

Una guía para abogados
Una guía para médicos
Una guía para psicólogos

Inglés
Español
Francés

LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE ALEGACIONES DE TORTURA

**Una guía práctica del Protocolo de Estambul
– para psicólogos**

Protocolo de Estambul: Manual para la investigación
y documentación eficaces de la tortura y otros tratos
o penas crueles, inhumanos o degradantes



irct International Rehabilitation Council for Torture Victims

LA EVALUACIÓN PSICÓLOGICA DE ALEGACIONES DE TORTURA

**Una guía práctica del Protocolo de Estambul
– para psicólogos**

**Protocolo de Estambul: Manual para la investigación
y documentación eficaces de la tortura y otros tratos
o penas crueles, inhumanos o degradantes**



irct International Rehabilitation Council for Torture Victims

La evaluación psicológica de alegaciones de tortura

Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para psicólogos

Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Segunda edición 2007

© International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) 2009

Publicado 2009 por
International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)
Borgergade 13
Apartado postal 9049
1022 Copenhagen K
Dinamarca
Tel: +45 33 76 06 00
Fax: +45 33 76 05 00
Email: irct@irct.org
Sitio web: www.irct.org

Impreso por Scanprint, Viby J., Dinamarca

ISBN 978-87-88882-67-4 (edición en rústica)

ISBN 978-87-88882-69-8 (PDF)



Esta publicación ha sido realizada con ayuda financiera de la Comisión Europea. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y en ningún caso se debe considerar que reflejan la opinión oficial de las organizaciones de estos autores, el IRCT o la Comisión Europea.

ÍNDICE

PRÓLOGO	3
RECONOCIMIENTOS	4
SECCIÓN A	5
IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LA INVESTIGACIÓN MÉDICA Y DOCUMENTACIÓN DE LAS ALEGACIONES DE TORTURA	
I El papel central de la evaluación psicológica	5
II Consecuencias psico-sociales de la tortura	6
SECCIÓN B	9
LA ENTREVISTA – CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CLÍNICAS	
I Privacidad	9
II Seguridad	10
III Confianza	10
IV Confidencialidad y consentimiento informado	11
V Algunos dilemas encontrados durante el proceso de entrevista	12
VI La entrevista	13
VII Reacciones potenciales de transferencia y contra-transferencia	15
VIII Factores que producen inconsistencias y dificultad para recordar y describir el relato de tortura	16
SECCIÓN C	18
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA LA INVESTIGACIÓN DE ALEGACIONES DE TORTURA	
I Objetivos de la evaluación psicológica	18
II Componentes de la evaluación psicológica	19

SECCIÓN D	25
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA TORTURA EN EL INDIVIDUO	
I Factores asociados con la respuesta psicológica frente a la tortura	25
II Respuestas psicológicas más frecuentes	27
III Categorías diagnósticas más comunes	31
SECCIÓN E	41
INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS – IMPRESIÓN CLÍNICA	
I ¿Cómo interpretar los hallazgos psicológicos y formular una impresión clínica?	41
II La ausencia de psicopatología diagnosticable ¿Significa que la persona no fue torturada? ¿Cómo interpretar los hallazgos en este caso?	42
III Qué hacer en caso de inconsistencias en la historia y/o si el entrevistador o clínico sospechan que puede haber invención	43
SECCIÓN F	44
INFORME	
I ¿Quién puede solicitar una evaluación médica en caso de alegaciones de tortura?	45
II ¿Quién puede tener acceso al informe médico?	45
III ¿Qué debe incluir un informe de evaluación psicológica?	46
REFERENCIAS	49
LIBROS Y DIRECTRICES	53

PRÓLOGO

Los profesionales de salud mental tienen un papel significativo no solamente en el tratamiento y la rehabilitación de víctimas de tortura, pero también en la prevención de la tortura a través de la evaluación psicológica de presuntas víctimas de tortura y preparando informes sobre los hallazgos para los procedimientos legales relacionados. El Protocolo de Estambul muestra los diferentes aspectos de esta función y proporciona pautas sobre cómo se puede llevar a cabo en la práctica.

A pesar de su reconocimiento internacional entre expertos de salud, derecho y derechos humanos y entre los organismos internacionales relevantes, la conciencia sobre el Protocolo de Estambul aún es relativamente poca. Solo un número limitado de profesionales en pocos países usa el Protocolo de Estambul de manera sistemática. Por esta razón hay una gran necesidad de más capacitación y desarrollo de materiales de recurso basados en el Protocolo de Estambul.

Esta guía está pensada como un instrumento auxiliar al Protocolo de Estambul y ha sido elaborada como un recurso de referencia práctica para psicólogos involucrados en la investigación y documentación de casos de presunta tortura. REDRESS ha hecho las investigaciones necesarias y ha escrito esta guía en el marco de asociación dirigido por el Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de la Tortura (IRCT) en colaboración con la Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT), Physicians for Human Rights en los Estados Unidos (PHR USA), REDRESS y la Asociación Médica Mundial. Se han elaborado guías similares para médicos, “Examen físico médico de víctimas de tortura alegadas: Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para médicos” (IRCT, 2009a) y para abogados, “Acción contra la tortura: Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para abogados” (IRCT, 2009b). Se espera que estos materiales brin-

den conocimientos y creen sinergia entre las profesiones legales y de salud para un esfuerzo conjunto para combatir la tortura.

Uno de los objetivos de esta guía es discutir, a la luz del Protocolo de Estambul, puntos significativos y preguntas formuladas con frecuencia, así como señalar situaciones críticas que el clínico pudiera encontrar al llevar a cabo la evaluación psicológica de supuestas víctimas de tortura durante su práctica profesional. También pretende proporcionar observaciones complementarias y subrayar varios de los temas mencionados en el Protocolo.

El Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en términos populares el Protocolo de Estambul, contiene el primer conjunto de estándares internacionalmente reconocidos para el examen, investigación y elaboración de reportes de alegaciones de tortura y malos tratos. Fue preparado en tres años en un esfuerzo colectivo de más de 75 expertos en derecho, salud y derechos humanos que representaban a más de 40 diferentes organizaciones incluyendo el IRCT. Este trabajo exhaustivo fue iniciado y coordinado por el HRFT y PHR USA. Desde su inicio en 1999 el Protocolo de Estambul ha sido apoyado y promocionado por la ONU y otros organismos clave de derechos humanos. Existe en árabe, chino, español, francés, inglés, y ruso.

RECONOCIMIENTOS

La primera versión de esta guía de capacitación fue elaborada por Turkcan Baykal, Caroline Schlar y Emre Kapkin. Turkcan Baykal (Fundación de Derechos Humanos de Turquía) preparó las revisiones con los comentarios, contribuciones y trabajo de edición aportados por Thomas Wenzel, Alper Tecer, Pinar Onen, Idil Cavus y Sirin Sabirli durante la preparación de esta versión.

Para más información, por favor contacte:

International Rehabilitation Council for
Torture Victims (IRCT)
Borgergade 13
Apartado postal 9049
1022 Copenhagen K
Dinamarca
Tel: +45 33 76 06 00
Fax: +45 33 76 05 00
Email: irct@irct.org
Sitio web: www.irct.org



Human Rights Foundation of Turkey (HRFT)
Akbaş Mahallesi Sarıca Sokak No: 7
Altındağ 06080
Ankara
Turquía
Tel: + 90 312 310 66 36
Fax: + 90 312 310 64 63
Email: tihv@tihv.org.tr
Sitio web: www.tihv.org.tr



SECCIÓN A

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LA INVESTIGACIÓN MÉDICA Y DOCUMENTACIÓN DE LAS ALEGACIONES DE TORTURA

I. EL PAPEL CENTRAL DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

La evaluación psicológica puede proporcionar pruebas determinantes de malos tratos en las víctimas de tortura. Desempeña un papel fundamental en la investigación médica y la documentación de las alegaciones de tortura. Toda investigación médica y documentación de tortura debe incluir una evaluación psicológica detallada.

Razones:

- Uno de los objetivos principales de la tortura es destruir la integridad y el funcionamiento psicológico y social de la víctima

“Los agentes de la tortura tratan con frecuencia de justificar sus actos de tortura y malos tratos por la necesidad de obtener información. Esa racionalización viene a enmascarar cuál es el objetivo de la tortura y sus consecuencias deseadas. Uno de los objetivos fundamentales de la tortura es reducir a la persona a una situación de desvalimiento y angustia extremos que puede producir un

deterioro de las funciones cognitivas, emocionales y conductuales. Así, por ejemplo, la tortura constituye un ataque a los modos fundamentales de funcionamiento psicológico y social de la persona. En esas circunstancias, el torturador trata no sólo de incapacitar a la víctima físicamente sino también de desintegrar su personalidad. El torturador aspira a destruir la sensación de arraigo de la víctima en una familia y una sociedad como ser humano con sus sueños, esperanzas y aspiraciones.” (Protocolo de Estambul, § 235).

La definición internacionalmente aceptada de tortura reconoce que frecuentemente el propósito del torturador es producir sufrimiento mental (Allden, 2002):

- Todo tipo de tortura inevitablemente incluye los procesos psicológicos (Kordon y cols., 1988)
- La tortura a menudo produce síntomas psicológicos o psiquiátricos en varios niveles
- Los métodos de tortura a menudo están

diseñados para no dejar lesiones físicas, y los métodos de tortura física pueden producir consecuencias físicas que o bien son determinantes o carecen de especificidad.

Paradójicamente, la mejora en los métodos de detección y obtención de pruebas de tortura física ha dado lugar a métodos de tortura más sofisticados que no dejan señales visibles en el cuerpo de la víctima (Jacobs, 2000). La mayoría de los síntomas y señales físicas de tortura, si los hay, desaparecen rápidamente (Finn Somnier y cols., 1992).

Es importante comprender que los torturadores pueden intentar ocultar su acto. Para evitar la evidencia física de tortura, se suele tomar la precaución de emplear distintas formas de tortura con la intención de producir el mayor daño y sufrimiento con la menor cantidad de pruebas. La tortura aplicada con este tipo de precauciones y métodos sofisticados puede no dejar apenas señales físicas, especialmente en situaciones en las que existe una gran sensibilidad social sobre el tema.

Los torturadores saben que, al no dejar cic-

trices físicas permanentes, contribuyen a su causa a la vez que dificultan el trabajo de sus homólogos en el campo de los derechos humanos (Jacobs, 2000). Por este motivo, en el Protocolo de Estambul se subraya que la ausencia de evidencias físicas no debe interpretarse como indicador de que no ha existido tortura.

- Los síntomas psicológicos a menudo son más prevalentes y duraderos que los físicos.

Al contrario que los efectos físicos de la tortura, sus consecuencias psicológicas a menudo son más persistentes y perturbadoras que la incapacidad física. Varios aspectos del funcionamiento psicológico pueden seguir dañados a largo plazo. Si no reciben tratamiento, las víctimas pueden sufrir las consecuencias psicológicas de la tortura incluso meses o años después de los hechos, en ocasiones durante el resto de su vida, con distintos grados de gravedad. (Carlsson et al., 2006; 1992; Genefke & Vesti, 1998; Gurr & Quiroga, 2001; Jacobs, 2000; Somnier y cols., 1992; Turner & Gorst-Unsworth, 1993).

(Véanse § 159, § 161, § 260-61 del Protocolo de Estambul.)

II. CONSECUENCIAS PSICO-SOCIALES DE LA TORTURA

Los efectos potenciales de la tortura incluyen experiencias traumáticas acumulativas a nivel individual, trauma familiar a nivel familiar y trauma comunitario a nivel comunitario (Kira, 2002).

1. NIVEL INDIVIDUAL

La tortura es un proceso dinámico que comienza en el momento de la privación de

la libertad, incluye una secuencia de acontecimientos traumáticos que pueden tener lugar en diferentes momentos y lugares, y finaliza con la liberación o fallecimiento de la víctima (Somnier y cols. 1992). En ocasiones puede continuar o repetirse de nuevo. Esta cascada de acontecimientos puede comenzar de nuevo en un marco temporal estrecho, sin dejar tiempo a la víctima para recuperarse. La persona experimenta una completa pérdida de control e imposibilidad

de escape y se ve amenazada por la imposibilidad de predecir lo que hará el torturador (Kira, 2002).

Normalmente, la tortura es de naturaleza extremadamente amenazante y dolorosa, y puede producir reacciones inmediatas de pánico y temor, incluso un importante miedo a la muerte, con un nivel muy alto de tensión y, subsecuentemente en ocasiones, de embotamiento emocional (Gurris & Wenk-Ansohn, 1997). Estas sensaciones pueden ir acompañadas de una sensación de confusión absoluta, indefensión y pérdida de control, lo que puede ocasionar una comprensión fragmentada de uno mismo, del sistema existencial de significados y de la previsibilidad del mundo (Fischer y Gurris, 1996; McFarlane, 1995). El resultado de la tortura es a menudo una destrucción intencionada de los mundos económico, social y cultural de la víctima (Summerfield, 1995).

La tortura puede dañar a la víctima en varios niveles (Fischer y Gurris, 1996; Gurr y Quiroga, 2001; Jacobs, 2000; Kira, 2002; Lira Kornfeld, 1995; Shapiro, 2003; Summerfield, 1995):

- Integridad y entidad física y psicológica
- Bienestar cognitivo, emocional, conductual y social
- Personalidad
- Identidad
- Autonomía
- Auto-actualización
- Respeto por uno mismo y autoestima
- Sensación de seguridad y supervivencia
- Sueños, esperanzas y aspiraciones para el futuro
- Sistema de creencias
- Sistema de significados acerca de uno mismo y el mundo
- Apegos
- Sistema relacional
- Confianza
- La tortura también destruye en la víctima la sensación de pertenencia a una familia y a la sociedad

- Puede causar problemas secundarios que deterioran el funcionamiento social, educativo y ocupacional.

