortura sólo es capaz de caminar una distancia corta, durante la cual el dolor se intensifica haciendo imposible la actividad muscular continua. El dolor cede con el reposo y la víctima puede entonces continuar la marcha.

Teorías explicativas del dolor persistente y la disfunción podálica después de la falanga

La etiología y patogenia del dolor persistente y la discapacidad después de la falanga no está completamente dilucidada. Han sido elaboradas diversas teorías (*Bro-Rasmussen & Rasmussen, 1978; Rasmussen, 1990; Skylv, 1993; Allden, et al., 2001; Amris & Prip, 2001b*), y lo más probable es que el origen sea una combinación de diversos mecanismos traumáticos.

Amortiguación reducida del impacto en los cojinetes de los talones

Los cojinetes de los pies están ubicados debajo de las estructuras óseas de carga, de las cuales los cojinetes de los talones son los primeros de una serie de amortiguadores del impacto. Normalmente, el cojinete es una estructura elástica firme que cubre el calcáneo. Posee una arquitectura interna compleja consistente en células adiposas compactas, rodeadas por paredes de tejido conjuntivo, que también contienen la dotación nerviosa y vascular hacia los tejidos. Dada su estructura, el cojinete talar se encuentra constantemente bajo presión hidráulica y mantiene su forma durante la carga de peso en la posición erecta.

Después de la falanga, el cojinete talar puede aparecer plano y ancho, con un desplazamiento lateral de los tejidos durante la carga de peso. Esto se observa en la inspección posterior, con la víctima de la tortura colocada de pie. A la palpa-

ción, la elasticidad del cojinete talar está reducida y las estructuras óseas subyacentes se palpan con facilidad a través de los tejidos. Se piensa que la fisiopatología de la reducción de la elasticidad en el cojinete talar es la rasgadura de las paredes de tejido conjuntivo, que conduce a la pérdida del suministro sanguíneo y la atrofia secundaria de las células adiposas con la pérdida de su capacidad amortiguadora.

Los cojinetes talarés dañados no son patognomónicos de falanga, ya que son descritos en conexión con otras situaciones no relacionadas con la tortura, por ejemplo de lesiones en corredores de largas distancias y en pacientes con fracturas del calcáneo. También debe enfatizarse que el hallazgo de cojinetes podálicos normales no excluye la exposición a la falanga.

Cambios en la fascia plantar

La fascia plantar se origina en el calcáneo y se dirige a la parte anterior del pie. Se tensa al sostener el arco longitudinal del pie, apoyando a los músculos del pie durante la marcha. Los cambios en la fascia plantar se presentan en algunas víctimas de la tortura después de la falanga y se deben probablemente a los traumatismos repetidos sobre la estructura superficial. Después de la falanga, la fascia puede aparecer tensa con una superficie irregular a la palpación, y se puede encontrar sensibilidad a lo largo de toda la fascia, desde su origen hasta su inserción. Se ha reportado la ruptura de la fascia plantar, con diagnóstico basado en el aumento de la dorsoflexión pasiva de los dedos de los pies a la exploración clínica (*Skylv, 1992; Forrest, 2002*).

Síndrome del compartimiento cerrado

Los músculos plantares están dispuestos en compartimientos cerrados —un arreglo anatómico que hace posible el desarrollo de un síndrome de compartimiento cerrado. Este se define como una alteración circulatoria isquémica dolorosa, relacionada con un aumento en la presión y el volumen dentro de un compartimiento muscular bien definido. En la forma aguda, con un aumento rápido de la presión, por ejemplo la causada por sangrado dentro del compartimiento, los síntomas son alarmantes y las consecuencias severas con necrosis de los tejidos involucrados si se deja sin tratamiento.

Los síndromes crónicos de compartimiento pueden ocurrir como resultado de un aumento en el grosor muscular y/o una reducción en el compartimiento. Clínicamente, esta condición se presenta con dolor que se intensifica con la carga y que finalmente imposibilita la actividad muscular continua. El dolor cede después de un periodo corto de reposo, pero recurre en cuanto se reinicia la actividad muscular, un cuadro parecido al que se ve en la alteración de la marcha después de la falanga.

En un estudio MRI comparativo de víctimas de la tortura expuestos a falanga y voluntarios sanos, se encontró engrosamiento significativo de la fascia plantar en todas las víctimas. Aparte de esto, habían cambios morfológicos en la fascia, posiblemente debido a la formación de tejido cicatricial. En este estudio no se mostraron signos de separación de la fascia plantar, de síndrome de compartimiento cerrado ni de cambios en el cojinete talar (*Savnik et al., 2000*).

Dolor neurogénico

La piel plantar en el pie normal se distingue del área del arco, es muy gruesa y está firmemente sujeta a los tejidos subyacentes. Es muy rica en terminaciones nerviosas, que registran tacto y presión. Las lesiones de los nervios periféricos que afectan a los pequeños nervios plantares son consecuencias muy probables en la falanga. Por lo tanto, es posible que el dolor neurogénico debido a la lesión nerviosa contribuya al mecanismo del dolor.

Marcha alterada

Las desviaciones del patrón normal de marcha son muy frecuentes después de la exposición a la falanga. Muchas víctimas de la tortura desarrollan una marcha compensatoria anormal desplazando la carga hacia el borde lateral (en posición supina del pie) o cargan el borde medial (pronando el pie) para evitar el dolor del paso sobre el talón. La torsión del pie también es anormal. La extensión máxima y la carga de peso sobre el primer dedo del pie es evitada de manera típica al dar el paso.

La velocidad del paso y de la marcha está reducida. La marcha es amplia, rígida e insegura como se ve en pacientes con neuropatía periférica debida a otra causa. Los reflejos posturales son evocados desde las plantas y, junto con la habilidad para registrar la distribución de la presión, estos reflejos son esenciales para el equilibrio y la marcha. Por eso, la lesión nerviosa que influye sobre la propiocepción puede también contribuir con el cuadro general.

Como consecuencia de la función alterada del pie, la marcha alterada y la exposición frecuentemente concurrente a otras formas de tortura que incluyen a los miembros inferiores, ocurre una reacción en cadena de desorden muscular. Los diversos grupos musculares de las piernas son frecuentemente dolorosos debido al aumento en el tono muscular, por el engrosamiento de los músculos y las fascias, por los puntos sensibles y desencadenantes y por la inflamación músculo-tendinosa.

Examen clínico

El examen clínico de las víctimas de tortura expuestas a falanga debe incluir:

1. Inspección y palpación de los tejidos blandos de los pies: cojinetes tal la función de los pies y la marcha
2. Exploración de la función de los pies y la marcha
3. Examen de los tejidos blandos y las articulaciones de las extremidades inferiores
4. Examen neurológico

Debe enfatizarse una vez más que ninguno de los hallazgos del examen clínico en las fases tardías después de la falanga son patognomónicos, y que el examen normal de los pies no descarta el uso específico de este método de tortura.

(consultar §202-204 en el Protocolo de Estambul)

Aspectos neurológicos

Los problemas neurológicos agudos de los nervios centrales se asocian al golpeo severo de la cabeza. Entre 200 víctimas de tortura, 58% recibieron golpes severos de la cabeza y 1/4 de ellas perdieron por ello la conciencia (Rasmussen, 1990). La cefalea fue el síntoma reportado con mayor frecuencia, estando presente en más de 50% de las personas examinadas. Se encontró una correlación significativa entre el golpeo severo de la cabeza y la cefalea. Igualmente, hubo una asociación significativa con el síntoma de vértigo presente en 20% de las personas.

El sacudimiento violento puede producir lesiones cerebrales idénticas a las que se ven en el síndrome de sacudimiento del infante: edema cerebral, hematoma subdural y hemorragias retinianas. La primera instancia fatal del "síndrome de sacudimiento del adulto" fue reportado por Pounder y Path (1997).

Los síntomas agudos de los nervios periféricos se reportan con mayor frecuencia como resultado de uso de esposas o de cuerdas apretadas sobre las muñecas. Las lesiones del plexo braquial, especialmente las raíces inferiores, se han mencionado después de la suspensión, y el daño del nervio torácico largo se ha reportado después de la "horca palestina" (Forrest, 2002).

Muchos de los síntomas de larga duración, como falta de concentración, cefaleas, alteraciones de la memoria y vértigo, pudieran explicarse por el daño orgánico cerebral (Abildgaard, et al., 1984) y exigen la evaluación neurofisiológica para evaluar los síntomas específicos. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que muchos de estos síntomas también están relacionados con el trastorno de síndrome de stress postraumático. Moreno & Grodin (2002) han publicado un artículo de revisión detallada sobre tortura y sus secuelas neurológicas.

(Consultar también §185 en el Protocolo de Estambul)

REFERENCIAS

- ABILDGAARD, U., Daugaard, G., Marcussen, H., Jess, P., Petersen, H.D., & Wallach, M. (1984) Chronic organic psycho-syndrome in Greek torture victims. *Danish Medical Bulletin*, 31, 239-242.
- ALLDEN, K., Baykal, T., Iacopino, V., Kirschner, R., Özkalıpci, Ö., Peel, M., et al. (Eds.). (2001). *Istanbul Protocol: Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Geneva, Switzerland: United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights.

- ALLODI, F. (1985). Physical and psychiatric effects of torture: Canadian study. In E. Stover & E. Nightingale (Eds.), *The breaking of bodies and minds: Torture, psychiatric abuses and the health professions* (pp. 66-78). New York: WH Freeman and Co.
- ALMEKINDERS, L. C. (1999). Anti-inflammatory treatment of muscular injuries in sport. *Sports Medicine*, 28, 383-388.
- AMRIS, K., & Prip, K. (2001a). *Falanga Torture. Diagnosis, Assessment and Treatment*. Copenhagen, Denmark: Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT).
- AMRIS, K., & Prip, K. (2001b). Torturoffer - et liv i smerte [Torture Victim a life in pain]. In U. Fasting & L. Lunderff (Eds.), *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis* (pp. 106-129). Copenhagen, Denmark: Munksgaard
- AYTACLAR, S., & Lök, V. (2002). Radiodiagnostic approaches in the documentation of torture. In M. Peel, & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 207-220). London: Greenwich Medical Media.
- BRO-RASMUSSEN, F., & Rasmussen, O. V. (1978). Falanga tortur. *Ugeskrift for Læger*, 140, 3197-3202.
- EDSTON, E. (1999). Spåren på kroppen kan avslöja tortyr [The traces on the body reveal torture]. *Läkartidningen*, 96, 628-631
- FORREST, D. M. (1999). Examination for the late physical after effects of torture. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 6, 4-13.
- FORREST, D. M. (2002). Examination following specific forms of torture. In M. Peel & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 159-169). London: Greenwich Medical Media.
- MORENO, A., & Grodin, M. A. (2002). Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord*, 40, 213-223.
- POUNDER, D. J., & Path, M.R. (1997). Shaken adult syndrome. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 18, 321-324.
- RANDALL, G., Lutz, E., & Quiroga, J. (1985). Long-term physical and psychological sequelae of torture on 44 victims examined in the United States. In E. Stover & E. Nightingale (Eds.) *The breaking of bodies and minds: Torture, psychiatric abuse and the health profession* (pp. 58-66). New York: W H Freeman and Co.
- RASMUSSEN, O. V. (1990). Medical aspects of torture [Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark]. *Danish Medical Bulletin*, 37 (Suppl. 1).
- SAVNIK, A., Amris, K., Rogind, H., Prip, K., Danneskiold-Samsøe, B., Bojsen-Møller, F., et al. (2000). MRI of the plantar structures of the foot after falanga torture. *European Radiology*, 10, 1655-1659.
- SKYLV, G. (1992). Physical sequelae of torture. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (pp. 38-55). Cambridge: Cambridge University Press.
- SKYLV, G. (1993). Falanga: Diagnosis and treatment of late sequelae. *Torture*, 3, 11-15.
- Thomsen, A. B., Eriksen, J., & Smidt-Nielsen, K. (2000). Chronic pain in torture survivors. *Forensic Science International*, 108, 155-163.

SECCIÓN 3: Alteraciones cardiopulmonares

Los síntomas agudos incluyen disnea, dolores torácicos, tos, expectoración y palpitación.

Ciertos tipos de tortura producen específicamente complicaciones pulmonares. Los golpes en el tórax pueden causar daño a la pared torácica —incluso fracturas— y reducción severa del campo respiratorio. Frecuentemente se produce neumonía como secuela.

El “submarino húmedo” se asocia con el riesgo potencial de producir síntomas pulmonares agudos, debido a la aspiración de agua contaminada. Es probable que las rigurosas condiciones carcelarias en celdas húmedas, frías y oscuras, faciliten frecuentemente la neumonía, la bronquitis o la tuberculosis pulmonar.

La tortura eléctrica puede producir paro cardíaco si la corriente pasa a través del corazón (*Danielsen, et al., 1991*).

Los síntomas de larga duración encontrados en un estudio de cohorte de 22 víctimas griegas de la tortura (*Petersen, et al., 1985*) mostraron 6 casos de taquicardia, palpitaciones y/o disnea —combinadas también con ansiedad— en tanto el dolor torácico —incluido dolor anginoso y dolor muscular— se presentó en 5 casos, así mismo, se presentó bronquitis crónica (tos, disnea de esfuerzo) en 8 de las 22 personas. Estos hallazgos pusieron en evidencia la importancia de estudios de seguimiento en víctimas de la tortura.

Se observaron modificaciones significativas del ECG en soldados norteamericanos en campos de detención en Serbia (*Corovic, Durakovic, Zavalic & Zrinscak, 2000*).

(Consultar también §182, §200-201, §213 del Protocolo de Estambul)

Alteraciones gastrointestinales

Se han descrito síntomas relacionados con la tortura después de la inserción anal de un cuerpo extraño. Se han descrito lesiones del ano y recto como consecuencia de tortura. Las lesiones causan dolor y sangrado.

