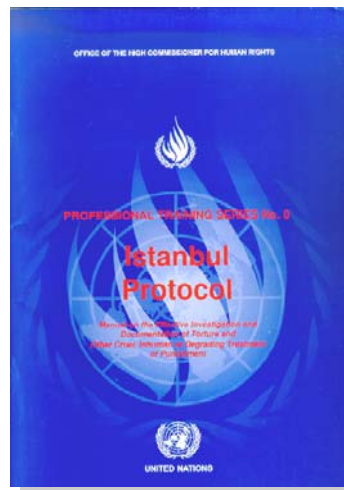


Materiales de Referencia

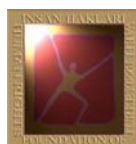
El Protocolo de Estambul: Pautas Internacionales para la Investigación y Documentación de la Tortura

EVIDENCIA PSICOLÓGICA DE TORTURA

Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul
– para Psicólogos
2004



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)



© 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>

ISBN 87-88882-86-1

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

Turkcan Baykal, MD, MSc

Caroline Schlar, Psicóloga clínica

Emre Kapkin, MD, Psicólogo y Psicoterapeuta

Para recibir más información sobre este manual, por favor contacten la HRFT:

HRFT Headquarters
Menekse 2 Sokak No: 16/5
06440 Kızılay/Ankara
TURKEY

Tel: +90 312 417 71 80
Fax: +90 312 425 45 52
E-mail: tihv@tr.net
<http://www.tihv.org.tr>

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.

INDICE

EVIDENCIA PSICOLÓGICA DE TORTURA.....	1
PROPÓSITO DE ESTA SECCIÓN.....	1
SECCIÓN 1: CONSIDERACIONES GENERALES.....	2
EL PAPEL CENTRAL DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....	2
1.1 ¿Por qué es tan crucial la evaluación psicológica al investigar alegatos de tortura?	2
1.2 ¿Qué finalidades persigue la evaluación psicológica al investigar alegatos de tortura?.....	3
1.3 ¿Cuál es la finalidad de la tortura?	3
SECCIÓN 2: ADVERTENCIAS PRECAUTORIAS	6
2.1 ¿Qué importancia tiene el entorno cultural para la evaluación psicológica?	6
2.2 ¿Por qué es tan importante el contexto en el que se lleva a cabo la evaluación psicológica?	7
2.3 Consideraciones relacionadas con la terminología:	8
2.4 ¿Cuáles procesos psicológicos son activados por la tortura?.....	8
2.5 ¿Cuáles factores están relacionados con la aparición de síntomas debidos a la tortura?.....	9
SECCIÓN 3: CONSIDERACIONES DE LA ENTREVISTA Y PROCESO DE LA ENTREVISTA.....	11
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?.....	11
3.2 ¿Cuál debe ser el curso de la entrevista? (recomendaciones a considerar para un mejor transcurso de la entrevista).....	13
3.3 ¿Cuáles reacciones potenciales de transferencia y de contra-transferencia se pueden encontrar?	14
SECCIÓN 4: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA TORTURA	16
4.1 ¿Qué síntomas causados por la tortura se ven con mayor frecuencia?	16
4.2 ¿Cuáles son las categorías diagnósticas más frecuentes de trastorno mental relacionadas con la tortura/trauma?	21
4.3 ¿Cuáles otras categorías diagnósticas son frecuentes?	24
4.4 ¿Cuáles son los componentes de la evaluación psiquiátrica?	26
SECCIÓN 5: EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS – IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	31
5.1 ¿Cómo interpretar los hallazgos psicológicos y formular una impresión diagnóstica?	31
5.2 La ausencia de psicopatología diagnosticable ¿significa que la persona no fue torturada? ¿Cómo interpretar los hallazgos en este caso?.....	32
5.3 ¿Qué clase de factores pudieran producir dificultades al obtener y evaluar una historia?.....	32
5.4 ¿Qué hacer respecto a las inconsistencias en la historia reportada de una persona?.....	34
5.5 Reporte	35
BIBLIOGRAFÍA	38

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. This part of the training manual suggests complementary considerations and recent literature on the various issues treated in the psychological section of the Istanbul Protocol.

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 describe 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 (*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 (Allden, 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 a los 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 oscurece 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

aquéllos 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 tópico:

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 siguiente 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 reducida 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 plazo (*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. Producen reacciones inmediatas de pánico, temor y dolor, con un nivel muy alto de excitación y, subsecuentemente, de embotamiento emocional. (*Gurriss & 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 si 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 embarazosas 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 los mismos que aquellos debidos 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 (*Gurr & 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 APROPIADA 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:

i) Riesgo de re-traumatización 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 debe ser conducida 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 re-traumatización, 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 CONTRA-TRANSFERENCIA 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 contra-transferencia. 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.

- Pude 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 PSICOLÓGICAS 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 & Mc Farlane, 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) Anhedonía: 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 fragmentos aislados y guardados como percepciones sensoriales, estados afectivos o como representaciones conductuales (*van der Kolk & Fisler, 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:

- i) 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.

- I) Lumbalgia (*para más información, consultar el manual médico físico de capacitación pp. XXXX*)

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
- ixv) 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 pseudo-alucinaciones 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 posttraumático (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.”

I) 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 co-morbilidad 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 representar 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; Ailden 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 simbolizen 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 heterogéneos y amplios 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 & Fislser, 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 médicas 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 si 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 valoración. “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 neuropsicológicas, 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 psiquiátricas 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 incluye la manera en que la persona se viste, así como su postura, su marcha, sus expresiones faciales, su complexión, 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 neuropsicológica.”

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 puede 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 posttraumático.
- Otros síntomas psicológicos tales como dificultades de concentración, fragmentación o represión de memorias traumáticas, confusión, amnesia (*van der Kolk & Fislser, 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 A 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 entrelazado 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 excluidas 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 esperadas 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, G, 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, Gurrus 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).
- Gurriss 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 Argentina. 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.
- Mc Farlane 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: Baçoğlu 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, Kastrop M, Genefke I (1992). Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence. In: Baçoğlu 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; Ffischer 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.

© 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

<http://www.irct.org>