2. NIVEL FAMILIAR

“[...]Además, la tortura puede dejar daños profundos en las relaciones íntimas entre cónyuges, padres e hijos y otros miembros de la familia, así como en las relaciones entre las víctimas y sus comunidades.” (Protocolo de Estambul, § 235).

La tortura puede traumatizar a la familia, lo que conduce a varias formas de disfunción y perturbación familiar (Kira, 2002):

- Otros miembros de la familia también pueden verse traumatizados por la tortura y/u otros tipos de malos tratos o persecución.
- Otros miembros de la familia pueden sufrir traumatización secundaria.
- Las repercusiones del sufrimiento físico y psicológico de la persona torturada dentro de la familia pueden causar un aumento del nivel de estrés, así como miedo, preocupación, sensación de verse aterrorizado o amenazado y pérdida de la sensación de protección y seguridad, lo que afecta al sistema familiar y a los otros miembros de la familia.
- La tortura puede cambiar los roles y patrones de relación dentro de la familia; puede causar el deterioro de la capacidad de cuidar de los hijos y seres queridos.
- La tortura también puede ocasionar una alteración sustancial de la calidad de vida en la familia, debido a problemas de salud, cambio forzado de domicilio, pérdida de trabajo y disminución del apoyo social.

Todos estos factores pueden ocasionar efectos destructivos circulares dentro de la familia.

En la mayoría de las valoraciones acerca de

la tortura, frecuentemente se suele pasar por alto la evaluación del impacto de la tortura en la estructura familiar, la dinámica familiar y los otros miembros de la familia (Kira, 2002). Aunque tal valoración puede ser importante, es raro que se den las circunstancias que lo permitan, debido a limitaciones de tiempo, recursos limitados, falta de habilidades a la hora de tratar con la familia y en ocasiones por problemas de confidencialidad.

3. NIVEL COMUNITARIO

“...Al deshumanizar y quebrar la voluntad de su víctima, el torturador sienta precedentes aterradoros para todos aquellos que después se pongan en contacto con la víctima. De esta forma, la tortura puede quebrar o dañar la voluntad y la coherencia de comunidades enteras...” (Protocolo de Estambul, § 235).

Uno de los propósitos de la tortura es la intimidación de terceros, asegurando con ello respuestas de temor, inhibición, parálisis, impotencia y conformidad dentro de la sociedad. En este sentido, la tortura no es sólo un problema político, sino también

ético, psico-social y de salud mental para la sociedad (Lira Kornfeld, 1995). Investigar la tortura significa examinar experiencias que afectan a toda una población, no sólo como individuos per se, sino como seres sociales en un contexto social. Las violaciones de los derechos humanos no se pueden contemplar exclusivamente desde la perspectiva del maltrato al individuo aislado. Sus implicaciones son extensivas, ya que no sólo representan la respuesta del sistema ante el conflicto, sino un ambiente general de amenaza política, por lo que ambas conducen a una atmósfera de temor crónico (Lira Kornfeld, 1995; Summerfield, 1995).

La tortura siempre conlleva, de forma explícita o implícita, una amenaza y ataque contra toda la comunidad y su sistema de valores. La tortura puede aterrorizar a la población entera, crear un ambiente dominante de amenaza, miedo crónico, terror e inhibición (Kira, 2002). Puede crear una ecología represiva, que es un estado de inseguridad generalizada, falta de confianza y ruptura del tejido social. La tortura puede tener efectos duraderos en la mayoría de las formas de comportamiento colectivo. El impacto de la tortura y la persecución también pueden transmitirse de manera intergeneracional.

SECCIÓN B

LA ENTREVISTA – CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CLÍNICAS

La entrevista desempeña un papel fundamental en la investigación eficaz de la tortura. Un informe detallado sólo puede prepararse por medio de una entrevista apropiada y completa. La entrevista debe ser estructurada y dirigida de acuerdo con las directivas definidas en las secciones “Consideraciones generales relativas a las entrevistas”, “Salvaguardias de procedimiento con respecto a los detenidos” y “Códigos éticos pertinentes” del Protocolo de Estambul. Estas consideraciones se aplican a todas las personas que vayan a llevar a cabo entrevistas, sean abogados, médicos, psicólogos, psiquiatras, supervisores de derechos humanos o miembros de cualquier otra profesión (Protocolo de Estambul, § 120). El experto que realice la evaluación psicológica deberá tener presente que todas las salvaguardias de procedimiento mencionadas en el Protocolo

de Estambul deberán tomarse en cuenta no sólo durante el examen físico sino también durante la evaluación psicológica.

En todos los procesos de exploración y evaluación médica y psicológica, es fundamental conservar el principio de “Primum non nocere”, “Ante todo no hacer daño” (Wenzel, 2002).

“De todas formas, las limitaciones que impongan ciertas condiciones a las entrevistas no impedirán que traten de aplicarse las directrices que se establecen en este manual. En circunstancias difíciles es particularmente importante que los gobiernos y las autoridades implicados respeten esas normas en la mayor medida posible. ...” (Protocolo de Estambul § 239).

I. PRIVACIDAD

Los exámenes deben realizarse en privado bajo el control de un clínico. La privacidad

durante las entrevistas no sólo es necesaria por razones éticas, sino también por tratarse

de asuntos sensibles que son vergonzosos para la persona que está siendo evaluada. El clínico debe establecer y mantener la privacidad durante la entrevista (Protocolo de Estambul, § 83, § 124).

La policía y otros oficiales judiciales nunca deben estar presentes en la sala de examen. La presencia en la sala de examen, por cualquier motivo, de agentes de la policía,

soldados, funcionarios de prisiones u otros agentes de la ley deberá ser registrada en el informe del clínico. Su presencia durante el examen puede ser motivo para descartar un informe médico negativo (Protocolo de Estambul, §§ 124-125).

Si hay alguien más presente en la sala durante la entrevista, se deberá indicar en el informe su identidad, títulos y afiliaciones (Protocolo de Estambul, § 125).

II. SEGURIDAD

El clínico deberá tener en cuenta el contexto en el que está trabajando, tomar las medidas de precaución necesarias y proporcionar las salvaguardias pertinentes. Si se está entrevistando a alguien que todavía está preso o en situaciones similares en las que cabe la posibilidad de represalias, se deberán tomar todas las precauciones para asegurarse de que no se ponga en peligro (o en dificultades añadidas) al detenido.

En otras circunstancias, ha de tenerse en cuenta la posibilidad de que el individuo pueda encontrarse aún bajo persecución y opresión. 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. En caso necesario, deberán evitarse preguntas acerca de actividades prohibidas.

Si la investigación médica forense avala las alegaciones de tortura, no se deberá devolver al detenido al lugar de detención, sino que se le conducirá ante el fiscal o juez para que se decida la disposición legal del detenido.

(Véanse § 91, § 93, § 126, § 129, § 239 y § 264 del Protocolo de Estambul.)

III. CONFIANZA

Establecer una relación efectiva y de confianza durante la entrevista es una condición básica para una evaluación psicológica bien realizada. 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 llevar a cabo una investigación psicológica apropiada acerca de la tortura.

Crear un clima de confianza requiere una escucha activa, comunicación meticulosa,

cortesía, empatía verdadera y sinceridad. Obtener la confianza es crucial; sin embargo, es más importante aún no traicionar dicha

confianza, incluso de forma involuntaria.

(Véanse § 129 y § 164 del Protocolo de Estambul.)

IV. CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Los expertos médicos que participen en la investigación de torturas o malos tratos se conducirán en todo momento conforme a las normas éticas más estrictas y, en particular, obtendrán el libre consentimiento de la persona antes de examinarla.” (Principio 6 (a) del Protocolo de Estambul).

Los clínicos tienen el deber de mantener la confidencialidad de la información y de revelar la información solamente con el consentimiento informado del o la paciente. La aclaración de la confidencialidad y de sus límites al principio de la entrevista son de vital importancia para una entrevista bien realizada. Al principio de la entrevista, el o la paciente debe ser claramente informado de cualquier límite de la confidencialidad de la evaluación y de las obligaciones legales para la divulgación de la información obtenida durante la entrevista y el examen médico o psicológico.

La presunta víctima deberá ser informada desde el principio de la naturaleza del proceso, del motivo de solicitar sus pruebas, de cómo se utilizará la información obtenida y de las posibles consecuencias.

Los clínicos deberán obtener el consentimiento informado antes de llevar a cabo cualquier evaluación. La aclaración de los límites de la confidencialidad puede considerarse como parte del proceso de obtención del consentimiento (Alnutt & Chaplow, 2000).

Los clínicos deben asegurarse de que el consentimiento informado:

- Está basado *en una comprensión adecuada de los beneficios y consecuencias adversas potenciales de la evaluación*
- Se ofrece *voluntariamente*, sin coerción de terceras personas

El individuo tiene el derecho a rechazar la cooperación con la totalidad o parte de la entrevista y/o evaluación. En dicha circunstancia:

- El clínico deberá documentar el motivo del rechazo de la entrevista y/o evaluación.
- Si el individuo es un detenido, el informe deberá incluir la firma de su abogado y otro profesional de la salud.

(Véanse § 149, § 165 del Protocolo de Estambul.)

V. ALGUNOS DILEMAS ENCONTRADOS DURANTE EL PROCESO DE ENTREVISTA

1. SER OBJETIVO VERSUS TENER EMPATÍA

Las evaluaciones médicas con propósitos legales deben ser conducidas con objetividad e imparcialidad. La objetividad y la imparcialidad no están en contradicción con el hecho de tener empatía. En este sentido, es fundamental mantener los límites profesionales y al mismo tiempo tener en cuenta el dolor y el sufrimiento (Giffard, 2000). El clínico deberá comunicar que es un aliado del individuo y adoptar un enfoque de apoyo sin juzgar al paciente. No es apropiado observar una estricta “neutralidad clínica”. Los clínicos han de ser sensibles y tener empatía mientras interrogan a la vez que permanecen objetivos en su evaluación clínica.

(Véanse § 162, § 262 y § 263 del Protocolo de Estambul.)

2. RIESGO DE RE-TRAUMATIZACIÓN VERSUS LA NECESIDAD DE OBTENER INFORMACIÓN SUFICIENTE Y APROPIADA

“Deberán respetarse ciertas reglas básicas (véase cap. III, sec. C.2 (g)). La información es sin duda importante, pero aún es más importante la persona que está siendo entrevistada y el escuchar es más importante que el preguntar.” (Protocolo de Estambul, § 135).

Las exploraciones físicas y psicológicas, 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. La

entrevista debe estructurarse de tal manera que se minimice el riesgo de re-traumatización del superviviente de la tortura. El clínico debe mantener el equilibrio entre dos requisitos importantes que deberían ser complementarios, pero en ocasiones pueden entrar en conflicto: la necesidad de obtener una declaración útil, y la importancia de respetar las necesidades de la persona a la que se está entrevistando (Giffard, 2000). El objetivo principal de la documentación de alegaciones de tortura es crear un registro exacto, fiable, preciso y detallado de los acontecimientos, teniendo en cuenta la situación personal y la condición psicológica del individuo (Giffard, 2000; Wenzel, 2002).

Los entrevistadores deben mostrar sensibilidad al hacer sus preguntas y estar atentos a los signos de cansancio o sufrimiento (Giffard, 2000). El clínico deberá realizar una evaluación subjetiva acerca de cuándo y hasta qué punto es necesario presionar para obtener detalles para la eficacia del informe en el juzgado, especialmente si el entrevistado muestra signos obvios de sufrimiento.

(Véanse § 135, § 149 y § 264 del Protocolo de Estambul.)

3. DILEMAS A CAUSA DE LA DOBLE OBLIGACIÓN

Cuando la ética y la ley entran en conflicto, puede haber dilemas. Pueden darse circunstancias en que las obligaciones éticas obliguen a los profesionales de la salud a incumplir alguna ley, como la obligación legal de revelar información confidencial médica acerca de un paciente. Existe un consenso en las declaraciones nacionales e internacionales de principios éticos por el cual ningún imperativo, incluido el legal,

podrá obligar a los profesionales de la salud a actuar en contra de la ética médica y su conciencia. En tales casos, los profesionales de la salud deberán rechazar el cumplimiento de una ley o regulación antes que comprometer los principios éticos básicos. Sean cuales sean las circunstancias de su contratación, todos los profesionales de la salud tienen el deber fundamental de cuidar

de la gente a la que se les ha pedido examinar o tratar. No podrán ser obligados, mediante contrato u otras consideraciones, a comprometer su independencia profesional. Deberán llevar a cabo una evaluación imparcial de los intereses de la salud del paciente y actuar en consecuencia.

(Véanse § 66 y § 68 del Protocolo de Estambul.)

VI. LA ENTREVISTA

1. LUGAR DE LA ENTREVISTA

La evaluación psicológica de alegaciones de tortura deberá llevarse a cabo en el lugar que el médico considere más conveniente. Los clínicos deben asegurarse de que el paciente, especialmente si el entrevistado es un detenido, no se ha visto forzado a aceptar un lugar en el que no se sienta cómodo y seguro.