El estreñimiento es frecuentemente un síntoma secundario del dolor anal. Al examen del ano, se deben buscar y documentar los siguientes datos (*Allden, et al., 2001*):

1. Las fisuras tienden a no ser hallazgos específicos, dado que muchas pueden presentarse en cierto número de situaciones “normales” (estreñimiento, falta de higiene). Como quiera, si se detectan en una situación aguda (esto es, en 72 horas), las fisuras son un hallazgo más específico y pueden ser consideradas como evidencia de penetración.
2. Se pueden encontrar desgarros rectales con o sin sangrado.
3. El rompimiento del patrón rugoso puede manifestar una cicatrización lisa de forma helicoidal. Cuando estas escaras se ven fuera de la línea medial (esto es, no a las 6 u 12 horas), pueden ser indicativas de un traumatismo penetrante.
4. Colgajos de piel, que pueden resultar del proceso curativo del traumatismo.
5. Ecurrimiento anal purulento. Se deben tomar muestras de cultivo para gonorrea y clamidia en todos los casos de declaración de penetración anal, independientemente de que se haya notado o no un escurrimiento.

La hemorragia gastroduodenal aguda ha sido reportada en un número reducido de víctimas sobrevivientes, y se puede explicar por el stress extremo.

Los síntomas gastrointestinales agudos tales como dolor abdominal, molestia epigástrica, diarrea, vómito, etc., se asocian con la tortura y la reclusión. Estos síntomas deben ser considerados como de etiología mixta, en la que un factor pueden ser los mecanismos originados en la situación de stress. La alimentación insuficiente o repulsiva, la restricción de líquidos y la falta de ejercicio pueden también ser factores relacionados con estos síntomas gastrointestinales durante la reclusión.

La incidencia de síntomas gastrointestinales en las víctimas de tortura al momento del examen médico fue la misma encontrada en los grupos de control y de población general (*Rasmussen, 1990*).

(Consultar §201 en el Protocolo de Estambul)

Alteraciones urológicas

El golpeo severo sobre la región renal puede ocasionar desarrollo de hematomas en o alrededor del riñón. En muchos casos, la lesión se acompaña de hematuria. El traumatismo directo de la membrana mucosa uretral, ya sea por golpeo o por tortura eléctrica, también produce hematuria. El golpeo sobre el escroto puede dañar los testículos con la subsiguiente atrofia (*Abildgaard, et al., 1984*).

La hemoglobinuria puede confundirse con hematuria. La hemoglobinuria ha sido descrita en corredores debido a la hemólisis “por golpe de pié” (*Eichner, 1985*). El mismo mecanismo pudiera explicar la “hematuria” en algunas víctimas de tortura: La falanga en particular (golpeo en la planta de los pies) es algo semejante a la fricción constante de los pies cuando estos golpean el suelo en el caso de los corredores.

Entre 34 personas con falla renal aguda admitidos en hospitales que alegaban tortura en centros de interrogación policiaca en Kashmir, sólo quienes fueron golpeados en las plantas tenían evidencia de hemoglobinuria (*Malik, Reshi, Najar, Ahmad & Masood, 1995*).

Para distinguir hemoglobinuria de hematuria, se debe centrifugar la orina. Los eritrocitos se van a precipitar en la hematuria, lo que no ocurre con la hemoglobinuria.

La mioglobinuria ocurre como resultado de la rabdomiolisis, destrucción del tejido muscular, y puede ser causada por golpes o tortura eléctrica (Simpson, 1994). La orina está roja o pardusca y puede ser tomada por sangre.

La mioglobinuria es una condición potencialmente peligrosa, porque causa daño a los riñones, con un alto riesgo de falla renal (*Malik, et al., 1993*).

La disuria es una queja frecuente entre las víctimas de tortura, y es causada probablemente por instrumentos de tortura en algunos casos y en los demás por frío y falta de higiene. Los síntomas vesicales y/o renales duraderos, no se han reportado con mayor frecuencia en sobrevivientes de la tortura y grupos de control.

(Consultar también §184, §201 en el Protocolo de Estambul)

Alteraciones otorrinolaringológicas

El golpeo es el tipo de tortura que lleva un alto riesgo de daño a las funciones auditivas, particularmente en la forma de “teléfono”, en el que ambos oídos son golpeados de manera simultánea con las palmas de las manos.

El “teléfono” produce síntomas tanto inmediatos como crónicos en el oído (Rasmussen, 1990). Produce una onda de choque contra el tímpano, probablemente muy similar al producido por explosiones. Kerr (1978) describe las siguientes observaciones clínicas después de daños por explosión en Belfast:

“Habitualmente se produce sordera sensoneuronal acompañada por tinnitus. En casos leves estos síntomas pueden remitir totalmente en el lapso de unas horas. Los casos severos pueden no tener recuperación total. Es común la perforación de la membrana timpánica y ocurre en la parte tensa, que compone los cinco sextos inferiores de la membrana timpánica. Estas perforaciones varían en su forma y pueden ser desgarramientos lineales, hoyos pequeños o pérdidas subtotales. Ocasionalmente también puede haber daño en la cadena de huesecillos.

La sordera sensoneuronal es específica de los sonidos de alta frecuencia, en tanto se encuentra preservada la audición para las frecuencias del habla. La pérdida auditiva puede recuperarse hasta seis meses después de la explosión.”

(Consultar también §178-180 en el Protocolo de Estambul)

Alteraciones oftalmológicas

Los síntomas oftálmicos agudos en sobrevivientes de la tortura son conjuntivitis, probablemente causada por trapos sucios usados para vendar los ojos, que las víctimas tienen que llevar frecuentemente por muchos días y noches de pie. Se han descrito muy pocos síntomas de larga duración que estén posiblemente relacionados con la tortura. Perron-Buscail, Lesueur, Chollet, y ARNE (1995) observaron, después de 10 años de tortura eléctrica, opacidades en la cornea que influían en la visión.

(Consultar también §177 en el Protocolo de Estambul)

REFERENCIAS

- ABILDGAARD, U., Daugaard, G., Marcussen, H., Jess, P., Petersen, H.D., & Wallach, M. (1984) Chronic organic psycho-syndrome in Greek torture victims. *Danish Medical Bulletin*, 31, 239-242.
- ALLDEN, K., Baykal, T., Iacopino, V., Kirschner, R., Özkalıpci, Ö., Peel, M., et al. (Eds.). (2001). Istanbul Protocol: Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Geneva, Switzerland: United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights.
- COROVIC, N., Durakovic, Z., Zavalic, M., & Zrinscak, J. (2000). Electrocardiographic changes in ex-prisoners of war released from detention camps. *International Journal of Legal Medicine*, 113, 197-200.
- DANIELSEN, L., Karlsmark, T., Thomsen, H. K., Thomsen, J. L., & Balding, L.E. (1991). Diagnosis of electrical skin injuries: A review and a description of a case. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 12, 222-226.
- EICHNER, E. R. (1985). Runner's macrocytosis: A clue to footstrike hemolysis. *American Journal of Medicine*, 78, 321-325.
- KERR, A.G. (1978). Blast injuries to the ear. *The Practitioner*, 221, 677-82.
- MALIK, G. H., Reshi, A. R., Najar, M. S., Ahmad, A., & Masood, T. (1995). Further observations on acute renal failure following torture. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 10, 198-202.
- MALIK, G. H., Sirwal, I. A., Reshi, A. R., Najar, M. S., Tanvir, M., & Altaf, M. (1993). Acute renal failure following physical torture. *Nephron*, 63, 434-437.
- PERRON-BUSCAIL, A., Lesueur, L., Chollet, P., & Arne, J.L. (1995). Les brûlures électriques corneennes: etude anatomoclinique a propos d'un cas [Electric burns of the cornea. anatomoclinical study apropos of a case]. *Journal Francais d'Ophthalmologie*, 18, 384-386.
- PETERSEN, H. D., Abildgaard, U., Daugaard, G., Jess, P. Marcussen, H., & Wallach, M. (1985) Psychological and physical long-term effects of torture. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 13, 89-93.
- RASMUSSEN, O. V. (1990). Medical aspects of torture [Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark]. *Danish Medical Bulletin*, 37 (Suppl. 1).
- SIMPSON, M. A. (1994). Methods of investigating allegations of electric shock torture: Lessons from South Africa. *Torture*, 4, 27-29

SECCIÓN 4: Exámen ginecológico

La agresión sexual a las mujeres ha sido un arma de Guerra y poder a través de la historia (*Axelsen & Sveaas, 1994*). En muchos países, las acciones de violencia sexual son un método común de tortura o trato inhumano infligidos a las mujeres (*Amnistía Internacional, 2001*). También se ha encontrado que las víctimas femeninas de tortura son violadas con mayor frecuencia que los hombres, aunque estos hayan sido también frecuentemente sujetos de violación (*Allodi & Stiasny, 1990*). La violencia de género y de sexo es con frecuencia un problema oculto.

Pueden ser violadas las mujeres de cualquier edad, incluso las mayores de 60 años o las niñas (*OMS, 1996*). Debe enfatizarse que la violencia basada en el género y la violación es sólo uno de los muchos traumas que han sufrido las mujeres, y que las consecuencias físicas se acompañan con frecuencia de secuelas psicológicas y sociales.

El impacto del abuso basado en el género sobre la salud física puede ser inmediato y de largo plazo. Sin embargo, las mujeres que han sufrido de abuso rara vez buscan cuidado médico para el trauma agudo (*PATH, 2002*). Las barreras para buscar ayuda médica pueden reducirse si se incrementa el número de trabajadoras de la salud, y mediante la capacitación de profesionales de la salud que trabajan con refugiados y con víctimas de tortura, con el fin de reconocer a las víctimas de violencia sexual y violación. Es importante permitir a la víctima el tiempo suficiente para revelar el trauma (*Shanks & Schull, 2000*).

El propósito del examen ginecológico deberá estar claro antes de realizarlo: ¿Es el de identificar las necesidades del tratamiento o es para documentar el alegato de abuso sexual. Es esencial la recolección detallada de información en el caso de documentación de violaciones a los derechos humanos con fines legales. Es importante que la supuesta víctima sea instruida y brinde su consentimiento. Al examinar a víctimas de violencia sexual, se deberán tomar todas las precauciones para minimizar la retraumatización. Se deberá garantizar un ambiente seguro y confidencial. Las diferencias culturales, la religión y las creencias tradicionales, pueden afectar el sentido dado a las experiencias, a los síntomas expresados y la manera en que la gente se enfrenta a las experiencias violentas (*Kane, 1995*).

Se deberá hacer una historia médica obstétrica y ginecológica detallada, que incluya actividad sexual, menstruación y contracepción. Los signos físicos después de

agresiones sexuales y violación dependen mucho del intervalo entre el ataque y el examen. Inmediatamente después de la violación de una mujer se puede detectar semen. Puede tener lesiones en todo el cuerpo. Puede haber abrasiones y marcas de mordida en labios, cuello, hombros, glúteos y senos. La vulva, la vagina, el ano y la uretra deben ser examinados con cuidado, poniendo atención especial al periné. Puede haber signos externos de desgarres perineales, con laceración del margen del introito vaginal o el ano. Donde las lesiones son bastas pueden haber fístulas entre la vagina y el recto. Se debe observar la presencia y condición del himen (*Knight, 1991b*).

Después de la tortura eléctrica y/o golpes en la región genital se puede encontrar hematuria, debido a lesiones en la uretra y la vejiga (*Lunde & Ortmann, 1992*).

La mayoría de los síntomas agudos desaparece con el tiempo, así que puede ser imposible distinguir las cicatrices del periné de las cicatrices post parto, o de cicatrices a consecuencia de una enfermedad de transmisión sexual.

Más adelante, las mujeres pueden presentarse con síntomas de sangrado vaginal, disminución del deseo sexual, irritación genital, dispareunia e infecciones del tracto urinario (*Campbell, 2002*). La tortura sexual puede dejar rastros en el sistema músculo-esquelético, lesiones estructurales, alteraciones funcionales y disfunción de las articulaciones pélvicas en las mujeres. Estas pueden padecer lumbalgia y se quejan de dolores en los genitales, de disturbios menstruales y de problemas sexuales (*Arce, 2002*).

El daño en los genitales es particularmente severo en niñas menores de 15 años, así como en niñas y mujeres que han sido previamente sujetas a la mutilación genital. Estas niñas y mujeres también están en mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o virus de inmunodeficiencia humana VIH). Los trabajadores de la salud deberán considerar siempre las enfermedades de transmisión sexual después de la violación. Los soldados tienen, aún en tiempos de paz, tasas de infección de dos a cinco veces mayores más altas que las de la población civil. El riesgo de infección es por ello considerable para mujeres que hayan sido violadas por soldados (*Machel, 2000*).

Se deben considerar complicaciones de embarazo y parto, así como de aborto inseguro. Las complicaciones más frecuentes son aborto incompleto, sepsis, hemorragia y lesión intra-abdominal, tales como perforación o desgarramiento uterino (*OMS 1998*).

(Consultar §184, §214-227 y §231 en el Protocolo de Estambul)

SECCIÓN 5: Exploración de niños¹

Se han documentado muchos casos de tortura en niños por organizaciones de derechos humanos, temiéndose que sean solamente la punta del iceberg (*Amnistía Internacional, 2000*). No obstante, hay una incredulidad general de que se pueda perpetrar tortura contra los niños. La tortura y el abuso sexual de niños está ampliamente difundida, particularmente en conflictos dominados por la etnicidad (Southall & Kamran, 1998). Las niñas son doblemente susceptibles que los niños a la violencia, por su género y por su edad (*Chinkin, 1998*).

Los niños pueden ser víctimas secundarias de tortura debido a la violencia de la tortura perpetrada contra uno o más de sus parientes. También pueden ser víctimas primarias. Como existen muchos reportes de cómo los niños han sido sujetos a los mismos métodos de tortura que los adultos, pudiera esperarse que presenten los mismos síntomas físicos que los adultos. Sin embargo, poco se sabe sobre las consecuencias físicas de la tortura típicas de los niños ¿Cuáles son las implicaciones de la tortura en un cuerpo en crecimiento? ¿Cómo afecta la tortura al desarrollo del niño?

Los niños deben ser examinados de forma adecuada a su edad. No obstante, el profesional de la salud debe considerar que para muchos de los niños del mundo, la infancia termina mucho antes de que alcancen la edad de 18 años, la edad en la que, de acuerdo con la mayoría de los estándares internacionales se convierten en adultos. Sus historias de la violencia por ellos sufrida debe ser respetada y tomada en serio. No obstante, ellos prefieren con frecuencia permanecer en silencio, apartarse y esconderse y sepultar sus experiencias (*Protacio-Marcelino, de la Cruz, Balanon, Camacho, & Yacat, 2000*).

