

# NOTAS:

*“Para una valoración psicológica de la Tortura”.*

**José Manuel Bezanilla**

**Ma. Amparo Miranda**



## **NOTAS: Para una valoración psicológica de la Tortura.**

**José Manuel Bezanilla y Ma. Amparo Miranda**

**Primera edición: 2015**

**PEI Editorial.**

**Viaducto Miguel Alemán 144 Col. Piedad Narvarte**

**México D.F. México.**

**[contacto@peiac.org](mailto:contacto@peiac.org)**

**[www.peiac.org](http://www.peiac.org)**



@peiac



PEI.AC

**HECHO Y PUBLICADO EN MÉXICO**



# Índice

<b>Advertencia.....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>I. Tortura, perversión y principios para su investigación.....</b>	<b>8</b>
<b>II. Consideraciones preliminares.....</b>	<b>19</b>
<b>III. Consideraciones técnicas para una valoración psicológica de la tortura.....</b>	<b>41</b>
<b>IV. Integración de resultados y elaboración del informe de una valoración psicológica de tortura.....</b>	<b>74</b>



## **ADVERTENCIA:**

**El presente constituye el resultado de una investigación personal, y de ninguna manera representa una postura institucional.**



**Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.**

## INTRODUCCIÓN.

La tortura es una de las más graves violaciones a los derechos humanos que puede cometer un servidor público o agente del estado sobre un ciudadano; además que desde el punto de vista humano, se conforma como uno de los máximos actos de violencia y “perversión” de un ser humano sobre otro; que trasciende no solamente el ámbito individual, ya que alcanza todas las esferas vitales de los implicados; es decir, los ámbitos bio-psico-socio-culturales, alcanzando incluso el ámbito transgeneracional.

Desde el año 2001 la Organización de las Naciones Unidas, publicó el *“Manual para la investigación y documentación eficaces de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ‘Protocolo de Estambul’”*, revisándolo en el año 2004 y constituyéndose como el instrumento internacional por excelencia para documentar la tortura y sus secuelas, ya que enuncia los principios generales que deben seguirse, las obligaciones de los estados para prevenir, investigar y sancionar esta; así como los elementos mínimos que deben presentar los dictámenes periciales.

Uno de los puntos que resalta el Protocolo de Estambul, es la relevancia y papel central que juega la valoración psicológica dentro de una investigación de tortura, por dos razones fundamentales: a) dado que los perpetradores de esta han ido perfeccionando sus técnicas de maltrato y castigo, para infringir el máximo dolor y daño dejando las menores huella físicas posibles; y b) por lo profundo y devastador para el sujeto de las consecuencias de esta.

Los puntos anteriores, nos implican y responsabilizan directamente tanto como profesionales de la psicología, tanto a nivel clínico, científico e incluso personal; dado que al tratar con personas que han estado expuestas a situaciones de tortura, es posible tocar las fibras más profundas del dolor y barbarie humana, por lo que es fundamental la solidez científica y técnica del psicólogo que realice tales valoraciones, tanto para realizar su trabajo de la manera más objetivamente posible, así como para procesar y en su caso autoprotegerse de los efectos de este fenómeno sobre su estructura psíquica.

Es por lo anterior que el presente trabajo, se conforma como una modesta aportación para que los profesionales de la salud mental, además de consultar los instrumentos oficiales



internacionalmente aceptados, puedan enriquecerse de estas aportaciones, que de ninguna manera agotan el tema y si muestran algunos caminos teóricos y técnicos de los que puede echarse mano para realizar una valoración psicológica de Tortura.

En el primer capítulo, realizamos un intento para definir y delimitar el tema desde una perspectiva psicológica, partiendo de las concepciones oficiales, para enfocarla desde la perspectiva del perpetrador como una manifestación perversa, reduciendo al receptor de esta a una condición de objeto de “Goce”. Partiendo de que la violencia en su nivel físico, se constituye como la evidencia del acontecimiento en el orden simbólico, social e histórico; vulnerando profundamente no solamente al sujeto; sino su sistema de relaciones familiares, sociales y comunitarias. En un segundo momento realizamos una caracterización del “Protocolo de Estambul”, que fundamenta la investigación y documentación de la tortura en los principios de: Oportunidad, Oficiosidad, Competencia Profesional, Independencia e imparcialidad, exhaustividad y participación.