Normalmente el clínico no suele tener mucho control sobre el lugar en el que tiene lugar la entrevista. Sin embargo, deberá buscar todas las oportunidades para establecer un lugar lo más privado, seguro y cómodo posible. Se deberá prestar atención a la disposición de la habitación de forma que no recuerde a un entorno oficial y el proceso de un interrogatorio.

Se debe asignar tiempo suficiente para la entrevista y se acordará el ritmo de antemano. Si la evaluación tiene lugar bajo limitaciones de tiempo, la información deseada y el resultado de la entrevista pueden estar limitados.

Siempre que sea posible:

- La habitación debe tener condiciones físicas adecuadas (luz, ventilación,

tamaño, temperatura)

- Debe haber acceso a un aseo y la posibilidad de tomar un refrigerio. Es conveniente tener agua y pañuelos al alcance del entrevistado
- Los asientos deben permitir que el entrevistador y el entrevistado establezcan contacto ocular y se vean mutuamente la cara con claridad
- El emplazamiento no debe recordar a un entorno jerárquico y oficial (en el que el entrevistador se sienta más alto o en un sillón mientras el entrevistado se sienta en una silla)
- Se debe intentar permitir que el entrevistado decida la distancia según su preferencia. La distancia adecuada varía según la cultura y el individuo. Sentarse demasiado cerca o demasiado lejos puede ocasionar estrés en el entrevistado.

(Véanse § 93, § 124 y § 163 del Protocolo de Estambul.)

2. EL TRANSCURSO DE LA ENTREVISTA

Al principio de la entrevista:

- El clínico deberá presentarse con información completa acerca de su identidad (incluyendo su papel, especialización,

afiliaciones y estatus).

- El clínico deberá informar claramente al entrevistado acerca de:
 - Sus responsabilidades y límites
 - El motivo y propósito de la entrevista
 - El contexto, marco y transcurso de la entrevista
 - Los posibles procedimientos que puedan tener lugar durante la entrevista (y la evaluación)
 - Cualquier límite de la confidencialidad
 - Posibles consecuencias de la entrevista/evaluación
- Se debe obtener el consentimiento informado.
- La entrevista debe comenzarse con preguntas abiertas. Cuando sea preciso, se buscarán detalles más específicos de acuerdo con la información obtenida.
- El clínico deberá prestar atención al orden de las preguntas; por ejemplo, la entrevista debería comenzar con las preguntas menos delicadas, y las preguntas más delicadas se deberían formular sólo después de haber desarrollado cierto grado de compenetración o rapport.
- La entrevista debe concluir con un tema relajante para asegurarse de que se calme la agitación emocional. Antes de acabar la entrevista, se debe preguntar al entrevistado si desea formular alguna pregunta o añadir cualquier cosa.

(Véanse el capítulo IV y § 163, § 168 y §§ 262-263 del Protocolo de Estambul.)

3. ESTILO DE LA ENTREVISTA

El clínico deberá informar al paciente de que puede solicitar pausas o interrumpir la entrevista en cualquier momento. El clínico reconocerá también el derecho del paciente a no responder a cualquier pregunta si así lo desea.

Si es posible, la entrevista debe diseñarse de acuerdo a las necesidades del examinado. El entrevistador debe planificar episodios cortos con pausas.

El clínico debe:

- Evitar cualquier comportamiento, acercamiento o estilo que recuerde a la situación de tortura
- Evitar hacer esperar al paciente
- Evitar instrucciones y preguntas autoritarias
- Mostrar sensibilidad en el tono, la formulación y el orden de las preguntas
- Crear un clima de confianza, cortesía, sinceridad y empatía
- Tener en cuenta los patrones culturales y creencias
- Comunicar un entendimiento de las experiencias y sufrimiento del individuo
- Dar tiempo y oportunidades para las preguntas y necesidades propias del entrevistado
- Asegurarse de que el paciente sienta que tiene el control
- Formular preguntas abiertas
- Evitar las preguntas directivas.

(Véanse capítulo IV y § 93, § 124, §§ 163-164, § 168, §§ 262-263 del Protocolo de Estambul y Giffard & Thompson, 2002; Peel y cols., 2000, Peel y cols., 2005; Iacopino, 2002.)

VII. REACCIONES POTENCIALES DE TRANSFERENCIA Y CONTRA-TRANSFERENCIA

Los clínicos que llevan a cabo evaluaciones físicas y psicológicas deben tener en cuenta las posibles reacciones emocionales que la evaluación de un trauma grave pueda provocar tanto en el entrevistador como en el entrevistado.

1. TRANSFERENCIA

“Se denomina transferencia al conjunto de sentimientos que un superviviente concibe hacia el especialista que guardan relación con sus pasadas experiencias pero se consideran erróneamente dirigidas hacia el especialista personalmente..” (Protocolo de Estambul, § 265).

Las preguntas del evaluador pueden experimentarse como:

- Exposición forzada similar a un interrogatorio
- Un signo de desconfianza o duda por parte del evaluador

El evaluador puede percibirse como:

- Una persona en posición de autoridad (de forma positiva o negativa)
- Un enemigo o cómplice del torturador
- Un salvador, protector o camarada
- Alguien con motivaciones voyeurísticas o sádicas.

A causa de todas estas percepciones u otras similares, el sujeto puede experimentar sufrimiento, temor, desconfianza, sumisión forzada, enfado, ira, vergüenza, preocupación o sospecha, o puede estar demasiado confiado y expectante.

(Véanse § 265 y § 268 del Protocolo de Estambul.)

2. CONTRA-TRANSFERENCIA

“La reacción emocional del especialista hacia el superviviente de la tortura, conocida como contratransferencia, puede influir en la evaluación psicológica.” (Protocolo de Estambul, § 265).

Si el clínico no es consciente de la contra-transferencia, puede causar problemas adicionales, barreras durante las entrevistas y también puede disminuir la eficiencia del clínico y su habilidad para evaluar y documentar las consecuencias de la tortura.

Las reacciones normales de contra-transferencia incluyen:

- Evasión, rechazo, indiferencia defensiva.
- Desilusión, indefensión, desesperanza y sobre-identificación.
- Omnipotencia y grandiosidad en el aspecto de sentirse como un salvador, el gran experto en trauma o la última esperanza del superviviente.
- Sentimientos de inseguridad.
- Sentimientos de culpa.
- Ira excesiva hacia los torturadores y perseguidores o hacia el individuo.

Durante la entrevista, todos estos factores pueden hacer que el entrevistador:

- Subestime la gravedad de las consecuencias de la tortura.
- Olvide algunos detalles.
- Tenga dudas infundadas acerca de la veracidad de las alegaciones de tortura.
- No logre establecer el necesario enfoque empático.
- Tenga dificultad para mantener la objetividad.
- Experimente una sobre-identificación

con el superviviente de la tortura.

- No sea capaz de obtener la historia.
- No sea capaz de formular el caso y preparar el informe a tiempo y de forma adecuada.

La tortura también puede producir trauma

vicario, trauma secundario y/o reacciones de burn-out (quemado del trabajo) en el entrevistador.

(Véanse §§ 148-149 y §§ 263-273 del Protocolo de Estambul y Bustos, 1990; Herman, 1992; Smith y cols., 1996; Steele y cols, 2001.)

VIII. FACTORES QUE PRODUCEN INCONSISTENCIAS Y DIFICULTAD PARA RECORDAR Y DESCRIBIR EL RELATO DE TORTURA

Los supervivientes 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 dificulten 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 otros desórdenes como depresión, ansiedad, lesión cerebral o desequilibrio electrolítico. La alteración de la memoria puede ser también un síntoma de disociación, algo que a menudo puede ser una estrategia protectora de afrontamiento en estas circunstancias. De hecho, la disociación se ha observado con frecuencia en supervivientes de tortura y es previsible que interfiera durante la evaluación.

Las estrategias de la tortura frecuentemente se elaboran de manera intencional de tal modo que produzcan confusión, ofrezcan información equivocada, o creen desorientación espacio-temporal, y esto debe verse como un problema especial cuando se trata de obtener un informe inequívoco o com-

pleto de los acontecimientos. Los esfuerzos del perpetrador para desacreditar al superviviente y ocultar las crueldades infligidas pueden contribuir a crear dificultades en una evaluación posterior. La alteración de la memoria puede, por lo tanto, constituir un obstáculo importante para la obtención de la historia y para posibles procedimientos legales, pero también es un indicador de las secuelas, y por tanto debe ser considerado en la evaluación (Burnett & Peel 2001b; Wenzel, 2002,).

1. FACTORES DE POSIBLE INTERFERENCIA AL RELATAR LA HISTORIA O AL REALIZAR UN HISTORIAL

Factores directamente relacionados con la experiencia de tortura:

- Factores durante la propia tortura, como el vendaje de los ojos, la aplicación de drogas, pérdida de consciencia, etc.
- Desorientación espacio-temporal durante la tortura debido a la naturaleza de la tortura o a un estrés extremo experimentado durante la tortura.

- Lesión neuro-psiquiátrica de la memoria producida por lesiones craneales, asfixia, casi ahogamiento, privación de alimento, huelgas de hambre o deficiencias vitamínicas.
- La experimentación de acontecimientos similares de manera repetida puede conducir también a dificultades para recordar con claridad los detalles de acontecimientos específicos.

Factores relacionados con el impacto psicológico de la tortura:

- Alteración de la memoria debido a enfermedades mentales relacionadas con el trauma, tales como depresión y trastorno de estrés post-traumático. Alteraciones de la memoria relacionadas con el TEPT a la hora de recordar el acontecimiento traumático o recuerdos intrusivos, pesadillas e incapacidad para recordar detalles importantes del acontecimiento.
- Algunos mecanismos de afrontamiento que pueden ser protectores en estas circunstancias concretas, como negación y evitación.
- Otros síntomas psicológicos, como dificultades en la concentración, fragmentación o represión de memorias traumáticas, confusión, disociación o amnesia.
- Gran agitación emocional.

Factores culturales:

- Diferencias culturales en la percepción del tiempo.
- Sanciones prescritas por la cultura que sólo permiten revelar experiencias traumáticas en contextos altamente confidenciales.
- Sentimientos de culpa o vergüenza.

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 evaluador y/o en el intérprete.
- Falta de sensación de seguridad durante la entrevista.
- Obstáculos ambientales como falta de privacidad, incomodidad del lugar de la entrevista, tiempo inadecuado de la entrevista.
- Obstáculos físicos tales como dolor u otras incomodidades, fatiga, déficit sensoriales.
- Obstáculos socio-culturales como el sexo del entrevistador, el idioma y diferencias culturales.
- Obstáculos debido a reacciones de transferencia/contra-transferencia durante la entrevista.
- Entrevistas mal dirigidas y/o mal estructuradas.

(Véanse §§ 142-144, § 253 y § 290 del Protocolo de Estambul y Iacopino 2002; Mollica & Caspi-Yavin, 1992; Sironi, 1989; van der Kolk & Fisler, 1995; Wenzel, 2002.)

SECCIÓN C

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA LA INVESTIGACIÓN DE ALEGACIONES DE TORTURA

I. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En casos de alegaciones de tortura, la evaluación psicológica proporciona información vital y pruebas para:

- Exámenes médico-legales
- Solicitudes de asilo político
- Investigaciones y seguimiento de Derechos humanos
- Aclaración y determinación de los hechos
- Establecimiento de las condiciones en que pueden haberse obtenido confesiones falsas
- Determinación de las necesidades terapéuticas de las víctimas
- Demostración de las necesidades para una plena reparación y compensación por parte del Estado
- Comprensión de las prácticas regionales de tortura
- Reconocimiento de las responsabilidades individuales y estatales hacia las víctimas y sus familias
- Ayuda al procesamiento legal y/o sanciones disciplinarias
- Prevención de la impunidad

“ [...] El objetivo general de toda evaluación psicológica consiste en determinar el grado de coherencia que existe entre el relato que el individuo hace de la tortura y las señales psicológicas que se observan en el curso de la evaluación [...].” (Protocolo de Estambul, § 261).

Según el contexto y el país en el que se lleve a cabo la evaluación psicológica, se podrán solicitar diferentes niveles de consistencia, como por ejemplo baja, adecuada, alta o probabilidad cercana a la certeza. En otros países, se espera que el experto defina claramente si la persona ha sido torturada o no. Si no establece una postura clara, podrían aumentar las posibilidades de impunidad de los perpetradores, ya que podría aplicarse a éstos el principio de “in dubio pro reo”: en caso de duda, se debe interpretar las pruebas a favor del imputado.

(Véanse § 78 y § 261 del Protocolo de Estambul.)

II. COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

La evaluación psicológica completa debe llevarse a cabo e interpretarse de acuerdo con la información proporcionada en los apartados “Consideraciones generales [relativas a las entrevistas]”, “Precauciones aconsejables”, “Consideraciones éticas y clínicas” y “El proceso de la entrevista del Protocolo de Estambul”.

La evaluación psicológica comienza al principio de la entrevista, con la primera toma de contacto. El atuendo, la postura, la manera de recordar y relatar el trauma, los signos de ansiedad o sufrimiento emocional, el embotamiento o la hiperexcitabilidad, los momentos de intensidad emocional, las respuestas de sobresalto, la postura y las expresiones corporales mientras está relatando los acontecimientos de la tortura, la evitación del contacto visual y las fluctuaciones emocionales de la voz pueden proporcionar pistas importantes acerca de la historia personal y el funcionamiento psicológico. No sólo el contenido verbal del examinado (lo que se dice), sino también la manera de hablar (cómo se dice) es importante para la evaluación psicológica (Jacobs, 2000; Reyes, 2002). La persona puede experimentar dificultad para recordar y relatar su experiencia o para hablar acerca de sus quejas. Por lo tanto, la comunicación no verbal proporciona información importante acerca de los síntomas, así como algunas pistas para establecer y mantener una relación eficaz que permita obtener datos relevantes (Jacobs, 2000).