Los niños pueden reaccionar al trauma con depresión, alteraciones del sueño, pesadillas, ansiedad, temores, problemas de aprendizaje, desorden de stress post-traumático y sentimientos de culpa y autoinculpación (*Pynoos, Kinzie, & Gordon, 2001*).

Después de un evento traumático, los niños pueden sufrir de enuresis y —con menor frecuencia— de encopresis (*Kaffman & Elizur, 1983; Simpson, 1993*). La enuresis nocturna es más común en niños en edad escolar. Ocurre con mayor frecuen-

¹ La definición de 'niño' en la Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Niños declara "Para el propósito de la presente Convención, 'niño' significa todo ser humano menor de dieciocho años de edad, a menos que, bajo la ley aplicable al niño, la mayoría se alcance antes."

cia en niños que en niñas. Hay una fuerte asociación con la historia familiar de micción en la cama. La enuresis regresiva (que ocurre cuando los niños eran previamente secos) puede ser desencadenada por eventos estresantes. Están indicados el examen físico y el análisis de orina para excluir daños orgánicos, pero la patología orgánica pudiera encontrarse solamente en un número muy reducido de casos.

Los diagnósticos diferenciales posibles son infecciones del tracto urinario (especialmente en niñas) y diabetes mellitas. La encopresis es menos común que la enuresis. Es un problema que en la mayoría de los casos se desarrolla como resultado de un estreñimiento prolongado. Puede representar problemas emocionales. Como en el caso de enuresis, los defectos orgánicos se encuentran rara vez, aunque deben ser excluidos.

Si los profesionales de la salud estuvieran familiarizados con las consecuencias físicas de otras lesiones no accidentales de los niños, se facilitaría el reconocimiento de las consecuencias físicas de la tortura. La incidencia del síndrome de niño sacudido se ha descrito como si sólo se presentara en niños pequeños, raramente mayores de dos años. Sin embargo, síntomas semejantes a los del síndrome del niño sacudido se han encontrado en adultos sometidos a sacudidas durante el interrogatorio (Pounder & Path, 1997). No hay estudios sistemáticos de morbilidad entre las muchas personas que han sido sujetas a sacudimiento durante el interrogatorio.

REFERENCIAS

- ALLODI, F. & Stiasny, M. B. (1990). Women as torture victims. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 144-148.
- AMNESTY International. (2000). *Hidden scandal, secret shame: Torture and ill-treatment of children*. London: Author.
- AMNESTY International. (2001). *Broken bodies, shattered minds: Torture and ill-treatment of women*. London: Author.
- ARCEL, L. T. (2002). Torture, cruel, inhuman, and degrading treatment of women: Psychological consequences. *Torture*, 12, 5-19.
- AXELSEN, E., & Sveaas, N. (1994). Psychotherapeutic understanding of women exposed to sexual violence in political detention. *Nordisk Sexologi*, 12, 1-12.
- CAMPBELL, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- CHINKIN, C. (1998). Torture of the girl-child. In G. Van Bueren (Ed.), *Childhood abused: Protecting children against torture, cruel and inhuman and degrading treatment and punishment* (pp. 81-106). Dartmouth, UK: Ashgate.
- KAFFMAN, M., & Elizur, E. (1983). Bereavement responses of kibbutz and non-kibbutz children following the death of the father. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 435-442.
- KANE, S. (1995). *Working with victims of organised violence from different cultures: A Red Cross and Red Crescent Guide*. Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- KNIGHT, B. (1991b). Deaths associated with sexual offences. In B. Knight, *Forensic Pathology* (pp 385-393). London: Arnold.

- LUNDE, I., & Ortmann, J. (1992). Sexual torture and the treatment of its consequences. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 310-329). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- MACHEL, G. (2000, September). *The impact of armed conflict on children: A critical review of progress made and obstacles encountered in increasing protection for war-affected children*. Report presented at the International Conference on War-Affected Children, Winnipeg, Canada. Retrieved April 2, 2003, from <http://www.waraffectedchildren.gc.ca/machel-en.asp>.
- PATH. Program for Appropriate Technology in Health. (2002). Violence against women: effects on reproductive health [Special issue]. *Outlook*, 20 (1).
- POUNDER, D. J., & Path, M.R. (1997). Shaken adult syndrome. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 18, 321-324.
- PROTACIO-Marcelino, E., de la Cruz, T., Balanon, F. A., Camacho, A. Z., & Yacat, Jay A. (2000). *Child abuse in the Philippines: An integrated literature review and annotated bibliography*. Quezon City, Philippines: University of the Philippines. Centre for Integrative and Development Studies.
- PYNOOS, R. S., Kinzie, J. D., & Gordon, M. (2001). Children, adolescents, and families exposed to torture and related trauma. In E. Gerrity, T.M. Keane, & F. Tuma (Eds.). *The mental health consequences of torture* (pp. 211-225). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- SHANKS, L. & Schull, M. (2000). Rape in war: The humanitarian response. *Canadian Medical Association Journal*, 63, 1152-1156.
- SIMPSON, M. A. (1993). Bitter waters: Effects on children of the stresses of unrest and oppression. In: J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 601-624). New York: Plenum Press.
- SOUTHALL, D., & Kamran, A. (1998). Protecting children from armed conflict The UN convention needs an enforcing arm. *British Medical Journal*, 316, 1549-1550.
- WHO. (1996). *Mental health of refugees* (pp. 123-131) Geneva: Author.
- WHO. (1998). *World Health Day, safe motherhood: Address unsafe abortion*. (WHD 98.10). Geneva: Author.
- ABILDGAARD, U., Daugaard, G., Marcussen, H., Jess, P., Petersen, H.D., & Wallach, M. (1984) Chronic organic psycho-syndrome in Greek torture victims. *Danish Medical Bulletin*, 31, 239-242.
- ALLDEN, K., Baykal, T., Iacopino, V., Kirschner, R., Özkalıpci, Ö., Peel, M., et al. (Eds.). (2001). *Istanbul Protocol: Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Geneva, Switzerland: United Nations. Office of the High Commissioner for Human Rights.
- ALLODI, F. (1985). Physical and psychiatric effects of torture: Canadian study. In E. Stover & E. Nightingale (Eds.), *The breaking of bodies and minds: Torture, psychiatric abuses and the health professions* (pp. 66-78). New York: WH Freeman and Co.
- ALLODI, F. & Stiasny, M. B. (1990). Women as torture victims. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 144-148.
- ALMEKINDERS, L. C. (1999). Anti-inflammatory treatment of muscular injuries in sport. *Sports Medicine*, 28, 383-388.
- AMNESTY International. (1999). USA-cruelty in control?: *The stun belt and other electro-shock equipment in law enforcement*. (AI Index AMR 51/54/99). London: Author.

- AMNESTY International. (2000). *Hidden scandal, secret shame: Torture and ill-treatment of children*. London: Author.
- AMNESTY International. (2001). *Broken bodies, shattered minds: Torture and ill-treatment of women*. London: Author.
- AMRIS, K., & Prip, K. (2001a). *Falanga Torture. Diagnosis, Assessment and Treatment*. Copenhagen, Denmark: Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT).
- AMRIS, K., & Prip, K. (2001b). Torturoffer-et liv i smerte [Torture Victim a life in pain]. In U. Fasting & L. Lunderff (Eds.), *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis* (pp. 106-129). Copenhagen, Denmark: Munksgaard.
- ARCEL, L. T. (2002). Torture, cruel, inhuman, and degrading treatment of women: Psychological consequences. *Torture*, 12, 5-19.
- AXELSEN, E., & Sveaas, N. (1994). Psychotherapeutic understanding of women exposed to sexual violence in political detention. *Nordisk Sexologi*, 12, 1-12.
- Aytaclar, S., & Lök, V. (2002). Radiodiagnostic approaches in the documentation of torture. In M. Peel, & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 207-220). London: Greenwich Medical Media.
- Bork, K., & Nagel, C. (1997). Long-standing pigmented keloid of the ears induced by electrical torture. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 36, 490-491.
- Bro-Rasmussen, F., & Rasmussen, O. V. (1978). Falanga tortur. *Ugeskrift for Læger*, 140, 3197-3202.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Chinkin, C. (1998). Torture of the girl-child. In G. Van Bueren (Ed.), *Childhood abused: Protecting children against torture, cruel and inhuman and degrading treatment and punishment* (pp. 81-106). Dartmouth, UK: Ashgate.
- COHN, J, Jensen, R, Severin, B, Stadler, H. (1978). Torture in the Argentine, Syria and Zansibar, *Ugeskr Læger*, 140, 3202-3206.
- COROVIC, N., Durakovic, Z., Zavalic, M., & Zrinscak, J. (2000). Electrocardiographic changes in ex-prisoners of war released from detention camps. *International Journal of Legal Medicine*, 113, 197-200.
- DANIELSEN, L (1982). Hudforandringer efter tortur [Skin changes following torture]. *Månedsskrift for praktisk lægegering*, 193-209.
- DANIELSEN, L. (1992). Skin changes after torture. *Torture* (Suppl. 1), 27-32.
- DANIELSEN, L. (1995). Hudforandringer efter tortur [Skin changes following torture]. *Sår*, 3, 80-83.
- DANIELSEN, L. (2002). The examination and investigation of electric shock injuries. In M. Peel, & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 191-205). London: Greenwich Medical Media.
- DANIELSEN, L, Berger, P (1981). Torture sequelae located to the skin. *Acta Dermatovener (Stockh)* 61, 43-46.
- DANIELSEN, L, Genefke, I.K., Karlsmark, T, Lorenzen, S, Nielsen, K.G., Nielsen, O, Thomsen, HK, Aalund, O (1978). Termiske og elektriske skader i svinehud [Thermic and electric damages in pig skin], *140*, 3191-3197.
- DANIELSEN, L., Gniadecka, M., Thomsen, H. K., Pedersen, F., Strange, S., Nielsen, K. G., Peter-

- sen, H.D. (2003). Skin changes following defibrillation. *Forensic Science International*, 134, 134-141.
- DANIELSEN, L., Karlsmark, T., & Thomsen, H. K. (1997). Diagnosis of skin lesions following electrical torture. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 5, 15-20.
- DANIELSEN, L., Karlsmark, T., Thomsen, H. K., Thomsen, J. L., & Balding, L.E. (1991). Diagnosis of electrical skin injuries: A review and a description of a case. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 12, 222-226.
- DANIELSEN, L., Thomsen, HK, Nielsen, O, Aalund, O, Nielsen, K.G., Karlsmark, T, Genefke, I.K. (1978) Electrical and thermal injuries in pig skin. Evaluated and compared by light microscopy. *Forensic Science International*, 12, 211-225.
- DYHRE-POULSEN, P, Rasmussen, L, Rasmussen, OV (1977). Undersøgelser af et instrument til elektrisk tortur. [Investigation of an instrument of electrical torture]. *Ugeskrift for Læger*, 139, 1054-1056.
- EDSTON, E. (1999). Spåren på kroppen kan avslöja tortyr [The traces on the body reveal torture]. *Läkartidningen*, 96, 628-631.
- EICHNER, E. R. (1985). Runner's macrocytosis: A clue to footstrike hemolysis. *American Journal of Medicine*, 78, 321-325.
- EUROPEAN Committee for the Prevention of Torture (CPT). (1998). *Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands Antilles*. Strassbourg, France: Author.
- FORREST, D. M. (1999). Examination for the late physical after effects of torture. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 6, 4-13.
- FORREST, D. M. (2002). Examination following specific forms of torture. In M. Peel & V. Iacopino (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 159-169). London: Greenwich Medical Media.
- GNIADACKA, M., & Danielsen, L. (1995). High-frequency ultrasound for torture-inflicted skin lesions. *Acta Dermato-Venereologica*, 75, 375-376.
- GORDON, E, Mant, A K (1984). Clinical evidence of torture. Examination of a teacher from El Salvador. *Lancet*, 1, 213-214.
- JACOBSEN, H. (1997). Electrically induced deposition of metal on the human skin. *Forensic Science International*, 90, 85-92.
- JAKOBSSON, S. W. (1991). Brett samarbete nödvändigt för diagnostik och behandling av tortyrskador. *Läkartidningen*, 88, 4261-4264.
- KAFFMAN, M., & Elizur, E. (1983). Bereavement responses of kibbutz and non-kibbutz children following the death of the father. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 435-442.
- KANE, S. (1995). *Working with victims of organised violence from different cultures: A Red Cross and Red Crescent Guide*. Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- KARLSMARK, T. (1990). Electrically induced dermal changes: A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy. [Doctoral Dissertation, University of Copenhagen, Denmark.] *Danish Medical Bulletin*, 37, 507-520.
- KARLSMARK, T, Danielsen, L, Aalund, O, Thomsen, HK, Nielsen, O, Nielsen, KG, Lyon, H, Ammitzbøll, T, Møller, R, Genefke, IK. (1988). Electrically-induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study. *Forensic Sci Int*, 39, 163-174