En el segundo, se presenta un grupo de consideraciones preliminares que es necesario que el psicólogo tenga presentes antes de pretender realizar una valoración psicológica de la tortura; comenzando por una tipificación de los diversos tipos de tortura o tratos crueles, fundamentada en diversas resoluciones del Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la Tortura de la Organización de las Naciones Unidas. Para continuar con una revisión contextual que permita una comprensión sobre las características de los perpetradores de la tortura, el objetivo de esta, el momento procesal en que esta se comete, los lugares donde se realiza, así como las principales técnicas aplicadas a los receptores. Se presentan con mayor amplitud y especificidad los elementos y directrices descritos por el “Protocolo de Estambul”, se exponen los fundamentos para la centralidad de la valoración psicológica dentro del proceso de investigación y documentación, recalcando de manera enfática que aunque la valoración psicológica se realiza sinérgicamente con la de medicina forense, estas no son interdependientes una de otra; por lo que el hecho de que no se encuentren indicios psicológicos, no significa que el evento de tortura no haya ocurrido y viceversa; se llama la atención sobre la significación psicosocial del fenómeno de la tortura, la necesidad de prevenir por todos los medios posibles revictimizar a una posible víctima de esta, además de las consideraciones que debe tener el clínico profesional para prevenir el desgaste profesional o desarrollo de un síndrome de *burnout*. Se detallan los principios generales de la entrevista, así como las principales reacciones transferenciales y contratransferenciales; aportando aquellos elementos que le permitan al clínico el desarrollo de una relación tética;



además de los principios éticos que fundamentan la valoración y aquellos elementos que pueden ocasionar inconsistencia en los resultados.

En el tercer apartado, nos enfocamos en las consideraciones técnicas para realizar la valoración, partiendo de cuestionarnos sobre los elementos necesarios para garantizar en la medida de lo posible y plausible la confiabilidad y validez de nuestra investigación; revisando las principales técnicas científicas con que cuenta el psicólogo para la realización de una consistente y fiable recolección de datos, por lo que partimos de los principios y tipos de observación, retomamos y profundizamos en los principios de la entrevista clínica, de investigación y psiquiátrica; exponemos de manera general los rubros y principios del examen del estado mental; además de hacer una revisión general de algunos cuestionarios e instrumentos psicológicos que pueden ser utilizados para complementar las herramientas clínicas.

Para finalizar este trabajo, en el cuarto capítulo, se presentan algunos elementos para la integración del informe final sobre valoración psicológica de tortura, poniendo especial énfasis en que este puede tomar intrínsecamente dos vertientes, la clínica y la forense; por lo que se deben tener siempre los principios para la realización de estas, además de las diferencias en el contenido de ambos informes, particularmente en lo referente a la confidencialidad de información sensible.

México, Diciembre 2014.



## I. Tortura, perversión y principios para su investigación<sup>1</sup>.

La tortura es un fenómeno que ha estado omnipresente en la historia de la humanidad y se manifiesta de maneras sumamente complejas que tienen repercusiones tanto en los ámbitos personal, familiar, comunitario, social, legal, histórico y cultural; entre otros.

Desde una perspectiva práctica, la tortura consiste en el daño intencional ejercido por una persona a otra con el fin de obtener algo; pero dada la complejidad del fenómeno, las instancias encargadas de estudiarlo, describirlo y sancionarlo, han acuñado diversos conceptos para definirlo.

El Diccionario de la Real Academia Española (2001) y de manera general, la define cómo: *“Grave dolor físico o psicológico infligido a alguien, con métodos y utensilios diversos, con el fin de obtener de él una confesión, o como medio de castigo. 2. cuestión de tormento. 3. dolor o aflicción grande, o cosa que lo produce”*; por otro lado la Comisión interamericana para prevenir y sancionar la tortura en 1985 mencionó que *“...se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica”*.

Por otro lado el estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998 pp. 6) aclaró que por tortura *“...se entenderá causar intencionalmente dolor o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, a una persona que el acusado tenga bajo su custodia o control; sin embargo, no*

---

1 Nota: Una primera versión de este trabajo, fue publicada en el libro “PSICOLOGÍA DE LA VIOLENCIA” Tomo I.: Causas, Prevención y Afrontamiento. Orozco-Guzman, M. Y Murueta, M. (2012) Amapsi Editorial, México.