La evaluación psicológica/psiquiátrica debe proporcionar una descripción detallada de la historia del individuo, un examen del estado mental, una valoración del funcionamiento social, y la formulación de impresiones y opiniones clínicas. El impacto de los síntomas en la vida diaria puede ser de una gran relevancia durante los procedimientos forenses o las cuestiones de recompensación de los casos de tortura. Si es procedente, debe emitirse un diagnóstico psiquiátrico.

Los componentes de la evaluación psicológica/psiquiátrica son los siguientes:

1. HISTORIA DE TORTURA Y MALOS TRATOS

*“Se harán esfuerzos por recoger el **historial completo de torturas**, persecuciones y otras experiencias traumáticas importantes (véanse cap. IV, sección E). Esta parte de la evaluación suele ser agotadora para la persona que está siendo evaluada. Por consiguiente, puede ser necesario proceder en varias sesiones. La entrevista comenzará por un resumen general de los acontecimientos para después pasar a obtener detalles de las experiencias de torturas.”* (Protocolo de Estambul, § 276).

*“[...] El método de hacer listas puede ser **contraproducente** ya que el cuadro clínico total resultante de la tortura contiene mucho más que la simple suma de las lesiones producidas por los métodos enumerados en una lista...”* (Protocolo de Estambul, § 145).

La historia de tortura y malos tratos debe incluir:

Resumen de la detención y malos tratos

Antes de obtener una descripción detallada de los hechos, se debe recoger información resumida, incluyendo fechas, lugares, duración de la detención, frecuencia y duración de las sesiones de tortura.

Circunstancias del arresto

A qué hora; desde dónde; por parte de quién (con detalles, si es posible); presencia de otras personas, testigos presenciales o transeúntes; interacción con miembros de la familia; violencia o amenazas empleadas durante el arresto; uso de ataduras o vendas en los ojos.

Lugar y condiciones de la detención

Qué sucedió primero; dónde; proceso de identificación; transporte; características distintivas; otros procedimientos; condiciones de la celda/habitación; tamaño/dimensiones; ventilación; luz; temperatura; aseos; comida; contacto con terceras personas (fami-

liares, abogados, profesionales de la salud); condiciones de hacinamiento o incomunicación, etc.

Métodos de tortura y malos tratos

- Evaluación de los antecedentes y entorno: Dónde; cuándo; cuánto tiempo; por quién; características especiales del entorno; autores; instrumentos/aparatos; “rutina” habitual; secuencias; otros datos.
- Para cada forma de malos tratos: posición del cuerpo; ataduras; naturaleza del contacto; duración; frecuencia; localización anatómica; área del cuerpo afectada y manera; otros datos.
- Agresión sexual.
- Privaciones (de sueño, comida, aseos, estimulación sensorial, contacto humano, actividades motoras); amenazas; humillaciones; violación de tabúes; coerciones conductuales y otros métodos.
- Procesos previos de informes médico-legales (si hay alguno).

(Para mayor información, véase el capítulo IV, secciones E, F y G del Protocolo de Estambul)

2. QUEJAS PSICOLÓGICAS ACTUALES

La evaluación del funcionamiento psicológico actual constituye el núcleo de la evaluación:

- Deben describirse todos los síntomas
- Deben tenerse en cuenta las estrategias adaptativas y maladaptativas y los facti-

afectivos, cognitivos y conductuales que aparecieron desde la tortura. Para cada síntoma, debe preguntarse y registrar con ejemplos y todos los detalles lo siguiente: primera aparición, duración, intensidad, frecuencia, contenido y fluctuación.

tores desencadenantes tales como las reacciones de aniversario, estímulos o lugares específicos, situaciones y temas que causan evitación.

- Deben formularse preguntas específicas acerca de los síntomas más comunes y los criterios diagnósticos para los diagnósticos más comunes.

(Véanse § 277 del Protocolo de Estambul.)

3. HISTORIA POSTERIOR A LA TORTURA

El clínico debe preguntar acerca de las circunstancias vitales actuales, incluyendo:

- Fuentes de estrés adicional, trauma, pérdidas o dificultades
- Recursos de apoyo social oficiales u oficiales
- Situación marital y familiar
- Situación laboral, medios para ganarse la vida
- Condición profesional y social
- Condiciones vitales y calidad de vida del entrevistado y su familia.

(Véanse § 278 del Protocolo de Estambul.)

4. HISTORIA PREVIA A LA TORTURA

Si es relevante, se deberá describir lo siguiente:

- Historia anterior de la víctima (infancia, adolescencia, edad adulta temprana), su entorno familiar, enfermedades y composición de la familia
- Historia educativa y laboral de la víctima
- Historia de traumas anteriores
- Antecedentes culturales y religiosos de la víctima.

El hecho de evaluar el estado de salud mental y el nivel de funcionamiento psicosocial previo a los acontecimientos traumáticos permite que el entrevistador compare el estado de salud actual del individuo con las condiciones anteriores a la tortura.

Cabe señalar que a menudo no puede obtenerse esta información, debido a limitaciones de tiempo y otros problemas. El clínico normalmente debe decidir qué información es indispensable o tiene mayor prioridad y tomar una decisión meditada. En ciertas condiciones, la información de antecedentes puede dejarse para el final de la entrevista, ya que preguntar al principio puede tener un efecto negativo en el proceso de la entrevista.

(Véanse §§ 279-280 del Protocolo de Estambul.)

5. HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica debe incluir:

- Estado de salud previo al trauma
- Estado de salud actual
- Dolor corporal, quejas somáticas
- Lesiones y hallazgos físicos.

Deberán consignarse los hallazgos físicos que puedan estar relacionados con el trauma. También es importante que el profesional de la salud que está realizando la evaluación psicológica busque y documente también las pruebas físicas del trauma. En algunos casos, la persona encargada de llevar a cabo la evaluación psicológica puede ser el primer o único profesional de la salud que tiene contacto con la víctima.

- Uso de medicamentos y sus efectos secundarios u obstáculos en el uso de medicamentos
- Historia sexual relevante
- Procedimientos quirúrgicos anteriores y otros datos médicos.

(Véanse § 281 y el capítulo V, sección B, para más información sobre “Historia clínica”; para más información sobre “Evidencia física”, véanse el capítulo V, secciones C y D, del Protocolo de Estambul).

6. HISTORIA PSIQUIÁTRICA

Historia de cualquier alteración mental o psicológica, incluyendo la naturaleza y grado de los problemas, tratamiento (o ausencia de tratamiento) y la naturaleza del tratamiento.

(Véanse § 282 del Protocolo de Estambul.)

7. ANTECEDENTES DE USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

(Véanse § 283 del Protocolo de Estambul.)

8. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Deben evaluarse los siguientes componentes y dar parte de ellos (Sadock, 2005):

- Apariencia (identificación personal, conducta y actividad psicomotora, descripción general, como postura, colocación, conducta, etc.)
- Habla, estado de ánimo, afectividad, pensamiento y percepción (proceso y contenido del pensamiento, alteraciones de pensamiento, alteraciones perceptivas como alucinaciones e ilusiones, despersonalización y desrealización, sueños y fantasías)
- Percepción y cognición (estado de alerta, orientación, concentración y cálculo, deterioro de la memoria –memoria a largo, medio y corto plazo–; conocimiento; pensamiento abstracto; toma de conciencia; juicio).

Las respuestas del paciente a preguntas específicas acerca de su estado mental se ven afectadas por su cultura de origen, su nivel educativo, nivel de alfabetización, habilidad lingüística y nivel de aculturación (Trujillo, 1999). La exploración del estado mental de los supervivientes de tortura requiere flexibilidad por parte del examinador, el cual debe poseer una buena comprensión y conocimiento del entorno cultural, lingüístico y educativo del sujeto antes de proponer cualquier valoración formal (Jacobs y cols., 2001).

(Véanse § 284 del Protocolo de Estambul.)

9. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL

El trauma y la tortura pueden afectar directa e indirectamente a la capacidad de funcionamiento de una persona. El clínico debe valorar el nivel actual de funcionamiento del paciente preguntando acerca de sus actividades cotidianas, su función social (como ama de casa, estudiante, trabajador), actividades sociales y recreativas, y la percepción de su estado de salud. El entrevistador debe pedir a la persona que valore su propio estado de salud, que declare la presencia o ausencia de sensaciones de fatiga crónica y que informe acerca de cambios potenciales de su funcionamiento general.

El impacto de los síntomas en la vida diaria puede ser altamente relevante para los procedimientos forenses y las preguntas de recompensación de los casos de tortura.

(Véanse § 285 del Protocolo de Estambul.)

10. PRUEBAS PSICOLÓGICAS Y UTILIZACIÓN DE LISTAS DE COMPROBACIÓN Y CUESTIONARIOS

Indicaciones y limitaciones de la evaluación psicológica

“Son escasos los datos que se han publicado sobre la utilización de las pruebas psicológicas (pruebas proyectivas y objetivas de personalidad) en la evaluación de los supervivientes de la tortura. Además, las pruebas psicológicas de la personalidad carecen de validez transcultural. Estos factores se combinan limitando gravemente la utilidad de las pruebas psicológicas para la evaluación de las víctimas de la tortura. En cambio, las pruebas neuropsicológicas pueden ser útiles para evaluar casos de lesiones cerebrales resultantes de la tortura (véase capítulo VI-sección C-4: “Evaluación neuropsicológica”). La persona que ha sobrevivido a la tortura puede tropezar con dificultades para expresar en palabras sus experiencias y síntomas. En ciertos casos puede ser útil utilizar listas de comprobación sobre acontecimientos traumáticos y síntomas. Si el entrevistador estima que podría ser útil utilizar estas listas, hay numerosos cuestionarios disponibles, aunque ninguno de ellos se refiere específicamente a las víctimas de la tortura.” (Protocolo de Estambul, § 286).

Se observa que en algunos países y/o en ciertas situaciones, los tribunales y otras autoridades tienden a otorgar mayor importancia a los resultados de los tests psicométricos y

los consideran más objetivos, o les conceden mayor prioridad que la impresión clínica que el profesional obtiene como resultado de varias entrevistas. Sin embargo, para la evaluación psicológica del trauma, son fundamentales la entrevista clínica, la evaluación y la valoración clínica subsiguiente a la que llega el profesional, mientras que los tests psicológicos sólo poseen valor complementario. Es el clínico quien debe decidir si hay necesidad de emplear algún test psicológico para el proceso de evaluación; el clínico debe tomar su decisión sin interferencia alguna con su independencia clínica.

(Véase también el capítulo VI, sección C.4 del Protocolo de Estambul).

11. IMPRESIÓN CLÍNICA

Un aspecto esencial de la evaluación psiquiátrica es la formulación de una declaración concisa de la comprensión del caso por parte del 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 detalla en otro apartado.

(Véanse también §§ 287-288 y §§ 157-160 del Protocolo de Estambul y la Sección E de esta guía)

12. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que siguen a la evaluación psiquiátrica dependen de las preguntas formuladas en el momento en que se solicitó la evaluación. Los temas que se consideran pueden referirse a cuestiones legales, judiciales, de asilo, reubicación, y de necesidad de tratamiento. Las recomendaciones pueden servir para evaluaciones posteriores, tales como pruebas neuropsicológicas, tratamiento médico o psiquiátrico o la necesidad de seguridad o de asilo.

El clínico no debe dudar en insistir que se solicite cualquier consulta o examen que considere necesario.

En el proceso de documentación de la evaluación psicológica de las alegaciones de tortura, los clínicos no se ven eximidos de sus obligaciones éticas. La evaluación para documentar la tortura por motivos médico-legales debería combinarse con una evaluación de otras necesidades de la víctima. Los que parezcan tener necesidad de cuidados médicos o psicológicos adicionales deberán ser transferidos a los servicios pertinentes. Los clínicos deben conocer los servicios locales de rehabilitación y apoyo.

(Véanse §§ 275-291 del Protocolo de Estambul.)

SECCIÓN D

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA TORTURA EN EL INDIVIDUO

Consideraciones generales para la evaluación psicológica

- Al proceder a la evaluación del estado psicológico y al formular un diagnóstico clínico siempre se tendrá en cuenta el contexto cultural, político y social, así como las condiciones de la entrevista y evaluación. (Protocolo de Estambul, § 262)
- Es importante darse cuenta de que **no** todos los que han sido torturados llegan a padecer una enfermedad mental diagnosticable. Pero muchas víctimas experimentan profundas reacciones emocionales y síntomas psicológicos. (Protocolo de Estambul, § 236)
- Un diagnóstico de trastorno mental relacionado con un trauma apoya la alegación de tortura, en cambio el hecho de que no se satisfagan los criterios de diagnóstico psiquiátrico no significa que el sujeto no haya sido torturado (Protocolo de Estambul, § 289).

I. FACTORES ASOCIADOS CON LA RESPUESTA PSICOLÓGICA FRENTE A LA TORTURA

“Está muy generalizada la idea de que la tortura constituye una experiencia vital extraordinaria que puede dar origen a muy diversos sufrimientos físicos y psicológicos. La mayor parte de los médicos e investigadores están

de acuerdo en que el carácter extremo de la experiencia de tortura es suficientemente poderoso por sí mismo como para producir consecuencias mentales y emocionales, sea cual fuere el estado psicológico previo del

sujeto...” (Protocolo de Estambul, § 234).