- KARLSMARK, T, Thomsen, HK, Danielsen, L, Aalund, O, Nielsen, O, Nielsen, KG, Genefke, IK. (1984) Tracing the use of electrical torture. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 5, 333-337.
- KERR, A.G. (1978). Blast injuries to the ear. *The Practitioner*, 221, 677-82.
- KJÆRSGAARD, Aa R, Genefke, I K, (1977). Torture in Uruguay and Argentina. *Ugeskrift for Læger*, 139, 1057-1059.
- KNIGHT, B (1991a). *The pathology of wounds*. In B. Knight, *Forensic Pathology* (pp 123-156). London: Arnold.
- KNIGHT, B. (1991b). *Deaths associated with sexual offences*. In B. Knight, *Forensic Pathology* (pp 385-393). London: Arnold.
- LUNDE, I., & Ortmann, J. (1992). Sexual torture and the treatment of its consequences. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 310-329). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- MACHEL, G. (2000, September). *The impact of armed conflict on children: A critical review of progress made and obstacles encountered in increasing protection for war-affected children*. Report presented at the International Conference on War-Affected Children, Winnipeg, Canada. Retrieved April 2, 2003, from <http://www.waraffectedchildren.gc.ca/machel-en.asp>.
- MALIK, G. H., Reshi, A. R., Najar, M. S., Ahmad, A., & Masood, T. (1995). Further observations on acute renal failure following torture. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 10, 198-202.
- MALIK, G. H., Sirwal, I. A., Reshi, A. R., Najar, M. S., Tanvir, M., & Altaf, M. (1993). Acute renal failure following physical torture. *Nephron*, 63, 434-437.
- MORENO, A., & Grodin, M. A. (2002). Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord*, 40, 213-223.
- NANCKE-KROGH, S, (1985). *Kunsten på kroppen [The art on the body]*. Copenhagen.
- PATH. Program for Appropriate Technology in Health. (2002). Violence against women: effects on reproductive health [Special issue]. *Outlook*, 20 (1).
- PERRON-BUSCAIL, A., Lesueur, L., Chollet, P., & Arne, J.L. (1995). Les brûlures électriques CORNEENNES: etude anatomo-clinique a propos d'un cas [Electric burns of the cornea. anatomico-clinical study apropos of a case]. *Journal Francais d'Ophthalmologie*, 18, 384-386.
- PETERSEN, H. D., Abildgaard, U., Daugaard, G., Jess, P. Marcussen, H., & Wallach, M. (1985) Psychological and physical long-term effects of torture. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 13, 89-93.
- PETERSEN, H. D., & Rasmussen, O.V. (1992). Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. *Forensic Science International*, 53, 97-116.
- POUNDER, D. J, & Path, M.R. (1997). Shaken adult syndrome. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 18, 321-324.
- PROTACIO-MARCELINO, E., de la Cruz, T., Balanon, F. A., Camacho, A. Z., & Yacat, Jay A. (2000). *Child abuse in the Philippines: An integrated literature review and annotated bibliography*. Quezon City, Philippines: University of the Philippines. Centre for Integrative and Development Studies.
- PYNOOS, R. S., Kinzie, J. D., & Gordon, M. (2001). Children, adolescents, and families exposed to torture and related trauma. In E. Gerrity, T.M. Keane, & F. Tuma (Eds.). *The mental health consequences of torture* (pp. 211-225). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- RANDALL, G., Lutz, E., & Quiroga, J. (1985). Long-term physical and psychological sequelae of torture on 44 victims examined in the United States. In E. Stover & E. Nightingale (Eds.) *The breaking of bodies and minds: Torture, psychiatric abuse and the health profession* (pp. 58-66). New York: W H Freeman and Co.
- RASMUSSEN, O. V. (1990). Medical aspects of torture [Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark]. *Danish Medical Bulletin*, 37 (Suppl. 1).
- SAVNIK, A., Amris, K., Rogind, H., Prip, K., Danneskiold-Samsøe, B., Bojsen-Møller, F., et al. (2000). MRI of the plantar structures of the foot after falanga torture. *European Radiology*, 10, 1655-1659.
- SHANKS, L. & Schull, M. (2000). Rape in war: The humanitarian response. *Canadian Medical Association Journal*, 63, 1152-1156.
- SIMPSON, M. A. (1993). Bitter waters: Effects on children of the stresses of unrest and oppression. In: J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 601-624). New York: Plenum Press.
- SIMPSON, M. A. (1994). Methods of investigating allegations of electric shock torture: Lessons from South Africa. *Torture*, 4, 27-29
- SKYLV, G. (1992). Physical sequelae of torture. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (pp. 38-55). Cambridge: Cambridge University Press.
- SKYLV, G. (1993). Falanga: Diagnosis and treatment of late sequelae. *Torture*, 3, 11-15.
- SOUTHALL, D., & Kamran, A. (1998). Protecting children from armed conflict The UN convention needs an enforcing arm. *British Medical Journal*, 316, 1549-1550.
- TAT-GROUP against Torture (2001) Torture in Basque Country, Report 2001. Gipuzkoa, Spain.
- THOMSEN, A. B., Eriksen, J., & Smidt-Nielsen, K. (2000). Chronic pain in torture survivors. *Forensic Science International*, 108, 155-163.
- THOMSEN, H. K. (1984). *Electrically induced epidermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy*. [Doctoral dissertation, University of Copenhagen, Denmark]. Copenhagen, Denmark: FADL.
- THOMSEN, H.K., Danielsen, L., Nielsen, O, Aalund, O, Nielsen, K.G., Karlsmark, T, Genefke, I.K Christoffersen, P. (1983). The effect of direct current, sodium hydroxide and hydrochloric acid on pig epidermis. *Acta pathologica.microbiologica immunologica scandinavia, Sect. A*, 91, 307-316.
- WHO. (1996). *Mental health of refugees* (pp. 123-131) Geneva: Author.
- WHO. (1998). *World Health Day, safe motherhood: Address unsafe abortion*. (WHD 98.10). Geneva: Author.
- ÖZTOP, F., Lök, V., Baykal, T., & Tunca, M. (1994). Signs of electrical torture on the skin. *Human Rights Foundation of Turkey. Treatment and Rehabilitation Centers report*, 11, 97-104.

**Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático
Administrada por el Clínico
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)**

Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes

Criterio A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el cual las dos características siguientes estaban presentes:

1. La persona experimentó, fue testigo o se enfrentó a un acontecimiento o acontecimientos que supusieron la presencia real de peligro de muerte o de lesiones graves o amenazas a la integridad física de sí misma o de otras.
2. Las respuestas de la persona incluyeron miedo intenso, indefensión o terror. Nota: en niños, puede ser expresado mediante una conducta desorganizada o agitada.

Le voy a preguntar sobre algunas cosas difíciles o estresantes que algunas veces les ocurren a las personas. Algunos ejemplos de esto son: haber estado en algún tipo de accidente grave, en un incendio, huracán, terremoto; haber sido asaltado, golpeado o atacado con un arma; o bien haber sido forzado sexualmente. Comenzaré por pedirle que mire una lista de experiencias como éstas y marque alguna que le haya afectado a usted. Entonces, si alguna de ellas le afectó, le pediré que describa brevemente qué sucedió y cómo se sintió en ese momento.

Algunas de estas experiencias pueden ser duras de recordar, o pueden traer recuerdos o sentimientos desagradables. Las personas con frecuencia encuentran que hablar sobre ellos puede ayudarles, pero usted decidirá cuánto me quiere decir. A medida que avancemos, si se siente incómodo/a, hágamelos saber y podremos ir más despacio y hablar sobre ello. También, si tiene alguna pregunta o no entiende algo, por favor, dígamelo. ¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

Entregue la lista, después revise y pregunte sobre tres acontecimientos. Si señala más de tres, determine sobre qué tres va a preguntar

(p. ej., el primero, el peor y el más reciente; o los tres acontecimientos peores; o el trauma de interés y los otros dos peores, etc.)

Si no se han identificado acontecimientos en la lista: ¿Ha habido alguna situación en la cual su vida ha estado en peligro o ha sido herido/a o lesionado/a gravemente?

Si no: ¿Ha habido alguna situación en la que estuvo amenazado/a de muerte o con daño grave, aun cuando no haya sido directamente herido/a o lesionado/a?

Si no: ¿Ha presenciado algún hecho similar, ocurrido a otra persona, o ha tenido conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted?

Si no: ¿Cuáles cree que han sido las experiencias más estresantes que ha tenido en su vida?

• • •

ACONTECIMIENTO No. 1

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso/a? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describa (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1) ¿Amenaza vital? No Sí [Sujeto Otro]

¿Lesión grave? No Sí [Sujeto Otro]

¿Amenaza a la integridad física? No Sí [Sujeto Otro]

A (2) ¿Miedo intenso/indefensión/horror? No Sí [Durante Después]

Criterio A ¿Se cumple? No Probable Sí

• • •

ACONTECIMIENTO No. 2

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso/a? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta?

ta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)
Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1) ¿Amenaza vital? No Sí [Sujeto Otro]

¿Lesión grave? No Sí [Sujeto Otro]

¿Amenaza a la integridad física? No Sí [Sujeto Otro]

B (2) ¿Miedo intenso/indefensión/horror? No Sí [Durante Después]

Criterio A ¿Se cumple? No Probable Sí

• • •

ACONTECIMIENTO No. 3

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió?
¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso/a? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1) ¿Amenaza vital? No Sí [Sujeto Otro]

¿Lesión grave? No Sí [Sujeto Otro]

¿Amenaza a la integridad física? No Sí [Sujeto Otro]

C (2) ¿Miedo intenso/indefensión/horror? No Sí [Durante Después]

Criterio A ¿Se cumple? No Probable Sí

Durante el resto de la entrevista, quiero que mantenga en la mente (los acontecimientos) cuando le pregunte cómo pueden haberle afectado.

Le voy a hacer 25 preguntas. La mayoría de ellas tienen dos partes. Primero, le preguntaré si alguna vez ha tenido un problema en particular, y en ese caso, con qué frecuencia en el mes pasado. Entonces le preguntaré cuánto malestar o molestia le ha causado ese problema.

CRITERIO B. El acontecimiento traumático es revivido persistentemente en una o más de las siguientes formas. 1. (B-1) Recuerdos molestos e intrusivos del acontecimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones. NOTA: en niños pequeños puede ocurrir juego repetitivo en el cual se expresan temas o aspectos del trauma.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Ha tenido alguna vez recuerdos no deseados? (del acontecimiento)? ¿Cómo fueron? ¿Qué recuerda usted?) (Si no está claro) ¿Estos recuerdos ocurrieron mientras estaba usted despierto o solamente en sueños? [Excluir en el caso de que los recuerdos sólo aparecieran durante el sueño] ¿Con qué frecuencia ocurrieron durante el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos:*
_____ ¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Fue capaz de quitárselos de la mente y de pensar en otra cosa? ¿Cuánto esfuerzo tuvo que hacer? ¿Cuánto interfirieron estos recuerdos en su vida? 0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderada: angustia presente claramente, pero controlable. Alguna interrupción de actividades 3. Grave: angustia considerable. Dificultad para quitar de la memoria los recuerdos. Marcada interferencia con las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante, no puede quitar de la memoria los recuerdos, incapaz de continuar con las actividades. Validez cuestionable (especificar)
_____ *Frecuencia (F) Intensidad (I)*

2. (B-2) Sueños con el acontecimiento, angustiosos y recurrentes.

NOTA: en niños pueden ocurrir pesadillas sin un contenido que pueda ser reconocido.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Ha tenido alguna vez sueños desagradables acerca del acontecimiento? Describa un sueño típico (¿qué sucedió?) ¿Con qué frecuencia ha tenido estos sueños en el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días
Descripción/Ejemplos: _____ ¿Cuánta angustia o molestia le han causado estos sueños? ¿Le despertaron estos sueños? (Si la respuesta es sí) ¿Qué pasó cuando se despertó? ¿Cuánto tardó en volverse a dormir? [*Preste atención al nivel de ansiedad, comentarios tales como despertarse gritando, actuando en las pesadillas, etc.*] ¿Han afectado estos sueños a alguna otra persona? ¿Cómo? 0. Nada 1. Leve: mínima angustia, puede que no se haya despertado 2. Moderada: se despertó angustiado pero se volvió a dormir rápidamente 3. Grave: considerable angustia. Dificultad para volver a dormirse 4. Extrema: angustia incapacitante, no volvió a dormir Validez cuestionable (especificar) _____ **Frecuencia (F) Intensidad (I)**

3. (B-3) Actuar o sentir como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo de nuevo (incluyendo sensaciones de revivir la experiencia), ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (flashbacks). Se incluyen los que ocurren al despertar o cuando se está intoxicado. Nota: en los niños pequeños puede ocurrir la representación del acontecimiento traumático específico.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Alguna vez, de repente, ha actuado usted o sentido como que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo? ¿Ha experimentado imágenes del acontecimiento? (Si no está claro) ¿Esto sucedió cuando estaba despierto o sólo en sueños? [Excluya si sólo ocurrió durante los sueños] Dígame más sobre eso. ¿Con cuánta frecuencia le ocurrió en el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días
Descripción/Ejemplos: _____ ¿Con qué intensidad le pareció que el acontecimiento estaba pasando otra vez? (Estaba confundido acerca de dónde estaba realmente o qué estaba haciendo en ese momento.) ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras estaba ocurriendo? ¿Se dio cuenta otra gente de su conducta? ¿Qué le dijeron? 0. No ha revivido el acontecimiento. 3. Leve: algo más real que pensar en el acontecimiento 4. Moderada: consciente pero próximo a disociación transitoria. Todavía consciente de lo que pasa a su alrededor, como soñar despierto 5. Grave: disociación intensa (comunica imágenes, sonidos, olores) pero tiene alguna conciencia de lo que pasa a su alrededor 6. Extrema: disociación completa («flashback») (imágenes). No se da cuenta de lo que pasa a su alrededor. Puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna) **Frecuencia (F)**
Intensidad (I)

4. (B-4) Malestar psicológico intenso al verse expuesto a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Alguna vez se ha disgustado cuando algo le ha recordado el *acontecimiento*? (Algo le ha desencadenado malestar relacionado con el *acontecimiento*.) ¿Qué clase de recuerdos le han disgustado?
¿Con qué frecuencia durante el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos:*
_____ ¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Cuánto tiempo duró y cuánto interfirió con su vida? 0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderado: angustia claramente presente pero todavía controlable. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: angustia considerable. Marcada interrupción de las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante. Incapaz de continuar con las actividades **Frecuencia (F) Intensidad (I)**

5. (B-5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Ha tenido alguna vez alguna reacción física cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (¿Su cuerpo ha reaccionado de alguna manera cuando algo le ha recordado el acontecimiento?) ¿Puede dar algunos ejemplos? ¿Se aceleró su corazón o cambió su ritmo respiratorio? ¿Sudó, o se sintió tenso o tembloroso? ¿Qué clase de recuerdos le provocaron estas reacciones? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos:* _____ ¿Cuánta intensidad tuvieron (reacciones físicas)? ¿Cuánto duraron? (¿Duraron aun después de la situación?) 0. Sin respuesta física 1. Leve: respuesta mínima 2. Moderada: respuesta física claramente presente. Puede mantenerse si la exposición continúa 3. Grave: respuesta física marcada. Se mantiene durante la exposición 4. Extrema: respuesta física sostenida. Puede mantenerse incluso después que la exposición haya terminado **Frecuencia (F) Intensidad (I)**

CRITERIO C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal como indican tres (o más) de los siguientes síntomas. 6. (C-1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Ha tratado usted alguna vez de evitar pensamientos o sentimientos acerca del *acontecimiento*?
(¿Qué clase de pensamientos o sentimientos trató de evitar?) ¿Intentó evitar hablar con otras personas acerca de ello? (¿Por qué?) ¿Con qué frecuencia durante el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos:* _____ ¿Cuánto esfuerzo hizo para evitar *pensamientos, sentimientos, conversaciones*? ¿Qué clase de cosas hizo? ¿Bebió o usó medicación o drogas? [*Considere todos los intentos de evitación, incluyendo distracción, supresión y uso de alcohol o drogas*] ¿Cuánto interfirió esto en su vida? 0. Nada 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderada: algún esfuerzo, evitación claramente presente. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de las actividades, o participa en ciertas actividades como estrategia de evitación 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, o se involucra intensamente en ciertas actividades como estrategia de evitación Especifique: _____

Frecuencia (F) Intensidad (I)

7. (C-2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que producen recuerdos del trauma.