*se entenderá por tortura el dolor o los sufrimientos que se deriven únicamente de sanciones lícitas o que sean consecuencia normal o fortuita de ellas”. Así mismo amnistía internacional (2001) menciona que la tortura es “...el dolor o sufrimiento infligido a una persona con el propósito de obtener información o confesión, castigar o intimidar a la(s) víctima(s), sus familiares o a la comunidad a la que pertenecen, así como de anular la personalidad de la víctima por cualquier forma de castigo corporal, como la mutilación de algún miembro, la lapidación o los azotes, abuso de la psiquiatría y fármacos diversos; incluso, la violación sexual puede ser considerada como una forma de tortura, entre otras formas que generen cualquiera de los efectos arriba señalados.”.*

En México se promulgó en 1992 la “Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura, diciendo que *“Comete el delito de tortura el servidor público que, con motivo de sus atribuciones, inflija a una persona dolores o sufrimientos graves, sean físicos o psíquicos con el fin de obtener, del torturado o de un tercero, información o confesión, o castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche ha cometido, o coaccionarla para que realice o deje de realizar una conducta determinada. No se considerarán como tortura las molestias o penalidades que sean consecuencia únicamente de sanciones legales, que sean inherentes o incidentales a éstas, o derivadas de un acto legítimo de autoridad”.*

Por su parte la Convención de las Naciones Unidas (2001 p. 1) menciona que *“... se entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se*



**José Manuel Bezanilla y Ma. Amparo Miranda**

*considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas...”.*

Los anteriores ejemplos confirman lo dicho sobre la diversidad del fenómeno y lo complejo de su aprehensión. De ahí que para tener una perspectiva más completa tomaremos aquellos puntos comunes a los conceptos (Hernández Forcada y Lugo Garfias, 2004); de ahí que entendemos que la “tortura” es toda acción intencional o deliberada, realizada por una persona o personas, con el objeto de causar al otro dolores o sufrimientos físicos y/o mentales, con el propósito de obtener información o confesiones que coadyuven a una investigación policíaca; siendo el autor de estos un servidor público en funciones o con la anuencia de este.

Desde una perspectiva psicológica, entendemos que el ejercicio de la tortura al pretender la anulación de la voluntad y estructura psíquica de las personas; conlleva intrínsecamente despojarla de aquello que la hace humana, transformándola en un objeto a merced y expensas del torturador; además de que en la gran mayoría de los países esta se encuentra penada por la ley, el ejercicio de aquella podría entenderse como un acto de “Perversión”.

Menciona Rivadeneira (2007) que todo acto de perversión y en especial la tortura, se constituyen como la realización de fantasías humanas a partir de un retorno de lo reprimido, especialmente aquellas pulsiones sádicas que hablan de una re-negación de la castración que conllevan el gozo con la destrucción y transgresión de la Ley y el Otro.

La “perversión”, se conforma como una estructura psíquica compleja; Menciona Laplanche (2004) que esta sería el comportamiento psicosexual que acompaña tales atipias en la obtención de placer sexual. Es decir que el concepto de perversión tiene sus límites en la sexualidad del individuo.



Por su parte Freud ([1905] 1986) refiere que el origen primario de la conducta perversa tiene que ver con una desviación del objeto sexual, así como de la meta de la sexualidad; por lo que es una alteración de la configuración del deseo en la persona, así como de las conductas desplegadas para la satisfacción de este. Una de las primeras connotaciones al concepto de perversión, es el que se enuncia con respecto a la sexualidad infantil; por lo que se puede considerar que los comportamientos perversos en los adultos, son la reaparición o persistencia de componentes parciales de esta.

Con base en lo anterior, habría que entender que la sexualidad perversa obedece a una regresión del sujeto a una etapa del desarrollo infantil, a partir de la cual es posible ubicar el tipo de desviación desarrollada. Por lo que se puede entender que toda manifestación de sexualidad normal partiría de la genitalidad, lo que forzosamente implicaría la instauración de la castración, la resolución del Complejo de Edipo y la aceptación de la prohibición del incesto.

Habría que tener claro que la base de las sintomatologías y comportamientos neuróticos, se fundamentan en la actuación de las estructuras defensivas de la psique sobre las pulsiones; fundamentalmente la represión; por lo que la neurosis es considerada una perversión en negativo; es decir que el neurótico fantasea lo que el perverso actúa. Por lo que se entiende a la perversión como la manifestación en bruto y no reprimida de la sexualidad infantil, lo que dificulta una adecuada integración de la personalidad y puede ubicar a las personas con esta estructura de la personalidad con características cercanas a la psicosis.

Uno de los elementos fundamentales para entender la perversión, es el que tiene que ver con la relación de esta con la “Ley”<sup>2</sup>; ya que el perverso a diferencia del neurótico se encuentra en función del goce, de ahí que este pretenda que el “otro” obtenga este goce con sus acciones acomodando la ley a sus deseos.