El tipo, duración y gravedad de las respuestas psicológicas al trauma se ven afectados por múltiples factores que interactúan. La relación entre el trauma y la sintomatología es compleja (McFarlane, 1995). La naturaleza multicausal de los síntomas de tortura requiere una valoración profunda y multidimensional (Kira, 2002).

Aunque los factores que influyen en las respuestas psicológicas no se conocen con exactitud, existen varias dimensiones que pueden resultar significativas en la evaluación de las víctimas (Protocolo de Estambul, § 280). Estos factores incluyen, pero no están limitados a:

1. GENERAL

- La percepción, interpretación y significado de la tortura por parte de la víctima:

“[...] Las consecuencias psicológicas de la tortura se dan en el contexto de la significación que personalmente se le atribuye, del desarrollo de la personalidad y de factores sociales, políticos y culturales...” (Protocolo de Estambul, § 234).

Los individuos reaccionan a un trauma extremo como la tortura de acuerdo con lo que esto significa para ellos (Protocolo de Estambul, § 236). La generación de estos significados es una actividad inscrita en un marco social, cultural y político. Además de este marco, las implicaciones particulares que la tortura tiene para cada individuo influyen en su habilidad para describirla y hablar sobre ella. Las reacciones psicológicas ante el trauma están vinculadas muy estrechamente con el significado psicológico que el trauma tiene para la persona.

- El contexto social antes, durante y después de la tortura (entorno político y cultural, valores y actitudes acerca de

las experiencias traumáticas)

- Apoyo social
- Existencia de recursos de apoyo oficiales u oficiosos
- Acceso y utilización de los recursos de apoyo social.

2. HISTORIA DE TORTURA

- Circunstancias y naturaleza de la tortura
 - Gravedad de los acontecimientos traumáticos

Es difícil elaborar una lista jerárquica de la gravedad de las atrocidades sobre el individuo y es problemático estimar de forma objetiva el grado de intensidad. Además, el impacto psicológico de los acontecimientos traumáticos sobre la persona depende de cómo el individuo percibe subjetivamente la gravedad del acontecimiento, más que de una intensidad objetiva. La humillación, las amenazas a seres queridos o presenciar la tortura de otra persona pueden tener un efecto más profundo en la víctima que su exposición a descargas eléctricas o falanga. En la literatura hay informes contradictorios acerca de la relación entre la gravedad del trauma y sus consecuencias.

- Intensidad, cronicidad, duración y frecuencia de los acontecimientos traumáticos
 - Naturaleza del trauma (acumulativo, repetitivo, prolongado, subsiguiente, continuo...)
 - Traumas adicionales durante el periodo de tortura (como presenciar atrocidades, muerte de familiares o amigos durante el mismo acontecimiento)
- Fase de desarrollo y edad de la víctima
 - Lesiones físicas, dolor, síntomas relacionados con la tortura y malos tratos

- Amenazas continuas hacia uno mismo y/o familiares (percibidas o reales); riesgo de persecución y re-arresto.

3. HISTORIA PREVIA A LA TORTURA (HISTORIA PRE-TORTURA)

- Torturas previas, historia de detenciones previas
- Exposición previa a diferentes tipos de trauma
- Concienciación y preparación para el acontecimiento de tortura
- Concienciación acerca de la respuesta psicológica a la tortura
- Rasgos de vulnerabilidad o resiliencia
- Variables personales como sistema de creencias, trastornos psicológicos preexistentes, funcionamiento psico-social preexistente, historia familiar de psicopatología, rasgos de personalidad, patrones de afrontamiento.

4. HISTORIA TRAS EL ACONTECIMIENTO DE TORTURA (HISTORIA POST-TORTURA)

- Traumas adicionales simultáneos y/o posteriores (como encarcelamiento, ataques civiles...)
- Condiciones traumáticas tras la tortura
- Pérdidas:

- Familia, familiares, amigos
- Hogar, posesiones, efectos personales
- Empleo, medios para ganarse la vida, estatus social
- Separaciones (familia, familiares, amigos)
- Huida de su lugar de residencia o migración forzada
- Dificultades adicionales
 - Dificultades en el nuevo lugar de residencia (como aculturación, barreras lingüísticas, discriminación en el lugar de acogida)
 - Disminución de la calidad de vida
 - Privación de alimento, alojamiento o atención médica
- Ineficacia de la justicia restaurativa, impunidad
- Aislamiento social y/o cultural
- Preocupación por su propia seguridad y/o la de otros miembros de la familia o seres queridos
- Miedo intenso y/o sospecha de un nuevo arresto, verse forzado a ocultarse para evitar un nuevo arresto.

(Véanse § 234, § 280 y § 288 del Protocolo de Estambul y American Psychiatric Association (APA), 2004; Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH), 2007; Ehrenreich, 2003; Gurr & Quiroga, 2001; Iacopino, et. al., 2001; Kira, 2002; Mayou y cols., 2002; Mc Farlane, 1995; McFarlane & Yehuda, 1996; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2005; Peel y cols., 200, 2005; Somnier y cols., 1992; Summerfield, 1995; Summerfield, 2000; Turner et. al., 2003; van der Kolk y cols., 1996; Varvin, 1998; Vesti, 1996a, 1996b; Yehuda & McFarlane, 1995.)

II. RESPUESTAS PSICOLÓGICAS MÁS FRECUENTES

“Antes de comenzar una descripción técnica de síntomas y clasificaciones psiquiátricas, debe advertirse que en general se considera que las clasificaciones psiquiátricas corresponden a conceptos médicos occidentales

y que su aplicación a poblaciones no occidentales presenta dificultades implícitas o explícitas [...] La idea de que el sufrimiento mental representa un trastorno que reside en un individuo y que presenta una serie de

síntomas típicos puede ser inaceptable para muchos miembros de sociedades no occidentales.” (Protocolo de Estambul, § 240).

Lo que se considera un comportamiento anormal o una enfermedad en una cultura puede no ser visto como patológico en otra (Kagee, 2005). Aunque algunos síntomas pueden presentarse a lo largo de culturas diferentes, pueden no ser los que más preocupan al sujeto. Es necesario entender los síntomas en el contexto en el que ocurren y a través del significado que representan para el individuo que los experimenta. La angustia y el sufrimiento no son condiciones patológicas por sí mismas, los síntomas son en ocasiones una respuesta “normal” a una patología social (Gurr & Quiroga, 2001).

“ [...] Un problema adicional se plantea cuando se esté tratando de evaluar si los síntomas psicológicos o del comportamiento son patológicos o adaptativos. Cuando se examine a una persona que está detenida o que vive en un ambiente de amenaza o de opresión considerable, existen síntomas que pueden ser adaptativos...” (Protocolo de Estambul, § 239)

La evaluación de varios síntomas puede resultar imposible debido a ciertas condiciones de vida. Por ejemplo, los síntomas de evitación pueden ser más difíciles de diagnosticar durante la detención, ya que pueden representar estrategias de afrontamiento para protegerse a sí mismo. Igualmente, los comportamientos de hipervigilancia y evitación pueden ser necesarios, adaptativos y cruciales para aquellos que viven en sociedades represivas. Un marcado desinterés en actividades significativas puede ser más difícil de demostrar durante la detención, donde las actividades “significativas” están prohibidas. También es difícil diagnosticar el “sentimiento de indiferencia y distanciamiento de los otros” si hay confinamiento solitario o aislamiento forzado (parcial o completo). Este tipo de situaciones producen dificultades adicionales

durante la evaluación y pueden ocasionar errores en las evaluaciones de los criterios diagnósticos, y hacer que se subestime la extensión de la patología postraumática. Es importante mantener un enfoque flexible e integrador para no producir resultados falsos negativos. (Simpson, 1995)

(Véanse §§ 236-249 del Protocolo de Estambul y Becker, 1995; Burnett & Peel, 2001a; Gurr & Quiroga, 2001; Kagee, 2005; Kira, 2002; Mollica & Caspi-Yavin, 1992; Simpson, 1995; Summerfield, 1995, 2000, 2001.)

1. SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (TEPT)

Reexperimentación del trauma, como recuerdos o pensamientos intrusivos, pesadillas recurrentes o sueños angustiantes, aflicción psicológica intensa y/o reacción psicológica ante la exposición a señales que simbolicen o se asemejen al trauma, rememoraciones.

Evitación y embotamiento emocional, como evitación de todo tipo de pensamiento, conversación, actividad, lugar o persona que despierte recuerdos del trauma; profundo retraimiento emocional; profunda desafección personal y aislamiento social; incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma, sensación de extrañamiento de los demás, registro afectivo limitado, sensación de futuro truncado.

Hiperexcitabilidad, como dificultad para dormir o permanecer despierto, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, ansiedad generalizada, respiración superficial, sudoración, mareos y problemas gastrointestinales.

(Véanse § 241 del Protocolo de Estambul.)

2. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

- Estado de ánimo depresivo interés marcadamente disminuido o ausencia de placer en las actividades
- Trastornos del apetito y pérdida de peso
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga y falta de energía
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse en funciones que requieran el uso de la memoria
- Indecisión
- Sensaciones de inutilidad y culpa excesiva, desvalorización, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte.

(Véanse § 242 del Protocolo de Estambul.)

3. SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DISOCIATIVOS

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 y cols, 1996). Una persona puede sentirse aislada o incapaz de percibir ciertas acciones, o puede sentirse dividida en dos, como si estuviera observándose a sí misma desde la distancia.

Se trata de una respuesta común durante acontecimientos enormemente traumáticos que puede conducir a una falta de notificación o a una percepción distorsionada de diversos aspectos del trauma (McFarlane, 1995). Los elementos de la experiencia no se integran como un todo unitario, sino que se conservan en la memoria en forma de fragmentos aislados y almacenados como percepciones sensoriales, estados afectivos o como reactivación de representaciones conductuales (van der Kolk & Fisler, 1995).

La despersonalización es el estado de sen-

tirse distanciado 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 propios procesos mentales o de su cuerpo (por ejemplo, sentirse como en un sueño). Por ejemplo, la persona puede quejarse de que sus emociones, sentimientos o experiencias del yo interior están distantes, son extrañas y no son propias, o de sentirse desagradablemente perdida, como si estuviera actuando en una obra de teatro.

Los problemas de control de los impulsos producen comportamientos que el superviviente 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 los impulsos incluyen: dificultad para modular la ira, comportamientos autodestructivos y suicidas crónicos, dificultad para modular la participación sexual y comportamientos impulsivos y arriesgados (van der Kolk y cols, 1996).

(Véanse § 244 del Protocolo de Estambul.)

4. SÍNTOMAS SOMÁTICOS

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 manifiesto. Puede cambiar de lugar y variar en intensidad. Los síntomas somáticos pueden deberse directamente a consecuencias físicas de la tortura o pueden ser de origen psicológico, o reflejar una interacción entre ambos factores (Wenzel, 2002).

Estas quejas somáticas incluyen: cefaleas, dolor de espalda o dolor músculo-esquelético (para más información, consúltese

“Examen físico médico de víctimas de tortura alegadas: Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para médicos”).

(Véanse § 245 del Protocolo de Estambul.)

5. SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL

La disfunción sexual es común entre los supervivientes de la tortura; especialmente, pero no de 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. Los posibles síntomas incluyen: falta o pérdida de deseo sexual o disfrute sexual; descenso del interés o miedo a la actividad sexual; disminución de la excitación sexual; incapacidad de confiar en un compañero sexual; miedo a haber sido dañado sexualmente; miedo a ser homosexual; fallo de la respuesta genital como disfunción eréctil o falta de lubricación vaginal; vaginismo; dispareunia; disfunción orgásmica; eyaculación precoz.

(Para más información, consúltese § 246 y el capítulo V sección D.8, del Protocolo de Estambul.)

6. SÍNTOMAS DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

Las diferencias culturales y lingüísticas se pueden confundir con síntomas psicóticos. Antes de diagnosticar a alguien como psicótico, se deben evaluar los síntomas dentro del contexto cultural propio del individuo. Las reacciones psicóticas pueden ser breves o prolongadas, y los síntomas psicóticos pueden ocurrir tanto mientras la persona está detenida y torturada como posteriormente. Son posibles hallazgos: delirios, alucinaciones (auditivas, visuales, táctiles, olfativas), ideas y comportamientos extraños, ilusiones o distorsiones percepti-

vas, paranoia y delirios de persecución (se debe tener cuidado al definir los delirios de persecución, ya que en algunos países es frecuente la persecución durante y/o después de la detención).

(Véanse § 247 del Protocolo de Estambul.)

7. ABUSO DE SUSTANCIAS

El clínico debe preguntar acerca del uso de sustancias antes y después de la tortura, los cambios en el patrón de consumo y abuso, y si las sustancias se están empleando para manejar problemas de salud relacionados con el trauma como insomnio, ansiedad, dolor u otros. En numerosos estudios con supervivientes de traumas, se observan tasas más elevadas de consumo de sustancias tras el acontecimiento traumático (American Psychiatric Association (APA), 2004).

(Véanse § 248 del Protocolo de Estambul.)

8. DETERIORO NEURO-PSICOLÓGICO

La tortura puede incluir traumatismo físico que produzca diversos niveles de deterioro cerebral. Los golpes en la cabeza, la asfixia y la malnutrición prolongada pueden tener consecuencias neurológicas y neuro-psicológicas a largo plazo que pueden no ser fáciles de detectar en el transcurso de un examen médico. A menudo, los síntomas que tratan de hallarse en estas evaluaciones se solapan de forma significativa con la sintomatología derivada del trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y trastornos depresivos mayores. Las fluctuaciones o déficit en el nivel de consciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento ejecutivo pueden ser resultado tanto de alteraciones funcionales como de causas orgánicas.