¿Ha tratado alguna vez de evitar ciertas actividades, lugares o personas que le recuerdan el *acontecimiento*? (¿Qué clase de cosas evitó? ¿Por qué? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?) 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos:* _____ ¿Cuánto esfuerzo realizó para evitar *actividades, lugares, personas*? (¿Qué hizo en su lugar?) ¿Cuánto interfirió con su vida? 0. Nada 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderada: algún esfuerzo, conducta de evitación claramente presente. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de las actividades o participa como estrategia de evitación 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, se involucra excesivamente en ciertas actividades como estrategia de evitación Especifique: _____ **Frecuencia (F)**
Intensidad (I)

Actual F _____ **I** _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ **I** _____

Síntomas Sí No

8. (C-3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

Actual F _____ I _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ I _____

Síntomas Sí No

¿Alguna vez ha tenido dificultad para recordar algunas partes importantes del *acontecimiento*? Dígame un poco más sobre esto. (¿Cree que debería ser capaz de recordar estas cosas? ¿Por qué piensa que no puede?) En el último mes, de las partes importantes del *acontecimiento*, ¿cuánto tuvo dificultad de recordar? (¿Qué partes recuerda todavía?) 0. Nada. Memoria clara 1. Pocos aspectos no se recuerdan (menos del 10%) 2. Algunos aspectos no se recuerdan (aproximadamente el 20-30%) 3. Muchos aspectos no se recuerdan (aproximadamente el 50-60%) 4. La mayoría de los aspectos no se recuerdan (más del 80%) *Descripción/Ejemplos:* _____

¿Cuánta dificultad tenía para recordar partes importantes del *acontecimiento*? (¿Fue capaz de recordar más si lo intentó?) 0. Nada 1. Leve: dificultad mínima 2. Moderada: alguna dificultad. Puede recordar con esfuerzo 3. Grave: dificultad considerable, incluso con esfuerzo 4. Extrema: completamente incapaz de recordar aspectos importantes del *acontecimiento*. Especifique

_____ *Frecuencia (F) Intensidad (I)*

9. (C-4) Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.

¿Se ha sentido menos interesado/a en actividades con las que disfrutaba? (¿En qué tipo de cosas ha perdido el interés? ¿Hay algunas cosas que ya no hace? ¿Por qué?) [Excluya si es debido a falta de oportunidades, si no es capaz físicamente, si no es apropiado desde el punto de vista de la maduración o debido a cambios en preferencias] En el último mes, ¿en cuántas actividades ha estado menos interesado? ¿Qué clase de cosas todavía disfruta? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?) 0. Ninguna 1. Pocas actividades (menos del 10%) 2. Algunas actividades (aproximadamente el 20-30%) 3. Muchas actividades (aproximadamente el 50-60%) 4. La mayoría de las actividades (más del 80%) ¿Fue fuerte su pérdida del interés? (¿Disfrutaba de las actividades una vez que las comenzaba?) 0. No hay pérdida del interés 1. Leve: leve pérdida del interés 2. Moderada: clara pérdida del interés, pero todavía puede disfrutar de algunas cosas 3. Grave: pérdida marcada del interés en las actividades 4. Extrema: completa pérdida del interés, ya no participa en ninguna actividad Especifique _____ ¿Está relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no **Frecuencia (F) Intensidad (I)**

Actual F _____ I _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ I _____

Síntomas Sí No

10. (C-5) Sensación de desapego o aislamiento de los demás.

Actual F _____ I _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ I _____

Síntomas Sí No

¿Se ha sentido distante o aislado/a de otras personas? ¿Cómo fue? Durante el último mes, ¿cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%)
¿Fue fuerte su sentimiento de estar distanciado/a o aislado/a de otras personas? (¿A quién siente más cerca?) ¿Con cuánta gente se siente usted comfortable hablando sobre cosas personales?) 0. Ningún sentimiento de distanciamiento o aislamiento 1. Leve: puede sentirse apartado de las otras personas 2. Moderada: sentimientos de distanciamiento claramente presentes, pero todavía siente alguna conexión interpersonal 3. Grave: sentimientos marcados de distanciamiento o enajenación de la mayoría de la gente. Puede que se sienta cerca de sólo una o dos personas. 4. Extrema: se siente completamente aislado o enajenado de los demás, no se siente cerca de ninguna persona. Especifique _____ ¿Relacionado con el trauma?
Seguro Probable Posiblemente no **Frecuencia (F) Intensidad (I)**

11. (C-6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapaz de tener sentimientos de amor).

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Ha habido momentos en los que se sintió emocionalmente embotado o tuvo problemas experimentando sentimientos como amor o felicidad? ¿Cómo fue eso? (¿Qué clase de sentimientos le causaron problemas?) ¿Con cuánta frecuencia? ¿Cuándo comenzó a tener problema para sentir las emociones? (¿Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%)
2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%) *Descripción/Ejemplos:* _____
¿Cuánto problema tuvo sintiendo emociones? (¿Qué clase de sentimientos es capaz de experimentar todavía?) [*Incluya observaciones de la variación del afecto durante la entrevista*] 0. No ha habido reducción para experimentar emociones 1. Leve: mínima reducción de la experiencia emocional
2. Moderada: reducción clara de la experiencia emocional, pero todavía es capaz de experimentar la mayoría de las emociones 3. Grave: reducción marcada de la experiencia de por lo menos dos de las emociones primarias (p. ej., amor y felicidad) 4. Extrema: No puede experimentar emociones
Frecuencia (F) Intensidad (I)

12. (C-7) Sensación de un futuro acortado (p. ej., no espera tener un empleo, casarse, tener hijos o, en definitiva, llevar una vida normal).

Actual F _____ I _____ Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Sí No
¿Ha habido veces en las que ha sentido que no había necesidad de planear el futuro? ¿Que de alguna manera su futuro se va a acortar? ¿Por qué? [*Descartar riesgos tal como condiciones médicas que pueden afectar el transcurso de la vida*] ¿Con cuánta frecuencia en el último mes? ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%) *Descripción/Ejemplos:* _____ ¿Qué intensidad tenía este sentimiento de que su futuro se va a acortar? (¿Cuánto tiempo piensa que va a vivir? ¿Hasta qué punto está convencido/a de que se va a morir prematuramente?) 0. No hay sentimientos de que el futuro se ha acortado 1. Leve: sentimientos leves de un futuro interrumpido 2. Moderado: sentimientos de que el futuro se ha acortado están claramente presentes, pero no hay una predicción específica sobre la longevidad 3. Grave: sentimiento marcado de un futuro interrumpido, puede hacer predicciones específicas sobre la longevidad 4. Extrema: sentimiento abrumador de un futuro interrumpido, completamente convencido/a de una muerte prematura Especifique _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no
Frecuencia (F) Intensidad (I)

**Criterio D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal)
(ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas.
13. (D-1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.**

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Ha tenido algún problema para iniciar o mantener el sueño? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de sueño? (¿Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro veces 4. Todas o casi todas las noches. Problemas al iniciar el sueño Sí No. Despertar durante la noche Sí No. Despertar temprano por la mañana Sí No. Número total de horas de sueño/noche _____ Número deseado de horas de sueño/noche _____ ¿Cuánto problema ha tenido con el sueño? (¿Cuánto tiempo tardó en quedarse dormido? ¿Con qué frecuencia se despertó durante la noche? ¿Se despertó antes de lo que quería? ¿Cuántas horas durmió en total?) 0. Ningún problema con el sueño 1. Leve: prolongación leve de la latencia o dificultad leve para mantener el sueño (hasta 30 minutos de pérdida de sueño) 2. Moderado: alteración clara del sueño, latencia prolongada o dificultades para mantener el sueño (30-90 minutos de pérdida de sueño) 3. Grave: latencia más prolongada, dificultad marcada para mantener el sueño (de 90 minutos a 3 horas de pérdida de sueño) 4. Extrema: latencia muy larga o dificultad profunda para mantener el sueño (más de 3 horas de pérdida de sueño) Validez cuestionable (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no **Frecuencia (F)**
Intensidad (I)

14. (D-2) Irritabilidad o ataques de ira.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Se ha sentido especialmente irritable o ha mostrado sentimientos de ira? ¿Podría darme algunos ejemplos? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo se comenzó a sentir de esa manera? (¿Después del *acontecimiento*)? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días. *Descripción/Ejemplos:* _____ ¿Qué intensidad tenía su rabia? (¿Cómo la mostró?) *Si comunica inhibición* (¿Qué dificultad tuvo para no mostrar su ira? ¿Cuánto tiempo tardó en calmarse? ¿Su rabia le causó algún problema? 0. Ninguna irritabilidad o ira 1. Leve: irritabilidad mínima, puede haber levantado la voz 2. Moderada: irritabilidad clara o intentos para reprimir la ira. Puede recuperarse rápidamente 3. Grave: irritabilidad marcada o intentos marcados para reprimir la ira, puede ponerse agresivo verbal o físicamente cuando está enfadado 4. Extrema: rabia intensa o intentos drásticos para reprimir la ira, puede tener episodios de violencia física Validez cuestionable (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no **Frecuencia (F)**
Intensidad (I)

15. (D-3) Dificultades para concentrarse.

¿Le ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaba haciendo, o en las cosas que estaban ocurriendo a su alrededor? ¿Cómo fue eso? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de concentración? (¿Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10 %) 2. Algunas (aproximadamente el 20-30 %) 3. La mayor parte del tiempo (aproximadamente el 50-60 %) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60 %) *Descripción/Ejemplos:*

_____ **Frecuencia (F)**

¿Cuánta dificultad tuvo para concentrarse? *[Incluya observaciones de atención y concentración durante la entrevista]* ¿Cuánto ha interferido con su vida? 0. Sin dificultades con la concentración 1. Leve: sólo necesita un ligero esfuerzo para concentrarse. Ligera o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderado: pérdida de concentración, pero se puede concentrar con esfuerzo, alguna interrupción de las actividades 3. Grave: pérdida marcada de la concentración, incluso con esfuerzo. Interrupción marcada de las actividades 4. Extrema: dificultad completa para concentrarse. Incapaz de concentrarse en las actividades Validez cuestionable (especifique) _____

¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no **Intensidad (I)**

Actual F _____ **I** _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ **I** _____

Síntomas Sí No

16. (D-4) Hipervigilancia.

¿Cuánto esfuerzo le costó estar pendiente de las cosas que pasaban a su alrededor? [Incluya hipervigilancia durante la entrevista] ¿Estar hipervigilante le causó algún problema? 0. Sin hipervigilancia 1. Leve: mínima hipervigilancia, leve aumento de la vigilancia 2. Moderado: hipervigilancia claramente presente, alerta con público (escoge un lugar seguro donde sentarse en el restaurante o el cine) 3. Grave: hipervigilancia marcada, muy alerta, examina con cuidado los peligros del entorno, preocupación exagerada por la seguridad personal/familiar/y de la casa 4. Extrema: hipervigilancia excesiva, esfuerzos para sentirse seguro/a, ocupa una gran parte del tiempo y de la energía en medidas de seguridad excesivas, conductas de comprobación, y marcada hipervigilancia durante la entrevista ¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no **Intensidad (I)**

¿Ha estado especialmente alerta o vigilante, aun cuando no había necesidad real? ¿Se ha sentido como si estuviese constantemente en guardia? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a actuar así? (Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10 %) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %) 3. La mayor parte del tiempo (aproximadamente el 50-60 %) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60 %)

Descripción/Ejemplos: _____

Frecuencia (F)

Actual	F _____	I _____
Síntomas	Sí	No
Alguna vez en la vida		
	F _____	I _____
Síntomas	Sí	No

17. (D-6) Respuesta exagerada de sobresalto.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Ha tenido reacciones de sobresalto? ¿Cuándo ocurrió? ¿Qué tipo de cosas le hicieron sobresaltarse? ¿Con qué frecuencia en el último mes? ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo estas reacciones? (¿Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro o cinco veces 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos:* _____ ¿Cómo fueron estas reacciones? ¿Cuán fuertes fueron, en comparación con las reacciones de la mayoría de las personas? ¿Cuánto duraron? 0. Sin reacción de sobresalto 1. Leve: reacción mínima 2. Moderada: clara reacción de sobresalto, se siente asustadizo 3. Grave: reacciones marcadas de sobresalto, alerta mantenida tras la reacción inicial 4. Extrema: reacción de sobresalto excesiva, claras conductas de afrontamiento (p. ej., veterano de guerra que se tira al suelo) Validez cuestionable (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no **Frecuencia (F)**
Intensidad (I)

Criterio E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes. 18. Aparición de los síntomas.

[*Si no está claro todavía*] ¿Cuándo fue la primera vez _____ n.º total de meses de demora en la aparición de los síntomas que comenzó a tener (*los síntomas de TEPT*) que me dijo? Demora en la aparición de los síntomas (⚡ 6 meses): (¿Cuánto tiempo después del trauma comenzaron? No Sí ¿Más de 6 meses?)

19. Duración de los síntomas.

Actual No Sí Agudo Crónico *Alguna vez en la vida* No Sí Agudo Crónico *Actual.* ¿Cuánto tiempo (síntomas de TEPT) duraron en total? *En la vida.* ¿Cuánto tiempo estos (síntomas de TEPT) duraron en total? ¿Duración de más de un mes? N.º total de meses de duración ¿Agudo (<3 meses) o crónico (⚡ 3 meses)?

Criterio F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. 20. Malestar subjetivo.

Actual *Alguna vez en la vida* *Actual.* Sobre todo, ¿cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? [*Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores*] *A lo largo de la vida.* ¿Cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? [*Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores*] 0. Ninguno 1. Leve, malestar mínimo 2. Malestar moderado claramente presente, pero todavía controlable 3. Grave: malestar considerable 4. Extremo: ansiedad incapacitante.

21. Deterioro social.

Actual. ¿Estos síntomas (síntomas de TEPT) le han afectado en su relación con otras personas? ¿Cómo? [Considere deterioro en el funcionamiento social manifestado en las preguntas anteriores] A lo largo de la vida. ¿Estos síntomas de TEPT afectan su vida social? ¿Cómo? [Considere el deterioro social referido en los ítems anteriores] 0. Ausencia de impacto adverso 1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento social 2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos 3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos 4. Extremo: poco o ningún funcionamiento social.

Actual
Alguna vez
en la vida

22. Deterioro laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Actual. [Si no está ya claro.] ¿Está trabajando? Sí: ¿Han afectado estos (síntomas de TEPT) su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta] No: ¿Le han afectado estos (síntomas de TEPT) otra área importante de su vida? [Si es apropiado dé ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.] ¿Cómo? En toda su vida. [Si aún no está claro] ¿Estaba usted trabajando entonces? Sí: ¿Afectaron estos síntomas de TEPT a su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta] No: ¿Afectaron estos síntomas de TEPT a otra área importante de su vida? [Si es apropiado dé ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.] ¿Cómo? 0. Ausencia de impacto adverso 1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento laboral/otra área 2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos 3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos 4. Extremo: poco o ningún funcionamiento laboral/otra área.

Actual
Alguna vez
en la vida

CALIFICACIONES GLOBALES. 23. Validez global.

Estime la validez general de las respuestas considerando factores tales como colaboración con el examinador, estado mental (p. ej., problemas de concentración, comprensión de los ítems, disociación) y evidencias de esfuerzos para exagerar o minimizar los síntomas 0. Excelente, no hay razón para sospechar que las respuestas no sean válidas 1. Buena: hay factores presentes que pueden afectar negativamente la validez 2. Adecuada: hay factores presentes que disminuyen la validez 3. Pobre: validez reducida sustancialmente 4. Respuestas no válidas, estado mental gravemente afectado, o posible simulación o disimulación.

24. Gravedad global.

Actual. Alguna vez en la vida Estime la gravedad global de los síntomas de TEPT. Considere el grado de malestar subjetivo, el grado de deterioro funcional, observaciones de la conducta durante la entrevista, y juicio con respecto al estilo de relato 0. Sin síntomas clínicamente significativos, ni de malestar o deterioro funcional 1. Leve: malestar mínimo o escaso deterioro funcional 2. Moderada: malestar o deterioro funcional claro, pero funciona satisfactoriamente con esfuerzo 3. Grave: malestar o deterioro funcional marcado, funcionamiento limitado aun con esfuerzo 4. Extremo: malestar o impedimento funcional importante en dos o más áreas de funcionamiento.

25. Mejoría global.

Califique la mejoría total presente desde la calificación inicial. Si no ha habido una calificación inicial, pregunte cómo los síntomas han cambiado durante los últimos seis meses. Califique el grado de cambio sea o no, a su juicio, debido al tratamiento 0. Asintomático 1. Mejoría considerable 2. Mejoría moderada 3. Mejoría leve 4. Sin mejoría 5. No hay suficiente información.

SÍNTOMAS ACTUALES DE TEPT.

Criterio A ¿Cumple (acontecimiento traumático)? NO Sí Criterio B _____ n.º de síntomas (◆ 1)? NO Sí Criterio C _____ n.º de síntomas (◆ 3)? NO Sí Criterio D _____ n.º de síntomas (◆ 2)? NO Sí Criterio E ¿Cumple (duración ◆ 1 mes)? NO Sí Criterio F ¿Cumple (malestar/deterioro)? NO Sí *TEPT actual.* ¿Cumple (criterios A-F)? NO Sí *Si cumple el criterio para TEPT actual, vaya directamente a las características asociadas. Si el criterio para TEPT actual no se ha cumplido, evalúe TEPT a lo largo de la vida. Identifique un período, de por lo menos un mes, desde el momento del acontecimiento traumático en el cual tuvo los peores síntomas.* • Desde el *acontecimiento*, ¿ha habido algún momento en el que estos síntomas de TEPT fueron peores que en el mes pasado? ¿Cuándo? ¿Cuánto duró? (¿Por lo menos un mes?) • Si ha habido múltiples episodios en el pasado: ¿Cuándo le molestaron más estos síntomas de TEPT? • Si por lo menos ha habido un período, pregunte los ítems 1-17, cambiando la connotación de las preguntas de frecuencia para referirse al período peor. ¿Durante ese tiempo experimentó síntomas? ¿Con qué frecuencia?

SÍNTOMAS DE TEPT A LO LARGO DE LA VIDA.

Criterio A ¿Cumple (acontecimiento traumático)? NO Sí Criterio B _____ n.º de síntomas (◆ 1)? NO Sí Criterio C _____ n.º de síntomas (◆ 3)? NO Sí Criterio D _____ n.º de síntomas (◆ 2)? NO Sí Criterio E ¿Cumple (duración ◆ 1 mes)? NO Sí Criterio F ¿Cumple (malestar/deterioro)? NO Sí *TEPT a lo largo de la vida.* ¿Cumple (criterios A-F)? NO Sí

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS. 26. Culpa sobre actos por comisión u omisión.

¿Se ha sentido culpable por alguna cosa que hizo o dejó de hacer durante el *acontecimiento*? Dígame algo más: ¿Sobre qué se sintió culpable? ¿Cuánto tiempo durante el último mes se sintió así? 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80%) *Descripción/Ejemplos:* _____ ¿Cuán fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron? 0. Sin sentimientos de culpa 1. Leve: sentimientos leves de culpa 2. Moderada: sentimientos de culpa claramente presentes, algún malestar pero todavía controlable 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, malestar considerable 4. Extrema: sentimientos generalizados de culpa, autocondenación con respecto a la conducta, malestar incapacitante. Validez cuestionable (especifique) _____

Frecuencia (F) Intensidad (I)

Actual F _____ I _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ I _____

Síntomas Sí No

27. Culpa del superviviente (aplicable solamente si hubo múltiples víctimas).

¿Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al *acontecimiento* cuando los otros no? Dígame algo más: ¿De qué se siente culpable? ¿Cuánto tiempo, durante el mes pasado se sintió así? 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 80%) 5. No aplicable *Descripción/Ejemplos:* _____ ¿Cuán fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron? 0. Sin sentimientos de culpa 1. Leve: sentimientos leves de culpa 2. Moderada: sentimientos de culpa claramente presentes, algún malestar pero todavía controlable 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, considerable malestar 4. Extrema: sentimientos generalizados de culpa, autocondenación por haber sobrevivido, malestar incapacitante Validez cuestionable (especifique) _____

Frecuencia (F) Intensidad (I)

Actual F _____ I _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ I _____

Síntomas Sí No

28. Reducción de la conciencia de lo que le rodea (p. ej., «estar como en una nube»).

¿Ha habido momentos en los que se sintió fuera de contacto con lo que estaba sucediendo a su alrededor, como si estuviera aturdido? ¿Cómo fue? [*Dis-tingalo de las memorias repentinas disociativas (flashbacks) del episodio*] ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el mes pasado? [*Si no está claro*] (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto de drogas o del alcohol?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos:* _____

¿Cómo de fuerte fue ese sentimiento de estar fuera de contacto o aturdido? (¿Estaba confundido en relación con donde estaba realmente, o con lo que estaba haciendo en ese momento?) ¿Cuánto tiempo duró? ¿Qué hizo usted mientras esto estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?) 0. Sin reducción de la capacidad de darse cuenta 1. Leve: reducción ligera en la capacidad de darse cuenta 2. Moderada: reducción clara pero transitoria de la capacidad de darse cuenta, puede manifestar sentirse como despistado 3. Grave: reducción marcada en la capacidad de darse cuenta, puede durar varias horas 4. Extrema: pérdida completa de la capacidad de darse cuenta de lo que pasa en el entorno, puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna) Validez cuestionable (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no Actual A lo largo de la vida **Frecuencia (F) Intensidad (I)**

Actual F _____ I _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ I _____

Síntomas Sí No

29. Sensación de falta de realidad

¿Ha habido veces que las cosas que estaban pasando a su alrededor parecían irreales o muy extrañas y no familiares? [Si no] (¿Ha habido veces que las personas que conocía de repente no le parecían familiares?) ¿Cómo fue? ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el último mes? [Si no está claro] (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto del alcohol o las drogas?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos*: _____ ¿Qué tan fuerte fue (la sensación de falta de realidad)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo cuando esto estaba ocurriendo? (¿Otras personas se dieron cuenta? ¿Qué dijeron?) 0. Sin sensación de falta de realidad 1. Leve: sensación ligera de falta de realidad 2. Moderada: sensación clara pero transitoria de falta de realidad 3. Grave: considerable sensación de falta de realidad, confusión marcada sobre qué es real, puede durar varias horas 4. Extrema: profunda sensación de falta de realidad, pérdida dramática del sentido de realidad o familiaridad Validez cuestionable (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no Actual A lo largo de la vida **Frecuencia (F) Intensidad (I)**

Actual F _____ I _____

Síntomas Sí No

Alguna vez en la vida

F _____ I _____

Síntomas Sí No

30. Despersonalización.

Actual F _____ I _____ Síntomas Sí No *Alguna vez en la vida* F _____ I _____ Síntomas Sí No
¿Ha habido momentos en los que se ha sentido como si estuviera fuera de su cuerpo, mirándose a usted mismo/a como si fuera otra persona? [*Sí no*] (¿Ha habido momentos en los que sintió extraño su cuerpo, no familiar, como si hubiera cambiado de alguna manera?) (¿Cómo fue eso? ¿Con qué frecuencia ha ocurrido durante el mes pasado? [*Si no está claro*] (¿Fue debido a enfermedad o al uso de alcohol o drogas?) ¿Cuándo fue la primera vez que se sintió de esa manera? (¿Después del *acontecimiento*?) 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días *Descripción/Ejemplos:* _____
¿Cómo de fuerte fue (la despersonalización)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo usted cuando estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?) 0. Sin despersonalización 1. Leve: despersonalización ligera 2. Moderada: despersonalización clara pero transitoria 3. Grave: despersonalización considerable, sentimiento marcado de separación de la propia persona, puede persistir varias horas 4. Extrema: despersonalización profunda, sensación dramática de separación de la persona misma Validez cuestionable (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro Probable Posiblemente no Actual A lo largo de la vida **Frecuencia (F) Intensidad (I)**

HOJA RESUMEN DEL CAPS-DIAGNÓSTICO.

Nombre: _____ N.º de ID.: _____

Entrevistador: _____ Fecha: _____

A. Suceso traumático: B. Síntomas re experimentados Actual Curso vital F I F + I F I F + I (1) Recuerdos intrusivos (2) Sueños angustiosos (3) Actuar o sentir como si el suceso volviera a ocurrir (4) Angustia psicológica ante hechos que le recuerdan el suceso (5) Reacción fisiológica al exponerse a hechos que le recuerdan el suceso B subtotales Número de síntomas del criterio B (se necesita uno) **C. Síntomas de evitación y paralización** (6) Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones (7) Evitación de actividades, lugares o personas (8) Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma (9) Disminución del interés o de la participación en actividades (10) Sensación de desapego o alejamiento (11) Afecto restringido (12) Sensación de un porvenir acortado C subtotales Número de síntomas del criterio C (se necesitan tres)

D. Síntomas de hipervigilancia (13) Dificultad para conciliar o mantener el sueño (14) Irritabilidad o accesos de cólera (15) Dificultad para concentrarse (16) Hipervigilancia (17) Sobresalto ante estímulos normales Número de síntomas del criterio D (se necesitan dos) D subtotales	Actual F I F + I	Curso vital I F F + I
E. Duración de la molestia	Actual	Curso vital
(19) Duración de la molestia de, al menos, un mes	No Sí	No Sí
F. Angustia importante o interferencia con el funcionamiento	Actual	Curso vital
(20) Angustia subjetiva		
(21) Interferencia con el funcionamiento social		
(22) Interferencia con el funcionamiento laboral		
¿Hay al menos uno  2?	No Sí	No Sí
Diagnóstico del TEPT	Actual	Curso vital
¿Existe TEPT: se cumplen todos los criterios (A→F)?	No Sí	No Sí
Especificar:		
(18) Instauración diferida  6 meses de retraso)	No Sí	No Sí
(19) Agudo (<3 meses) o crónico  3 meses)	Agudo crónico	Agudo crónico
Valoraciones globales	Actual	Curso vital
(23) Validez global		
(24) Gravedad global		
(25) Mejoría global Agudo crónico	Agudo crónico	Agudo crónico
	Actual	Curso vital
Características asociadas		
	F I F + I	F I F + I
(26) Culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos		
(27) Culpabilidad del superviviente		
(28) Reducción de la conciencia de lo que le rodea		
(29) Desrealización		
(30) Despersonalización		

Curando las heridas de la violencia masiva
Evaluación Simple de Depresión y Trastorno
por Estrés Postraumático *



Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT)

* Se agradece el permiso para reproducir este valioso instrumento.

Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT)
Massachusetts General Hospital
22 Putnam Avenue
Cambridge, MASSACHUSETTS 02139
Tel: 617-876-7879 Fax: 617-876-2360
www.hpert-cambridge.org

Traducido por: Carolina Benavides-Piaggio, MSc y Montserrat Lafuente Gil, MD
Revisado por: Victoria Pareja, Lic. Psicología Clínica, Psicoanalista

2000 Harvard Program in Refugee Trauma

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS HOPKINS (C-25)

HOPKINS SYMPTOM CHECK LIST 25



Nombre _____ Fecha _____ Médico _____
(Name) (Date) (Clinician)

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Estado Civil _____
(Date of Birth) (Sex) (Marital Status)

Fecha de Primera Atención _____ Diagnóstico Psiquiátrico _____
(Date of first visit) (Psychiatric Diagnosis)

INSTRUCCIONES**INSTRUCTIONS**

La lista muestra síntomas o problemas que las personas pueden tener. Lea cada uno atentamente y señale si estos lo han molestado o angustiado durante la última semana y cuánto. Incluya los síntomas de hoy. Coloque una señal en la columna correspondiente.