(Véanse § 249 del Protocolo de Estambul.)

III. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS MÁS COMUNES

“Aunque las principales quejas y los hallazgos más destacados entre los supervivientes de la tortura son muy diversos y están relacionados con las experiencias vitales propias exclusivamente de cada persona y con su contexto cultural, social y político, convendrá que los evaluadores estén familiarizados con los trastornos más frecuentemente diagnosticados a los supervivientes de traumatismos y tortura [...].” (Protocolo de Estambul, § 250).

Hay conjuntos de síntomas y de reacciones psicológicas que se han observado y documentado en supervivientes de tortura con cierta regularidad.

“[...] Además, no es infrecuente que se halle más de un trastorno mental y entre los sujetos con trastornos mentales relacionados con los traumatismos se encuentra una comorbilidad considerable. Diversas manifestaciones de ansiedad y depresión son los síntomas que con más frecuencia resultan de la tortura [...].” (Protocolo de Estambul, § 250).

Los dos sistemas principales de clasificación son la Clasificación de Trastornos Mentales y de Conducta perteneciente a la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) (OMS, 1994) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, cuarta edición, versión impresa (DSM-IV) (APA, 2000). Para ver la descripción completa de las categorías diagnósticas, consúltese la CIE-10 y el DSM-IV-TR.

Los diagnósticos más comunes relacionados con el trauma son el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y la depresión mayor. Además, se debería considerar la transformación persistente de la personali-

dad, especialmente porque tiene en cuenta los efectos potenciales a largo plazo de un estrés extremo prolongado (Protocolo de Estambul, § 256).

La relación entre tortura y diagnóstico de TEPT se ha reforzado cada vez más en las mentes de los trabajadores de la salud, en los juzgados de inmigración y en el público no profesional informado. Esto ha producido la impresión errónea y simplista de que el TEPT es la consecuencia psicológica principal de la tortura (Protocolo de Estambul, § 252). Los trastornos mentales relacionados con la tortura no se limitan a la depresión y el TEPT, y los evaluadores deben tener una comprensión amplia de todas las categorías diagnósticas posibles entre los supervivientes del trauma y la tortura. En este sentido, es de gran importancia realizar siempre una evaluación detallada. Un hincapié excesivo en los criterios de TEPT y la depresión puede resultar en la omisión de otros diagnósticos posibles.

A continuación se presenta una selección de las categorías diagnósticas que se pueden considerar durante la evaluación psicológica de alegaciones de tortura.

[<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>]

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES ACORDE A LOS CRITERIOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

10ª REVISIÓN – (ICD-10) – VERSIÓN 2007

TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) (F30-F39)

F32 EPISODIO DEPRESIVO

En los episodios depresivos típicos, el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Suelen darse trastornos de sueño y pérdida de apetito. Casi siempre hay pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, e incluso en episodios leves, a menudo surgen ideas de culpa y de ser inútil. El humor depresivo varía poco en el día a día, no responde a las circunstancias y puede estar acompañado por los llamados síntomas “somáticos”, como falta de interés y sensaciones placenteras, despertarse por las mañanas varias horas antes de lo habitual, agravamiento de la depresión por las mañanas, retraso psicomotor marcado, agitación, falta de apetito, pérdida de peso y falta de libido. Dependiendo del número y la severidad de los síntomas, el trastorno puede clasificarse como leve, moderado o severo.

Incluye: Episodios aislados de:
– Reacción depresiva
– Depresión psicógena
– Depresión reactiva

Excluye: Trastornos de adaptación (F43.2)
Trastorno depresivo recurrente (F33.-)
Cuando se asocia con trastornos de conducta en F91.- (F92.0)

F32.0 Episodio depresivo leve

Al menos dos de los tres síntomas anteriores suelen estar presentes. Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las abandone por

completo.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos cuatro o más de los síntomas anteriores y es probable que el paciente tenga grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas anteriores están presentes de forma marcada, normalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de inutilidad o de culpa. Son comunes las ideas o actos suicidas. Los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Depresión agitada	}	episodio aislado sin síntomas psicóticos
Depresión mayor		
Depresión vital		

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual también aparecen ideas delirantes, alucinaciones, inhibición psicomotriz o estupor depresivo tan severo que las interacciones sociales normales se hacen imposibles. Puede haber riesgo vital mediante suicidio, deshidratación o restricción de la ingesta. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Episodios aislados de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos
- Psicosis depresiva psicógena
- Depresión psicótica
- Psicosis depresiva reactiva

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Véanse también, en la categoría “Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)”:

- F30 Episodio maniaco
- F31 Trastorno bipolar
- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS (F40-F48)

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Esta categoría se diferencia de las demás en que incluye trastornos que se reconocen no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes:

antecedentes de un suceso vital excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que de lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve (“acontecimientos de la vida”) puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia, tales como una vulnerabilidad específica. En otras palabras, el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno. Los trastornos incluidos en esta sección podrían, por tanto, considerarse como respuestas desadaptadas a un estrés severo o continuado, ya que interfieren con los mecanismos de defensa exitosos y por tanto ocasionan problemas de funcionamiento social.

F43.0 Reacción a estrés agudo

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. En la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo influyen la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo -F44.2) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial sobre el episodio (F44.0). Si los síntomas persisten, debe considerarse un cambio en el diagnóstico.

- Crisis aguda de nervios
- Reacción aguda de crisis
- Fatiga del combate
- “Shock” psíquico

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar su aparición. Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a sufrir el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de despego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de

evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses. El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

Neurosis traumática

F43.2 Trastornos de adaptación

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio vital significativo o a un acontecimiento estresante de la vida. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado), o representar una gran crisis o transición (ir a la escuela, tener un hijo, retirarse, no conseguir una meta personal). La predisposición o vulnerabilidad individual desempeña un papel importante en el riesgo de ocurrencia y la forma de manifestarse de los trastornos de adaptación, pero se asume que el trastorno no hubiera surgido sin la fuente de estrés.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. Los trastornos disociales pueden ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. El rasgo predominante puede ser una reacción depresiva breve o prolongada, o una perturbación de otras emociones y conducta.

“Shock cultural”

Reacciones de duelo

Hospitalismo en niños

F43.8 Otras reacciones a estrés grave

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

Los temas comunes de los trastornos disociativos o de conversión incluyen la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un suceso vital traumático. Pueden presentarse estados más crónicos, en particular parálisis y anestias, si el comienzo está relacionado con problemas insolubles o dificultades personales. Estos trastornos se clasificaban anteriormente como varios tipos de “histeria de conversión”. Se supone que son de origen

psicogénico, ya que se asocian con una cercanía temporal al trauma, problemas intolerables e insolubles o relaciones trastornadas. Los síntomas a menudo representan el concepto del paciente de cómo se manifestaría una enfermedad física. Los exámenes médicos no revelan la presencia de un trastorno físico o neurológico conocido. Además, hay pruebas de que la pérdida de funciones es una expresión de los conflictos o necesidades emocionales. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha relación con el estrés psicológico, y a menudo aparecen de forma repentina. Sólo incluimos aquí los trastornos de funciones físicas que se encuentran normalmente bajo control voluntario y pérdida de sensaciones. Los trastornos que implican dolor y otras sensaciones físicas complejas mediadas por el sistema nervioso autónomo se clasifican como trastornos somatomorfos (F45.0). Siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de aparición tardía de trastornos físicos o psiquiátricos severos.

Incluye:

- conversión:
 - histeria
 - histeria de conversión
- reacción de conversión
- psicosis histérica

F44.0 Amnesia disociativa

La característica principal de este trastorno es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados, y suele ser parcial y selectiva. La amnesia completa y generalizada es rara, y suele formar parte de una fuga disociativa (F44.1), en cuyo caso hay que clasificar el trastorno dentro de esta categoría. El diagnóstico no debe realizarse en caso de presencia de trastornos cerebrales orgánicos, intoxicación o fatiga excesiva.

Véanse también, en la categoría “Trastornos disociativos (de conversión)”:

- F44.1 Fuga disociativa
- F44.2 Estupor disociativo
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad
- F44.5 Convulsiones disociativas
- F44.6 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)

F45 Trastornos somatomorfos

La característica principal es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de éstas y de continuas afirmaciones de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aun en los casos en los que realmente existieran trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo.

F45.0 Trastorno de somatización

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples,

recurrentes y, con frecuencia, variables, de al menos dos años de duración. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados, en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales. El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Los patrones sintomáticos más cortos (menos de dos años) y menos graves deben clasificarse bajo el trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1).

Trastorno de Briquet

Trastorno psicósomático múltiple

Excluye: Simulación consciente (Z76.5)

F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente

Persistencia de un dolor intenso y angustiante que no puede explicarse totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico o de otras personas. No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia.

Psicalgia

Lumbalgia psicógena

Cefalea psicógena

Dolor somatomorfo psicógeno

Excluye: Lumbalgia sin especificación (M54.9)

Dolor:

– sin especificación (R52.9)

– agudo (R52.0)

– crónico (R52.2)

– intratable (R52.1)

cefalea de tensión (G44.2)

Véanse también, en la categoría “Trastornos somatomorfos (F45)”:

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

F45.2 Trastorno hipocondríaco

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

Véanse también, en la categoría “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F48)”:

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F41 Otros trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO (F60-F69)

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral

Anomalías de la personalidad y del comportamiento en la edad adulta que, como consecuencia de catástrofes o exposiciones prolongadas a estrés excesivos, o de haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no habían puesto de manifiesto trastornos de la personalidad. Los diagnósticos incluidos en este apartado sólo deben hacerse cuando haya una clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo en que el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y sobre sí mismo. La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que no estaba presente antes de la experiencia patógena. La alteración no debe ser una manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de cualquier trastorno mental previo.

Excluye: Trastornos mentales y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (F07.-)

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica

Transformación persistente de la personalidad, presente durante al menos dos años, que puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o desesperanza, sentimiento permanente de “estar al límite”, como si se estuviera constantemente amenazado, y vivencia de extrañeza de sí mismo. El trastorno de estrés post-traumático (F43.1) puede preceder este tipo de transformación de la personalidad.

Transformación de la personalidad tras:

- Experiencias de campo de concentración
- Desastres y catástrofes
- Cautiverio prolongado con peligro inminente de ser ejecutado
- Exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista
- Torturas

Excluye: Trastorno de estrés post-traumático (F43.1)

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS (F50-F59)

F52 Disfunciones sexuales de origen no orgánico

Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. La respuesta sexual es un proceso psicosomático y tanto los procesos

psicológicos como los somáticos suelen estar involucrados en las disfunciones sexuales.

Véanse también, en la categoría “Disfunción sexual no orgánica (F52)”:

- F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual
- F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual
- F52.2 Fracaso de la respuesta genital
- F52.3 Disfunción orgásmica
- F52.4 Eyaculación precoz
- F52.5 Vaginismo no orgánico
- F52.6 Dispareunia no orgánica

Véanse también, en la categoría “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50-59)”:

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS (F00-F09)

F 07 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

La alteración de la personalidad y del comportamiento puede ser debida a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral.

F07.2 Síndrome postconmocional

Este síndrome se presenta normalmente después de un traumatismo craneal, por lo general suficientemente grave como para producir una pérdida de la conciencia. En él se incluye un gran número de síntomas tales como cefaleas, mareos, cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración y de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales, deterioro de la memoria, insomnio y tolerancia reducida a situaciones estresantes, a excitaciones emocionales y al alcohol.

- Síndrome (encefalopatía) postconmocional
- Síndrome cerebral post-traumático no psicótico

ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES (F20-F29)

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

Se trata de un grupo de trastornos heterogéneo, caracterizado por la aparición aguda de síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones y perturbaciones de la percepción y la interrupción severa del comportamiento normal. La aparición aguda se define como un desarrollo en crescendo de un cuadro clínico claramente anormal en un plazo de dos semanas o menos. No existe prueba de causa orgánica para estos trastornos. Normalmente hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientación temporal, espacial y personal no es lo suficientemente persis-

tente o severa como para justificar el diagnóstico de delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (F05.-). La recuperación completa tiene lugar generalmente dentro de un plazo de dos o tres meses, a menudo en cuestión de unas pocas semanas o incluso días. Si el trastorno persiste, puede ser necesario un cambio en la clasificación. El trastorno puede estar o no asociado con estrés agudo, el cual se define como acontecimientos percibidos como estresantes que se hayan experimentado en un plazo de dos semanas antes del episodio.