Listed below are some symptoms or problems that people sometimes have. Please read each one carefully and decide how much the symptoms have bothered or distressed you in the last week, including today. Place a check in the appropriate column.

PARTE II SÍNTOMAS DE ANSIEDAD <i>ANXIETY SYMPTOMS</i>		Nada <i>Not at all</i>	Un poco <i>A little</i>	Bastante <i>Quite a bit</i>	Mucho <i>Extremely</i>
1	Se asusta súbitamente sin motivo <i>Suddenly scared for no reason</i>				
2	Siente que tiene miedo <i>Feeling fearful</i>				
3	Se desmaya, se mareo o se siente débil <i>Faintness, dizziness or weakness</i>				
4	Siente nerviosismo o inquietud en su interior <i>Nervousness or shakiness inside</i>				
5	Su corazón late aceleradamente o más rápido de lo usual <i>Heart pounding or racing</i>				
6	Temblor <i>Trembling</i>				
7	Se siente tenso(a) o atrapado(a) <i>Feeling tense or keyed up</i>				
8	Dolores de cabeza <i>Headaches</i>				
9	Períodos de terror o pánico <i>Spell of terror or panic</i>				
10	Siente inquietud o que no puede estar tranquilo(a) <i>Feeling restless or can't sit still</i>				

Este documento fue traducido del inglés para ser aplicado en el Perú. Se mantiene el texto de la versión original en inglés para referencia.

PARTE II SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN <i>DEPRESSION SYMPTOMS</i>		Nada <i>Not at all</i>	Un poco <i>A little</i>	Bastante <i>Quite a bit</i>	Mucho <i>Extremely</i>
11	Siente falta de fuerzas, lentitud <i>Feeling low in energy, slowed down</i>				
12	Tiene sentimiento de culpa persistente.Remordimientos <i>Blaming yourself for things</i>				
13	Llora fácilmente <i>Crying easily</i>				
14	Ha perdido el interés sexual o placer <i>Loss of sexual interest or pleasure</i>				
15	Falta de apetito <i>Poor appetite</i>				
16	Dificultad para dormir o continuar dormido <i>Difficulty falling asleep, staying asleep</i>				
17	Se siente desesperanzado(a) sobre el futuro <i>Feeling hopeless about future</i>				
18	Se siente triste <i>Feeling blue</i>				
19	Se siente solo(a) <i>Feeling lonely</i>				
20	Ha pensado acabar con su vida <i>Thought of ending your life</i>				
21	Se siente atrapado o aprisionado <i>Feeling of being trapped or caught</i>				
22	Se preocupa excesivamente por las cosas <i>Worry too much about things</i>				
23	Siente falta de interés por las cosas <i>Feeling no interest in things</i>				
24	Siente que todo requiere demasiado esfuerzo <i>Feeling everything is an effort</i>				
25	Se siente inútil <i>Feeling of worthlessness</i>				

PUNTUACIÓN
SCORING

Las respuestas son sumadas y divididas por el número de preguntas respondidas para generar tres puntuaciones:

Responses are summed and divided by the number of answered items to generate three scores:

ANSIEDAD = $\frac{\text{Preguntas 1-10}}{10}$ →

Anxiety

DEPRESIÓN = $\frac{\text{Preguntas 11- 25}}{15}$ →

Depression

TOTAL = $\frac{\text{Preguntas 1- 25}}{25}$ →

Total

Las personas con puntuaciones de ansiedad y/o depresión con un total igual ó > 1.75, son consideradas sintomáticas. Ver el manual para obtener más información.

Individuals with scores on anxiety and/or depression and/or total > 1.75 are considered symptomatic. See Manual for additional information.

CUESTIONARIO PARA TRAUMA DE HARVARD

HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE



Nombre: _____ Fecha _____ Médico _____
(Name) (Date) (Clinician)

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Estado Civil _____
(Date of Birth) (Sex) (Marital Status)

Fecha de Primera Atención _____ Diagnóstico Psiquiátrico _____
(Date of first visit) (Psychiatric Diagnosis)

INSTRUCCIONES*INSTRUCTIONS*

Nos gustaría conocer su historia personal y sus síntomas actuales. Esta información nos ayudará a atenderlo mejor. Sin embargo, puede ser que algunas preguntas le molesten. Si así fuera, siéntase con libertad de no responder, lo cual no afectará su tratamiento. Sus respuestas son confidenciales.

We would like to know about your past history and present symptoms. This information will be used to help us provide you with better medical care. However, you may find some questions upsetting. If so, please feel free not to answer. This will certainly not affect your treatment. The answer to the questions will be kept confidential.

Parte 1: Eventos Traumáticos *Trauma Events*

Por favor indique si usted ha experimentado alguno de los siguientes sucesos (señale SI o NO).

Please indicate whether you have experienced any of the following events (Check YES or NO).

Nº	Suceso <i>Event</i>	SI <i>YES</i>	NO <i>NO</i>
1.	Falta de hogar <i>Lack of shelter</i>		
2.	Falta de comida o agua <i>Lack of food or water</i>		
3.	Mala salud / enfermedad sin acceso a atención médica <i>Ill health without access to medical care</i>		
4.	Expropiación o destrucción de propiedad personal <i>Confiscation or destruction of personal property</i>		
5.	Situación de guerra (p.e. ataque de granada o bomba) <i>Combat situation (e.g. shelling and grenade attacks)</i>		
6.	Usado como escudo humano <i>Used as a human shield</i>		
7.	Expuesto a disparos frecuentes de un francotirador implacable <i>Exposure to frequent and unrelenting sniper fire</i>		
8.	Evacuación forzada en condiciones de peligro <i>Forced evacuation under dangerous conditions</i>		
9.	Golpeado físicamente <i>Beating to the body</i>		
10.	Violación sexual <i>Rape</i>		
11.	Otros tipos de abuso sexual o humillación sexual <i>Other types of sexual abuse or sexual humiliation</i>		

N°	Suceso <i>Event</i>	SI <i>YES</i>	NO <i>NO</i>
12.	Acuchillado o cortado con hacha o machete <i>Knifing or axing</i>		
13.	Tortura (p.ej. golpes, mutilaciones, cortes, crufixión, azotes, privación de la visión, desnudado a la fuerza) <i>Torture (i.e., beating, mutilation, cuts, crucifixion, whipping, blindfolding, forced to be naked)</i>		
14.	Daño físico severo debido a la situación de combate (p.ej. quemaduras, heridas de bala, puñaladas, etc.) <i>Serious physical injury from combat situation (i.e. burn, bullet wound, stabbing, etc.)</i>		
15.	Encarcelamiento <i>Imprisonment</i>		
16.	Trabajo forzado (como animal o esclavo) <i>Forced labor (like animal or slave)</i>		
17.	Extorsión o robo <i>Extortion or robbery</i>		
18.	Lavado de cerebro <i>Brainwashing</i>		
19.	Forzado a esconderse <i>Forced to hide</i>		
20.	Secuestrado <i>Kidnapped</i>		
21.	Separación forzada de miembros de su familia <i>Forced separation from family members</i>		
22.	Forzado a buscar y enterrar cuerpos <i>Forced to find and bury bodies</i>		
23.	Aislamiento forzado de los demás <i>Enforced isolation from others</i>		
24.	Presente mientras registraban su casa, buscando a personas o cosas <i>Present while someone searched for people or things in your home</i>		
25.	Forzado a cantar canciones que usted no quería cantar <i>Forced to sing songs you did not want to sing</i>		
26.	Alguien fue forzado a traicionarlo y lo puso a usted en situación de riesgo de muerte o peligro <i>Someone was forced to betray you and place you at risk of death or injury</i>		
27.	Encerrado en casa porque había peligro afuera <i>Confined to home because of danger outside</i>		

N°	Suceso <i>Event</i>	SI <i>YES</i>	NO <i>NO</i>
28.	Le impidieron enterrar a alguien <i>Prevented from burying someone</i>		
29.	Forzado a profanar o destruir los cuerpos o tumbas de personas fallecidas <i>Forced to desecrate or destroy the bodies or graves of deceased persons</i>		
30.	Forzado a herir físicamente a miembros de su familia o amigos <i>Forced to physically harm family member, or friend</i>		
31.	Forzado a hacer daño físico a alguien que no era familiar ni amigo <i>Forced to physically harm someone who is not family or friend</i>		
32.	Forzado a destruir pertenencias o propiedades de otros <i>Forced to destroy someone else's property or possessions</i>		
33.	Forzado a traicionar a algún miembro de su familia o amigo, poniéndolo en situación de riesgo de muerte o daño <i>Forced to betray family member, or friend placing them at risk of death or injury</i>		
34.	Forzado a traicionar a alguien que no era familiar ni amigo poniéndolo en riesgo de daño o muerte <i>Forced to betray someone who is not family or friend placing them at risk of death or injury</i>		
35.	Asesinato o muerte de esposo/a o conviviente debido a violencia <i>Murder, or death due to violence, of spouse</i>		
36.	Asesinato o muerte de hijo/a debido a violencia <i>Murder, or death due to violence, of son or daughter</i>		
37.	Asesinato o muerte de otro miembro de la familia o amigo debido a violencia <i>Murder, or death due to violence, of other family member or friend</i>		
38.	Desaparición o secuestro de esposo/a o conviviente <i>Disappearance or kidnapping of spouse</i>		
39.	Desaparición o secuestro de hijo/a <i>Disappearance or kidnapping of son or daughter</i>		
40.	Desaparición o secuestro de otro miembro de la familia o amigo <i>Disappearance or kidnapping of other family member or friend</i>		
41.	Daño físico serio de un miembro de la familia o amigo debido a la situación de combate <i>Serious physical injury of family member or friend due to combat situation</i>		
42.	Testigo de golpes en la cabeza o cuerpo <i>Witness beatings to head or body</i>		
43.	Testigo de tortura <i>Witness torture</i>		

N°	Suceso <i>Event</i>	SI <i>YES</i>	NO <i>NO</i>
44.	Testigo de muerte/asesinato <i>Witness killing/murder</i>		
45.	Testigo de violación o abuso sexual <i>Witness rape or sexual abuse</i>		
46.	Alguna otra situación que le dio mucho miedo o en la que sintió que su vida estaba en peligro. Especifique: <i>Any other situation that was very frightening or in which you felt your life was in danger. Specify:</i>		

Parte 2: Descripción Personal

Personal Description

Por favor indique qué sucesos de los que haya vivido considera más dañinos o aterradores. Especifique, por favor, dónde y cuándo ocurrieron estos sucesos.

Please indicate what you consider to be the most hurtful or terrifying events you have experienced, if any. Please specify where and when these events occurred.

En su situación actual de vida (p. ej., desplazado/a, llegada a una region nueva, vuelta del exilio, etc.), ¿qué es lo peor que le ha ocurrido? Si es diferente de lo anterior, por favor especifique dónde y cuándo ocurrió este suceso.

Under your current living situation (i.e. refugee camp, country of resettlement, returned from exile, etc.) what is the worst event that has happened to you, if different from above Please specify where and when these events occurred.

Parte 4: Síntomas de Trauma

Trauma Symptoms

La lista siguiente muestra síntomas que las personas pueden tener después de experimentar eventos dañinos o terribles. Por favor, lea cada sintoma atentamente e indique cuánto le han afectado durante la semana pasada.

For self report: The following are symptoms that people sometimes have after experiencing hurtful or terrifying events in their lives. Please read each one carefully and decide how much the symptoms bothered you in the past week.

		1 Nunca <i>Not at all</i>	2 Un poco <i>A little</i>	3 Bastante <i>Quite a bit</i>	4 Mucho <i>Extremely</i>
1.	Pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos más terribles y dañinos <i>Recurrent thoughts or memories of the most hurtful or terrifying events</i>				
2.	Siente que el evento está ocurriendo de nuevo <i>Feeling as though the event is happening again</i>				
3.	Pesadillas recurrentes <i>Recurrent nightmares</i>				
4.	Sentimiento de indiferencia o distanciamiento de los demás <i>Feeling detached or withdrawn from people</i>				
5.	Incapacidad de sentir emociones <i>Unable to feel emotions</i>				
6.	Se siente nervioso, aprehensivo o asustadizo y se sobresalta fácilmente <i>Feeling jumpy, easily startled</i>				
7.	Dificultad de concentración <i>Difficulty concentrating</i>				
8.	Problemas de sueño <i>Trouble sleeping</i>				
9.	Se siente en estado de alerta constante <i>Feeling on guard</i>				
10.	Se siente irritable o tiene ataques de ira <i>Feeling irritable or having outbursts of anger</i>				
11.	Evita actividades que le recuerdan el evento dañino o traumático <i>Avoiding activities that remind you of the traumatic or hurtful event</i>				

		1 Nunca <i>Not at all</i>	2 Un poco <i>A little</i>	3 Bastante <i>Quite a bit</i>	4 Mucho <i>Extremely</i>
12.	Incapacidad para recordar partes de los eventos más dañinos o traumáticos <i>Inability to remember parts of the most hurtful or traumatic events</i>				
13.	Ha perdido interés en las actividades diarias <i>Less interest in daily activities</i>				
14.	Siente que no tiene futuro <i>Feeling as if you don't have a future</i>				
15.	Evita pensamientos o sentimientos asociados a los eventos dañinos o traumáticos <i>Avoiding thoughts or feelings associated with the traumatic or hurtful events</i>				
16.	Tiene reacciones físicas o emocionales súbitas cuando recuerda los eventos más dañinos y traumáticos <i>Sudden emotional or physical reaction when reminded of the most hurtful or traumatic events</i>				
17.	Siente que tiene menos habilidades que antes <i>Feeling that you have less skills than you had before</i>				
18.	Tiene dificultades para afrontar nuevas situaciones <i>Having difficulty dealing with new situations</i>				
19.	Se siente agotado <i>Feeling exhausted</i>				
20.	Dolores en el cuerpo <i>Bodily pain</i>				
21.	Preocupado por problema(s) físico(s) <i>Troubled by physical problem(s)</i>				
22.	Poca memoria <i>Poor memory</i>				
23.	Se ha dado cuenta o le han dicho que ha hecho alguna cosa que no recuerda <i>Finding out or being told by other people that you have done something that you cannot remember</i>				
24.	Dificultad para prestar atención <i>Difficulty paying attention</i>				
25.	Siente como si estuviera dividido en dos personas y una estuviera mirando lo que hace la otra <i>Feeling as if you are split into two people and one of you is watching what the other is doing</i>				

		1 Nunca <i>Not at all</i>	2 Un poco <i>A little</i>	3 Bastante <i>Quite a bit</i>	4 Mucho <i>Extremely</i>
26.	Se siente incapaz de planear sus días <i>Feeling unable to make daily plans</i>				
27.	Sentimiento de culpa y remordimientos por las cosas que han sucedido <i>Blaming yourself for things that have happened</i>				
28.	Sentimiento de culpa por haber sobrevivido <i>Feeling guilty for having survived</i>				
29.	Falta de esperanza <i>Hopelessness</i>				
30.	Siente vergüenza por el suceso dañino o traumático que le ha ocurrido <i>Feeling ashamed of the hurtful or traumatic events that have happened to you</i>				
31.	Siente que la gente no entiende lo que le ha ocurrido <i>Feeling that people do not understand what happened to you</i>				
32.	Siente que otros son hostiles con usted <i>Feeling others are hostile to you</i>				
33.	Siente que usted no tiene en quién confiar <i>Feeling that you have no one to rely upon</i>				
34.	Siente que alguien de su confianza lo ha traicionado <i>Feeling that someone you trusted betrayed you</i>				
35.	Sentimiento de humillación por su experiencia <i>Feeling humiliated by your experience.</i>				
36.	Sentimiento de desconfianza en otros <i>Feeling no trust in others.</i>				
37.	Siente impotencia para ayudar a otros <i>Feeling powerless to help others.</i>				
38.	Siente que pierde el tiempo pensando por qué estos sucesos le ocurrieron a usted <i>Spending time thinking why these events happened to you</i>				
39.	Siente que usted es el único que sufrió estos sucesos <i>Feeling that you are the only one that suffered these events.</i>				
40.	Siente que quisiera vengarse <i>Feeling a need for revenge.</i>				

Parte 5: Historia de Tortura

Torture History

Ahora quisiera preguntarle sobre sucesos que muchas personas consideramos como tortura. Le leeré una lista de sucesos y le preguntaré si alguno de ellos le ocurrió. Por favor, conteste SI o NO.