Véanse también, en la categoría “Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23)”:

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios

F 23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación

Psicosis reactiva breve sin especificación

Psicosis reactiva

SECCIÓN E

INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS – IMPRESIÓN CLÍNICA

I. ¿CÓMO INTERPRETAR LOS HALLAZGOS PSICOLÓGICOS Y FORMULAR UNA IMPRESIÓN CLÍNICA?

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

- i. *“¿Hay una concordancia entre los signos psicológicos y el informe de presunta tortura?”*
- ii. *“¿Se puede decir que los signos psicológicos hallados constituyen reacciones esperables o típicas de un estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo?”*
- iii. *“Considerando la evolución fluctuante con el tiempo de los trastornos mentales relacionados con el trauma, ¿cuál sería el marco temporal en relación con los acontecimientos de la tortura? ¿En qué punto del curso de recuperación se encuentra el sujeto?”*
- iv. *“Entre los distintos elementos de estrés coexistentes ¿cuáles están ejerciendo su acción sobre el sujeto (por ejemplo, una persecución que aún dura, migración forzada, exilio, pérdida de la familia o pérdida de la función social)? ¿Qué repercusión tienen estos factores sobre el sujeto?”*
- v. *“¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico? Merecen especial atención los traumatismos craneales sufridos durante la tortura o detención.”*
- vi. *“¿Indica el cuadro clínico que exista una falsa alegación de tortura?” (Protocolo de Estambul, § 287).*

Deberá evaluarse en conjunto la historia de la detención y tortura, las condiciones anteriores y posteriores a la tortura, los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del individuo que se observen durante la comunicación verbal y no verbal, así como los síntomas de forma detallada. Todos estos factores deberán tenerse en cuenta en su conjunto. También deberá tenerse en cuenta la relación de los componentes individuales entre sí.

Deberá evaluarse y describirse la relación y consistencia entre los hechos y los síntomas, teniendo en cuenta la posible influencia que los síntomas psicológicos, la cultura y los síntomas físicos como el traumatismo craneal puedan ejercer sobre la concentración, la narración y la memoria, tal y como se ha detallado anteriormente.

Si el entrevistador se basa únicamente en una colección de síntomas psiquiátricos tal y

como los describe la persona torturada, esto puede impedir una apreciación suficiente de los aspectos cualitativos, narrativos y de observación en la valoración del trauma de tortura (Jacobs, 2000).

Deberán anotarse con todos sus detalles los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales del individuo que se observen durante la comunicación verbal y no verbal. Los clínicos deben hacer comentarios acerca de la consistencia de los hallazgos psicológicos y el grado en que éstos se relacionan con los presuntos malos tratos. También deben anotarse factores como la aparición inicial de síntomas específicos asociados con el trauma, la especificidad de cada uno de los hallazgos psicológicos y los patrones de funcionamiento psicológico.

(Véase el capítulo VI, sección C.3 (k), y el capítulo IV, sección L, del Protocolo de Estambul).

II. LA AUSENCIA DE PSICOPATOLOGÍA DIAGNOSTICABLE ¿SIGNIFICA QUE LA PERSONA NO FUE TORTURADA? ¿CÓMO INTERPRETAR LOS HALLAZGOS EN ESTE CASO?

“Es importante darse cuenta de que no todos los que han sido torturados llegan a padecer una enfermedad mental diagnosticable.” (Protocolo de Estambul, § 236).

Debe recalcar que aunque un diagnóstico de trastorno mental relacionado con el trauma apoye las alegaciones de tortura, no reunir los criterios para un diagnóstico psiquiátrico no significa que la persona no haya sido torturada (Protocolo de Estambul, § 289). La ausencia de signos y síntomas físicos o psicológicos no invalida las alegaciones de tortura (Peel y cols., 2000).

Las investigaciones médico-legales requieren la comprensión de la totalidad de los

fenómenos psicológicos, no sólo un diagnóstico (Allnutt & Chaplow, 2000). La interpretación de los hallazgos no debería depender únicamente de la colección de signos y síntomas; en caso de haber un diagnóstico, la interpretación no debe limitarse a declararlos.

Además de estas consideraciones, el clínico debe tener también en cuenta la posibilidad de que una ausencia de síntomas pueda deberse a la naturaleza frecuentemente episódica o retardada del TEPT o a síntomas de negación por vergüenza o a otras dificultades mencionadas anteriormente (Protocolo de Estambul, § 277).

Debe indicarse el diagnóstico si el superviviente presenta niveles sintomáticos que se correspondan 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 (Protocolo de Estambul, § 289).

(Véase el Capítulo IV del Protocolo de Estambul).

III. QUÉ HACER EN CASO DE INCONSISTENCIAS EN LA HISTORIA Y/O SI EL ENTREVISTADOR O CLÍNICO SOSPECHAN QUE PUEDE HABER INVENCIÓN

Tenga en cuenta que las inconsistencias no significan necesariamente que las alegaciones sean falsas (Giffard, 2000); por el contrario, las inconsistencias pueden ser indicativas precisamente de lo contrario. Las inconsistencias en el relato de una víctima de tortura pueden surgir por cualquiera de los factores mencionados anteriormente, o todos ellos lo que conduce a dificultades para recordar y relatar la historia (ver la SECCIÓN B “VIII. Factores que producen inconsistencias y dificultad para recordar y describir el relato de tortura” en esta guía). Interpretar de inmediato las inconsistencias como indicativo de fingimiento y alegaciones falsas puede introducir errores en la evaluación, que podrían acarrear consecuencias graves para la persona que está siendo evaluada.

Es importante reconocer que algunas personas alegan falsamente tortura por una serie de razones, y que otras personas pueden exagerar una experiencia relativamente menor para conseguir beneficios personales o políticos. El investigador debe tener siempre en cuenta estas posibilidades y tratar de identificar las razones potenciales para la exageración o la invención. No obstante, el clínico debe tener también presente que tal invención requiere unos conocimientos detallados acerca de los síntomas relacionados con el trauma que es infrecuente que posean los individuos.

Si hay inconsistencias en la historia:

- De ser posible, el investigador debe pedir mayores aclaraciones (Giffard, 2000).

Si no es posible, el clínico debe buscar otras pruebas que apoyen o refuten la historia. Una red de detalles consistentes que apoyen las alegaciones de tortura puede corroborar y aclarar la historia de la persona. El individuo puede ser incapaz de proporcionar los detalles solicitados por el investigador, tales como fechas, horas, frecuencias o la identificación exacta de los perpetradores. Aun así, los temas de los acontecimientos generales y la tortura surgirán y se harán evidentes con el tiempo.

Si el entrevistador o clínico sospecha que puede haber invención:

- Deberán programarse entrevistas adicionales para aclarar las inconsistencias del informe. Los familiares y amigos pueden ser capaces de corroborar detalles de la historia.
- Si el clínico realiza exploraciones adicionales y todavía sospecha que hay invención, debe derivar al individuo a otro clínico y solicitar la opinión de su colega.
- La sospecha de invención debe documentarse con la opinión de dos clínicos.

(Véanse § 143, § 144, § 253 y § 290 del Protocolo de Estambul.)

SECCIÓN F

INFORME

Tras recopilar todas las evaluaciones necesarias, el clínico debe preparar de inmediato un informe escrito riguroso.

Al preparar un informe completo de la evaluación psicológica, se deberán seguir todos los principios básicos sobre el informe. El formato del informe debe estar en concordancia con el Protocolo de Estambul (Véanse Anexo IV “Directrices para la evaluación médica de la tortura y los malos tratos” del Protocolo de Estambul). Estas directrices no pretenden ser una prescripción rígida, pero deberían aplicarse después de valorar los recursos disponibles, teniendo en cuenta el propósito de la evaluación.

En la mayoría de los casos, los informes no los prepara un equipo de colaboradores, o diferentes clínicos llevan a cabo la evaluación física y la psicológica 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 evaluación e indicar su opinión acerca de la situación.

Es más, ya que las evaluaciones de alegaciones de tortura no se entregan necesariamente sólo a los trabajadores de la salud especializados, el lenguaje utilizado en el informe debe ser accesible al público más amplio. El informe médico debe ser factual y estar redactado cuidadosamente. Es importante hacer que el informe sea fácil de leer y de comprender. Se deberá evitar la jerga profesional, médica o técnica. Si el uso de términos técnicos es inevitable, se deberán de explicar sus significados entre paréntesis. (Allnutt & Chaplow, 2000; Protocolo de Estambul, § 162).

“[...] El médico no debe partir del supuesto de que una petición oficial de evaluación médico-legal haya revelado todos los hechos materiales. Es responsabilidad del médico descubrir e incluir en el informe todo hallazgo material que considere pertinente, incluso si podría ser considerado como trivial o adverso para el caso de la parte que haya solicitado el examen médico. Bajo ninguna circunstancia deberán excluirse del informe médico-legal los hallazgos que puedan ser indicativos de torturas u otras formas de malos tratos.” (Protocolo de Estambul, § 162).

I. ¿QUIÉN PUEDE SOLICITAR UNA EVALUACIÓN MÉDICA EN CASO DE ALEGACIONES DE TORTURA?

En algunos países, suelen encontrarse dos prácticas incorrectas en lo concerniente a la solicitud de una investigación médica:

- Los funcionarios de aplicación de la ley solicitan la evaluación médica
- No se tiene en cuenta ni se concede la petición de la presunta víctima de tortura o sus abogados.

Sin embargo, en el Protocolo de Estambul se subraya que:

- Las solicitudes de evaluación médica por parte de funcionarios de aplicación de la ley deben considerarse inválidas a menos que un fiscal las haya requerido por escrito

- La evaluación médico-legal de alegaciones de tortura debe llevarse a cabo en respuesta a una petición oficial por escrito por parte de la fiscalía u otra autoridad pertinente
- Las propias víctimas de presunta tortura, así como sus abogados o parientes, tienen derecho a solicitar una evaluación médica para buscar pruebas de tortura y malos tratos
- Las presuntas víctimas de tortura también tienen derecho a obtener una segunda evaluación médica alternativa por parte de un médico cualificado durante o después del periodo de detención.

(Véase § 123 del Protocolo de Estambul.)

II. ¿QUIÉN PUEDE TENER ACCESO AL INFORME MÉDICO?

“El informe tendrá carácter confidencial y se comunicará su contenido al sujeto o a la persona que éste designe como su representante. Se recabará la opinión del sujeto y de su representante sobre el proceso de examen, que quedará registrada en el informe [...] Ninguna otra persona tendrá acceso a él sin el consentimiento del sujeto o la autorización de un tribunal competente.” (Principio de Estambul, 6, c)

“La evaluación original ya concluida se transmitirá directamente a la persona que solicitó el informe, generalmente el acusador público. También se facilitará un informe médico a cualquier detenido o abogado que actúe en su nombre que lo solicite. El médico examinador deberá conservar copias de todos los informes médicos [...] En ninguna circunstancia se enviará copia del informe médico a funcionarios de aplicación de la ley [...]” (Protocolo de Estambul, § 126).

III. ¿QUÉ DEBE INCLUIR UN INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA?

El informe de la evaluación psicológica debe incluir en detalle las siguientes secciones:

Información del contexto

(Anexo IV, sección I del Protocolo de Estambul)

(Véanse también §§ 123-126.)

- Fecha, hora y duración exactas de la entrevista/evaluación
- Nombre e identidad del entrevistado
- Descripción del aspecto y características físicas visibles (altura, peso, color de ojos y cabello, cicatrices visibles, edad)
- Lugar, dirección y naturaleza de la institución en la que tiene lugar la entrevista/evaluación
- Contexto de la entrevista y contexto de la solicitud, como quién informó, quién solicitó la entrevista (nombre, cargo, afiliación de la persona/autoridad/institución que realizó la solicitud), mediante qué documentos, motivo de la solicitud.

Condiciones y circunstancias de la entrevista/evaluación

- Nombre, cargo y afiliación de quienes acompañan al paciente
- Condiciones (y/o limitaciones) de privacidad en cualquier momento de la entrevista/evaluación: nombre, cargo y afiliación de los presentes durante la entrevista y/o durante la evaluación psicológica, si es que hay alguien.
- Circunstancias del paciente en el momento de la entrevista/evaluación (por ejemplo, naturaleza de cualquier atadura en el momento de llegada o durante el examen, comportamiento de

quienes acompañan al detenido y conductas o frases amenazantes dirigidas al paciente)

- Circunstancias de la entrevista/evaluación: (por ejemplo, condiciones inadecuadas en la sala de la entrevista, cualquier amenaza, opresión hacia el examinador, intervenciones de terceras personas, restricciones de tiempo y/o cualquier dificultad durante la entrevista/evaluación).

Consentimiento informado

(si no hay consentimiento informado, el motivo debe documentarse debidamente).

Entrevistador/clínico

- Nombre, afiliación, cargo y titulaciones del clínico que lleva a cabo la entrevista/evaluación.

Información del contexto

(Anexo IV, sección IV en el Protocolo de Estambul)

(Véanse también § 136 y § 279.)

- Información general (edad, ocupación, educación, composición de la familia, etc.)
- Historia médica anterior
- Revisión de evaluaciones médicas anteriores sobre tortura y malos tratos
- Historia psico-social anterior al arresto.

Historia de tortura y malos tratos

(Anexo IV, sección V del Protocolo de Estambul)

(Véase también el capítulo IV, secciones E, F y G, y § 276 del Protocolo de Estambul.)

- Informe detallado de la historia del sujeto tal y como la relató durante la entrevista, incluyendo los presuntos métodos de tortura o malos tratos y las horas a las que se alega que sucedieron dichas torturas o malos tratos
- Resumen de la detención y malos tratos, circunstancias del arresto y detención, lugares de detención inicial y subsiguientes (cronología, transporte y condiciones de la detención), relato de la tortura y malos tratos (con todos los detalles, en cada lugar de detención), revisión de los métodos de tortura.

Historia médica, molestias físicas, síntomas y hallazgos

(Véase capítulo V secciones B, C, D, E y § 281 del Protocolo de Estambul)

Historia/exploración psicológica

En el informe final se deberán describir en detalle los siguientes elementos de la evaluación psicológica:

- Métodos de evaluación
- Dolencias psicológicas actuales (Para

más información, véanse §§ 240-249; § 277, y también §§ 234-236 y § 254 del Protocolo de Estambul)

- Historia post-tortura (§ 278)
- Historia pre-tortura (§ 279, § 136)
- Antecedentes psiquiátricos/psicológicos (§ 282)
- Antecedentes de consumo y abuso de sustancias (§ 283)
- Examen del estado mental (§ 284)
- Evaluación del funcionamiento social (§ 285)
- Pruebas psicológicas, pruebas neuropsicológicas, etc. (para indicaciones y limitaciones, véanse § 286, §§ 293-298 y capítulo VI, sección C1 del Protocolo de Estambul).

Consultas

(Anexo IV, sección 11 - si corresponde)

Interpretación de los hallazgos – impresiones clínicas

(Anexo IV, sección XII)

Se deberá formular de acuerdo con la información proporcionada en el Protocolo de Estambul (véanse §§ 142-144, §§ 157-160, § 236, § 253, § 255, § 277, §§ 287-290) y resumida en el capítulo “Interpretación de los hallazgos – impresión clínica” en Sección E en esta guía.

El informe de evaluación debe:

- Relacionar el grado de consistencia entre los hallazgos psicológicos y el informe de alegaciones de tortura de manera detallada y explicativa
- Proporcionar una valoración de si los hallazgos psicológicos son reacciones esperadas o típicas al estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo
- Indicar el status del individuo en la evolución fluctuante de los trastornos mentales relacionados con el trauma a lo largo del tiempo, es decir, cuál es el marco temporal en relación con los eventos de tortura y dónde se encuentra el individuo en el curso de la recuperación
- Identificar todos los elementos estresantes que afectan al individuo (por ejemplo continuación de la persecución, migración forzada, exilio, pérdida de la familia y del papel social, etc.) y el impacto que estos factores pueda tener sobre el individuo
- Mencionar las condiciones físicas que puedan contribuir al cuadro clínico, especialmente en relación con la posible evidencia de lesión craneal producida durante la tortura y/o la detención.

(Véase el Anexo IV, sección XII.2 del Protocolo de Estambul)

(Para más información, véanse también el capítulo IV, secciones A, B, G y L; capítulo VI, sección C.3 (k); y § 162, § 236, § 253, § 255, § 277, § 289 y § 20 del Protocolo de Estambul).

Las conclusiones y recomendaciones

Deberán incluir lo siguiente (Anexo IV, sección 13 del Protocolo de Estambul):

- Declaración de la opinión acerca de la consistencia entre todas las fuentes de evidencia y las alegaciones de tortura y malos tratos
- Reiteración de los síntomas y/o discapacidades que el individuo continua padeciendo como resultado de los presuntos malos tratos
- Ofrecimiento de recomendaciones para evaluaciones y/o cuidados posteriores para el individuo.

Autoría

- Firma del clínico, fecha y lugar.

Anexos pertinentes

(Véanse también el capítulo VI, sección C.3 y sección C.4 (b) del Protocolo de Estambul.)

REFERENCIAS

- Allden, K., Poole, C., Chantavanich, S., Ohmar, K., Aung, N. N., & 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: V. Iacopino & M. Peel, (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 117-132). London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- Alnutt, S. H., & Chaplow, D. (2000). General principles of forensic report writing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6), 980-987.
- American Psychiatric Association (APA) (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: E. J. Kleber, R. F. Charles & B. P. R. Gerson (Eds.), *Beyond trauma-cultural and societal dynamics* (pp. 99-110). New York: Plenum Press.
- 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: P. Suedfeld P (Ed.), *Psychology and torture* (pp. 143-163). New York: Hemisphere Publishing.
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2006). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nordic Journal of Psychiatry* 60(1), 51-57.
- Ehrenreich, J. H. (2003). Understanding PTSD: Forgetting 'trauma'. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 3(1), 15-28.
- Fischer, G., & Gurrus, N. F. (1996). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In: W. Senf & M. Broda (Eds.), *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Fornari, V. M., & Pelcovitz, D. (1999). Identity problem and borderline disorders. In: B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2922-2932). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Friedman, M., & Jaranson, J. (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept. In: A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 207-227). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Geneffe, I. & Vesti, P. (1998). Diagnosis of governmental torture. In J.M. Jaranson & M. K. Popkin (Eds.), *Caring for victims of torture* (pp. 43-59). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- 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.
- Giffard, C., & Thompson, K. (2002). *Reporting killings as human rights violations handbook*. 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).
- Gurrus, N. F., & Wenk-Ansohn, M. (1997). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: A. Maercker (Ed.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (pp. 275-308). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Haenel, F. (2001). Assessment of the psychic sequelae of torture and incarceration (I): A case study. *Torture* 11(1), 9-11.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, N.Y.: Basic Books.
- Holtan, N. R. (1998). How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care.

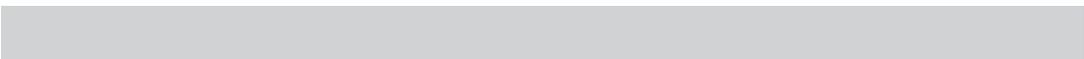
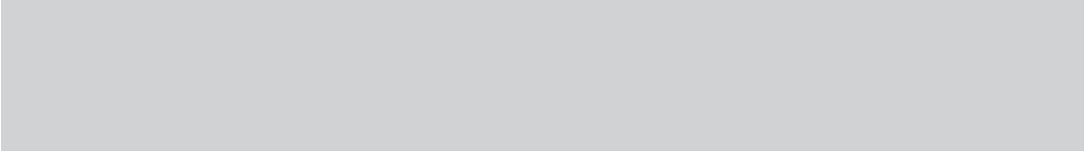
- In: J. M. Jaranson & M. K. Popkin (Eds.), *Caring for victims of torture* (pp. 107-113). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Iacopino, V. (2002). History taking. In: V. Iacopino & M. Peel (Eds.), *The medical documentation of torture* (101-115). London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) (2009a). *Examen físico médico de víctimas de tortura alegadas: Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para médicos*. Copenhague: IRCT.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) (2009b). *Acción contra la tortura: Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para abogados*. Segunda edición. Copenhague: IRCT.
- 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, F. B., & Patsalides, B. (2001). Principles of documenting psychological evidence of torture. Part II. *Torture* 11(4), 100-102.
- Jaranson, J. M., Kinzie, J. D., Friedman, M., Ortiz, D., Friedman, M. J., Southwick, S. et al. (2001). Assessment, diagnosis, and intervention. In: E. Gerrity, T. M. Keane & F. Tuma (Eds.), *The mental health consequences of torture* (pp. 249-275). New York: Kluwer Academic.
- Kagee, A. (2005). Symptoms of distress and post-traumatic stress among South African former political detainees. *Ethnicity & Health*. 10(2), 169-179.
- Kira, I. A. (2002). Torture assessment and treatment: The wraparound approach. *Traumatology* 8(2), 61-90.
- Kordon, D. R., Edelman, L., Lagos, D. M., Nicoletti, E., Bozollo, R. C., & Kandel, E. (1988). Torture in Argentina. In: D. R. Kordon & L. I. Edelman (Eds.), *Psychological effects of political repression* (pp. 95-107). Buenos Aires: Hipolito Yrigoyen.
- Lira Kornfeld, E. (1995). The development of treatment approaches for victims of human rights violations in Chile. In: R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 115-132). New York: Plenum Press.
- Mayou et al. (2002). Post-traumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour research and therapy* 40(6), 665-75.
- McFarlane, A. C. (1995). The severity of the trauma: Issues about its role in posttraumatic stress disorder. In: R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 31-54). New York: Plenum Press.
- McFarlane, A. C. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and the society* (pp. 154-182). New York: The Guilford Press.
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: B. A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 155-181). New York: Guilford Press.
- McFarlane, A. C., & Yehuda, R. (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6), 940-953.
- Moisander, P.A. & Edston, E. (2003). Torture and its sequel: A comparison between victims from six countries. *Forensic Science International* 137 (2-3), 133-140.
- Mollica, R. F., & Caspi-Yavin, Y. (1992). Overview: The assessment and diagnosis of torture events and symptoms. In: M. Başoğlu (Ed.). *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 253-274). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mollica, R. F., 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. *Journal of the American Medical Association* 270(5), 581-586.
- Peel, M., Lubell, N. & Beynon, J. (2005). *Medical Investigation and documentation of torture: A handbook for health professionals*. Colchester: University of Essex. Human Rights Centre.
- Peel, M, Hinshelwood, G., & Forrest, D. (2000). The physical and psychological findings fol-

- lowing the late examination of victims of torture. *Torture* 10(1), 12-15.
- Reyes, H. (2002) Visits to prisoners and documentation of torture. In: V. Iacopino & M. Peel (Eds.), *The medical documentation of torture* (pp. 77-101). London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- Sadock, B. J. (2005). Psychiatric report, medical record and medical error. In: B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., pp. 834-847). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shapiro, D. (2003). The tortured, not the torturers are ashamed. *Social Research* 70(4), 1131-48.
- Simpson, M. A. (1995). What went wrong?: Diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa. In: R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 187-212). New York: Plenum Press.
- 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: Y. Danieli, N. S. Rodley & L. Weisaeth (Eds.), *International responses to traumatic stress* (pp. 397-423). New York: Baywood Publishing Company.
- Somnier, F., Vesti, P., Kastrup, M., & Genefke, I. (1992). Psychosocial consequences of torture: Current knowledge and evidence. In: M. Başoğlu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 56-72). Cambridge: Cambridge University Press.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (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: R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.) *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 17-30). New York: Plenum Press.
- 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: B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 492-500). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Turner, S., & Gorst-Unsworth, C. (1993). Psychological sequela of torture. In: J. Wilson & B. Raphael (Eds.), *The international handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 703-713). New York: Plenum Press.
- Turner, S. E., Yüksel, S., & Silove, D. (2003). Survivors of mass violence and torture. In: B. L. Green, M. J. Friedman, J. de Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank et al., (Eds.), *Trauma interventions in war and peace: Prevention, practice, and policy* (pp. 185-211). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 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, B. A., & Fisler, 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, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (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.
- Yehuda, R., McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 152(12), 1705-1713.

LIBROS Y DIRECTRICES

- American Psychiatric Association (APA) (2004). "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder" (www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/PTSD-PG-PartsA-B-C-New.pdf)
- American Psychiatric Association (2000). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)-IVth edition" American Psychiatric Publishing, Inc.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH) (2007). "Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder" (http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/mh13.pdf)
- Giffard, C. (2000). "The Torture Reporting Handbook" Human Rights Center-University of Essex (Available online in English, Arabic, Chinese, French, Portuguese, Russian, Spanish, Turkish) (<http://www.essex.ac.uk/torture-handbook/>)
- Iacopino, V., Aldeen, K., & Keller, A. (2001). Examining asylum seekers: A health professional's guide to medical and psychological evaluations of torture. Boston: Physicians for Human Rights (<http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/examining-asylum-seekers-a.pdf>)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE), (2005). "Post-traumatic Stress Disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care". National Clinical Practice Guideline Number 26, Gaskell and the British Psychological Society, London (<http://www.nice.org.uk/pdf/CG-026NICEguideline.pdf>)
- Peel, M., Iacopino, V. (Eds.) (2002). "The Medical Documentation of Torture". London: Greenwich Medical Media
- Peel, M. (Ed.), (2004). "Rape as a method of torture". Medical Foundation for the care of victims of torture (http://www.torturecare.org.uk/files/rape_singles2.pdf)
- Peel, M., Lubell, N., & Beynon, J. (2005). "Medical investigation and documentation of torture: A handbook for health professionals". University of Essex, Human Rights Centre (<http://www.fco.gov.uk/Files/KFile/MidtHb.pdf>)
- World Health Organization (WHO) (2007). "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision, Version for 2007" (<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>)



International Rehabilitation Council for Torture Victims

El Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de Tortura (IRCT) es una organización independiente de profesionales de salud internacional trabajando para la rehabilitación de víctimas de tortura y la prevención de la tortura en todo el mundo. El IRCT colabora con centros y programas de rehabilitación por todo el mundo que están dedicados a la erradicación de la tortura y a ayudar a sobrevivientes de la tortura y sus familias.

En el Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de Tortura (IRCT), trabajamos para la visión de un mundo sin tortura por medio de:

- concienciar sobre la necesidad de rehabilitación para las víctimas de tortura y promover el apoyo para las mismas
- promover el establecimiento de centros de tratamiento por todo el mundo
- trabajar para la prevención de la tortura
- luchar contra impunidad de torturadores y trabajar para asegurar los derechos de víctimas de tortura
- documentar el problema de tortura y juntar resultados de investigaciones relacionadas a la tortura
- promover el incremento de fondos para centros de rehabilitación, programas y proyectos en todo el mundo.

El IRCT es reconocido internacionalmente por su trabajo para la rehabilitación de víctimas de tortura y disfruta de estatuto consultivo en el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y el Departamento de Información Pública y de estatuto participatorio en el Consejo de Europa y la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.

Hoy en día la red del IRCT incluye a 142 centros y programas de rehabilitación en 73 países y territorios por todo el mundo que proveen apoyo y esperanza a sobrevivientes de tortura y que actúan como un símbolo de triunfo sobre el terror de la tortura.

IRCT | Borgergade 13 | Apartado postal 9049 | 1022 Copenhague K | Dinamarca
Tel: +45 33 76 06 00 | Fax: +45 33 76 05 00 | irct@irct.org | www.irct.org

ISBN 978-87-88882-67-4 (edición en rústica)

ISBN 978-87-88882-69-8 (PDF)