Now I would like to ask you about events that many people consider torture. I will ask you whether an event occurred. Please answer yes or no.

Nº	Suceso <i>Event</i>	SI <i>YES</i>	NO <i>NO</i>
1.	Golpes, patadas, golpes con objetos <i>Beating, kicking, striking with objects</i>		
2.	Amenazas, humillación <i>Threats, humiliation</i>		
3.	Encadenado o atado a otros <i>Being chained or tied to others</i>		
4.	Exposición a mucho calor o luz intensa <i>Exposed to heat, sun, strong light</i>		
5.	Exposición a lluvia, frío, hundimiento del cuerpo en agua <i>Exposed to rain, body immersion, cold</i>		
6.	Puesto en un costal, caja o lugar muy pequeño <i>Placed in a sack, box, or very small space</i>		
7.	Casi fue ahogado, sumergieron su cabeza en agua <i>Drowning, submersion of head in water</i>		
8.	Asfixia <i>Suffocation</i>		
9.	Extenuación física, trabajo forzado <i>Overexertion, hard labor</i>		
10.	Exposición a condiciones anti higiénicas que conllevan a infecciones u otras enfermedades <i>Exposed to unhygienic conditions conducive to infections or other diseases</i>		
11.	Vendar los ojos, privación de la visión <i>Blindfolding</i>		
12.	Aislamiento, reclusión a solas. Si contesta sí, por favor especifique cuántas veces <i>Isolation, solitary confinement. If yes, how many</i>		
13.	Pretender ejecuciones <i>Mock execution</i>		

N°	Suceso <i>Event</i>	SI <i>YES</i>	NO <i>NO</i>
14.	Obligado a ser testigo de tortura a otros <i>Made to witness others being tortured</i>		
15.	Hambre, inanición <i>Starvation</i>		
16.	Prohibición de dormir <i>Sleep deprivation</i>		
17.	Colgado de una barra con pies y manos atados <i>Suspension from a rod by hands and feet</i>		
18.	Violación sexual, mutilación de genitales <i>Rape, mutilation of genitalia</i>		
19.	Quemaduras <i>Burning</i>		
20.	Golpear las plantas de los pies con varas <i>Beating the soles of the feet with rods</i>		
21.	Golpes en los oídos <i>Blows to the ears</i>		
22.	Forzado a estar de pie <i>Forced standing</i>		
23.	Echar orina o heces a una víctima, u obligado a echarlas a otros prisioneros <i>Throwing urine or feces at victim or being made to throw it at other prisoners</i>		
24.	Administración de medicamentos sin fines terapéuticos <i>Medicine administration (non-therapeutic)</i>		
25.	Agujas debajo de las uñas de los pies y manos <i>Needles under toes or fingernails</i>		
26.	Escribir confesiones muchas veces <i>Writing confessions numerous times</i>		
27.	Choques eléctricos repetidos <i>Shocked repeatedly by electric instrument</i>		
28.	Otros (especifique) <i>Other (specify)</i>		

**PARTE 5: Puntuación Parte 4
– Síntomas de Trauma**

*SCORING PART 4
– TRAUMA SYMPTOMS*

1. Asigne los siguientes números a cada pregunta respondida.

Assign the following numbers for each answered item)

- 1 = Nunca
"Not at all"
- 2 = Un poco
A little"
- 3 = Bastante
"Quite a bit"
- 4 = Mucho
"Extremely"

2. Sume las puntuaciones y divida por el número total de ítems respondidos.

Add up item scores and divide by the total number of the answered items.

$$\text{Puntuación DSM-IV} = \frac{\text{ITEMS 1-16}}{16}$$

$$(\text{DSM-IV Score} = \frac{\text{ITEMS 1-16}}{16})$$

$$\text{Puntuación TOTAL} = \frac{\text{ITEMS 1-40}}{40}$$

$$(\text{TOTAL Score} = \frac{\text{ITEMS 1-40}}{40})$$

Las personas con puntuaciones en DSM-IV y/o total > 2.5 son consideradas sintomáticas de trastorno por estrés post-traumático (TEPT). Vea el manual para obtener más información.

Pautas éticas para Médicos

- RECOPIRADOS POR DR. ALEJANDRO MORENO*

Directrices Éticas para Peritos Médicos¹

1. El perito tiene una obligación ética de asistir en el proceso de administración de justicia.
2. Los honorarios profesionales del perito no pueden ser contingentes en el resultado del dictamen médico.
3. Los honorarios profesionales del perito deben ser razonables y conmensurados con el tiempo y esfuerzo preparando el dictamen médico.
4. El perito no debe ser parcializado o tomar partido.
5. El perito debe tener experiencia en el área en la cual conduce los dictámenes médicos.
6. El perito medico debe estar adecuadamente preparado para testificar en las averiguaciones previas y en las audiencias judiciales en las cuales sea solicitada su presencia.
7. Las opiniones profesionales del perito deben ser imparciales.
8. El perito forense debe basar su dictamen médico no solo en su experiencia profesional sino también en literatura médica seria.
9. Si el perito forense basa su dictamen médico únicamente en su experiencia profesional, así lo debe indicar.
10. El perito forense debe testificar honestamente sin omitir información relevante.

* Se agradece el permiso para reproducir esta recopilación.

¹ Estas directrices fueron adaptadas de "las directrices éticas de la conducta de peritos medicos" del Colegio Americano de Medicina Legal.

11. El perito forense no debe tener conflictos de interés, sean reales o potenciales, con los abogados que representan las distintas partes, con los defendidos, con las víctimas o con el juez.
12. El perito forense tiene obligación de proteger la privacidad de los resultados del dictamen médico y la reserva del sumario (u averiguación previa).

Conducta bioética del médico²

1. El médico es un individuo libre, responsable, ético y un profesional que no debe ser minimizado a un recurso de la voluntad del paciente.
2. El médico tiene la libertad de negarse a realizar lo que en su conocimiento, conciencia y ética resulte dañino para su paciente, y estos principios no deben quebrantarse bajo ninguna circunstancia.
3. Bajo ninguna circunstancia los médicos fomentarán relaciones de índole no profesional con sus pacientes dentro de la Institución.
4. Es una responsabilidad y compromiso del médico mantenerse actualizado en su ámbito de competencia profesional a través de las diferentes opciones con las que se cuenta en la actualidad.
5. Cuando el médico lo considere conveniente, deberán de analizarse el proceso de atención médica a través de reuniones colegiadas multidisciplinarias.
6. El médico debe aplicar con criterio y responsabilidad y fundamentado en el diagnóstico clínico los métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, fundamentándose en una evaluación clínica integral del paciente, explicándole su utilidad. Se debe evitar solicitar estudios repetitivos e innecesarios.
7. El médico podrá emplear nuevas tecnologías y medicamentos de acuerdo a protocolos debidamente evaluados y autorizados por la Dirección de Investigación del Hospital General de México. El enfermo deberá estar informado y en caso de que acepte, deberá firmar la carta de consentimiento correspondiente.
8. El médico debe fomentar la participación activa del enfermo y su familia en el cuidado de su salud, estableciendo un compromiso mutuo.

² Código de Bioética del Personal del Hospital General de México.

9. El médico debe dirigirse al paciente por su nombre, evitando aplicar diminutivos aparentemente afectuosos, ante la posibilidad de parecer peyorativos.
10. La exploración clínica del paciente se realizará en un ámbito de respeto y profesionalismo, idealmente con la presencia de una enfermera, cuidando la integridad y dignidad del paciente.
11. Toda receta médica debe ser elaborada por el médico tratante con el detalle y especificidad necesaria.
12. El paciente debe estar informado por su médico tratante de la evolución de su enfermedad y del tratamiento que está recibiendo y su pronóstico.

Código de Ética de los Servidores Públicos

<http://www.facmed.unam.mx/sitios/index.html>

Bien común

Todas las decisiones y acciones del servidor público deben estar dirigidas a la satisfacción de las necesidades e intereses de la sociedad, por encima de intereses particulares ajenos al bienestar de la colectividad. El servidor público no debe permitir que influyan en sus juicios y conducta, intereses que puedan perjudicar o beneficiar a personas o grupos en detrimento del bienestar de la sociedad.

El compromiso con el bien común implica que el servidor público esté consciente de que el servicio público es un patrimonio que pertenece a todos los mexicanos y que representa una misión que sólo adquiere legitimidad cuando busca satisfacer las demandas sociales y no cuando se persiguen beneficios individuales.

Rendición de cuentas

Para el servidor público rendir cuentas significa asumir plenamente ante la sociedad, la responsabilidad de desempeñar sus funciones en forma adecuada y sujetarse a la evaluación de la propia sociedad. Ello lo obliga a realizar sus funciones con eficacia y calidad, así como a contar permanentemente con la disposición para desarrollar procesos de mejora continua, de modernización y de optimización de recursos públicos.

Integridad

El servidor público debe actuar con honestidad, atendiendo siempre a la verdad. Conduciéndose de esta manera, el servidor público fomentará la credibilidad de la sociedad en las instituciones públicas y contribuirá a generar una cultura de confianza y de apego a la verdad.

Entorno cultural y económico

Al realizar sus actividades, el servidor público debe evitar la afectación de nuestro patrimonio cultural y del ecosistema donde vivimos, asumiendo una férrea voluntad de respeto, defensa y preservación de la cultura y del medio ambiente de nuestro país, que se refleje en sus decisiones y actos. Nuestra cultura y el entorno ambiental son nuestro principal legado para las generaciones futuras, por lo que los servidores públicos también tienen la responsabilidad de promover en la sociedad su protección y conservación.

Honradez

El servidor público no deberá utilizar su cargo público para obtener algún provecho o ventaja personal o a favor de terceros. Tampoco deberá buscar o aceptar compensaciones o prestaciones de cualquier persona u organización que puedan comprometer su desempeño como servidor público.

Generosidad

El servidor público debe conducirse con una actitud sensible y solidaria, de respeto y apoyo hacia la sociedad y los servidores públicos con quienes interactúa. Esta conducta debe ofrecerse con especial atención hacia las personas o grupos sociales que carecen de los elementos suficientes para alcanzar su desarrollo integral, como los adultos en plenitud, los niños, las personas con capacidades especiales, los miembros de nuestras etnias y quienes menos tienen.

Imparcialidad

El servidor público actuará sin conceder preferencias o privilegios indebidos a organización o persona alguna. Su compromiso es tomar decisiones y ejercer sus funciones de manera objetiva, sin prejuicios personales y sin permitir la influencia indebida de otras personas.

Igualdad

El servidor público debe prestar los servicios que se le han encomendado a todos los miembros de la sociedad que tengan derecho a recibirlos, sin importar su sexo, edad, raza, credo, religión o preferencia política. No debe permitir que influyan en su actuación, circunstancias ajenas que propicien el incumplimiento de la responsabilidad que tiene para brindar a quien le corresponde los servicios públicos a su cargo.

Justicia

El servidor público debe conducirse invariablemente con apego a las normas jurídicas inherentes a la función que desempeña. Respetar el Estado de Derecho es una responsabilidad que, más que nadie, debe asumir y cumplir el servidor público. Para ello, es su obligación conocer, cumplir y hacer cumplir las disposiciones jurídicas que regulen el ejercicio de sus funciones.

Respeto

El servidor público debe dar a las personas un trato digno, cortés, cordial y tolerante. Está obligado a reconocer y considerar en todo momento los derechos, libertades y cualidades inherentes a la condición humana.

Transparencia

El servidor público debe permitir y garantizar el acceso a la información gubernamental, sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad de los particulares establecidos por la ley. La transparencia en el servicio público también implica que el servidor público haga un uso responsable y claro de los recursos públicos, eliminando cualquier discrecionalidad indebida en su aplicación.

Liderazgo

El servidor público debe convertirse en un decidido promotor de valores y principios en la sociedad, partiendo de su ejemplo personal al aplicar cabalmente en el desempeño de su cargo público este Código de Ética y el Código de Conducta de la institución pública a la que esté adscrito.

El liderazgo también debe asumirlo dentro de la institución pública en que se desempeñe, fomentando aquellas conductas que promuevan una cultura ética y de calidad en el servicio público.

El servidor público tiene una responsabilidad especial, ya que a través de su actitud, actuación y desempeño se construye la confianza de los ciudadanos en sus instituciones.