<sup>2</sup> La ley desde la perspectiva psicoanalítica se entiende como la aceptación de la incompletud de la persona o castración, a partir de la resolución del complejo de Edipo.



De ahí que ante la perversión, el sujeto es transformado en objeto de placer y destinatario de las pulsiones parciales e infantiles del perverso; que generalmente son ambivalentes, y surgen del borramiento de la Ley del padre por parte de este.

Dentro del discurso de la perversión se encuentra omnipresente la “Ley”, y es precisamente a partir de la burla de esta donde se encuentra el goce; de ahí que generalmente el peor de los perversos actúa en nombre de la moral y el orden. Por lo que sus acciones siempre contendrán altos contenidos de sadismo trascendiendo la integridad y dignidad del otro.

Una de las frases más comunes a partir de las que se puede ubicar la perversión especialmente en los agentes policiacos o representantes del estado, lo constituye “yo soy la ley” ya que a partir de ahí se ubica que el sujeto se asume como completo y perfectamente integrado, esgrimirndose como omnipotente dejando al receptor de sus acciones en un estado de completa sumisión ya que solo él puede ejercer el poder.

Lo anterior es relevante, ya que las personas “normales” (neuróticas), se asumen en general por debajo de la ley, colocándola como un rector de sus acciones, que ubica a todos como iguales en estado de falta e incompletud.

Desde una perspectiva social y antropológica, se observa que la tortura es endémica al desarrollo de la cultura y tiene una relación directa con el ejercicio y sostenimiento del poder (Yarzabal, 1985).

Por su parte Blair (2004) menciona que el *clímax* de la violencia social lo constituyen la masacre en lo colectivo y la tortura en lo individual. Menciona que este tipo de eventos aunque pueden variar en contexto y actores, siempre tienen una misma naturaleza: la destrucción del/los otro(s). Aunque aquellos que la dirigen, siempre persiguen un propósito que los trasciende, ya que además de hacerse de información, pretenden enviar un mensaje al grupo, comunidad o sociedad.



Estos eventos, constituyen la más pura expresión de violencia, en los que se teatralizan los excesos del hombre sobre el hombre, por lo que más allá que los fines del fenómeno, habría que enfocarse en la manera en que se desarrolla, ya que en general los ejecutores entran en la dinámica de la violencia, cayendo en estados catárticos, de frenesí o incluso de despersonalización; por lo que con mucha frecuencia pierden los motivos o el sentido que perseguían.

Aclara que el *etho* de la violencia es la violencia misma, por lo que todo está permitido, lo que explica la diversidad de prácticas realizadas para buscar el máximo dolor y sufrimiento hacia el receptor. Este sentido de violencia, y especialmente la tortura requieren que el ejecutor se encuentre cercano a la víctima, por lo que como resultado de esto se establece una relación profunda entre los actores.

El principal vehículo a través del cual se ejerce la violencia y se infringe el dolor es el cuerpo; que más allá de su realidad física, éste es un “lugar” de profundo significado, por lo que para poder avanzar en la comprensión del significado de la tortura, hay que considerar la expresión simbólica de esta sobre el cuerpo de las víctimas, así como el mensaje social e histórico que envían a los “otros” que los observarán.

Partiendo de que la violencia en su nivel físico, se constituye como la evidencia del acontecimiento, a nivel de lo simbólico y en el orden social e histórico, envía el profundo mensaje de la vulnerabilidad y sometimiento, lo que más allá de la muerte física genera otras muertes como la de la integridad, la personalidad, la seguridad, el hombre, el sujeto social, etc. Que en sí mismas constituyen ataques directos sobre la subjetividad de los individuos y sus colectividades.

Hasta aquí hemos trabajado sobre la conceptualización de tortura, la consideración de esta como un acto perverso, así como ciertos rasgos antropológicos considerandola como una de las máximas expresiones de violencia humana. A partir de aquí nos enfocaremos en la



manera de cómo documentarla, ya que este es uno de los elementos fundamentales para que sus víctimas reciban justicia, sus ejecutores castigo y la sociedad reivindicación; ya que más allá de los efectos legales directos de su acreditación, el hecho de nombrarla y evidenciarla permite además de la reflexión sobre esta, la concientización de su existencia que es el primer paso para su erradicación.

Uno de los principales instrumentos para la documentación de la tortura, lo constituye el llamado “Protocolo de Estambul”, que es un documento desarrollado por diversos especialistas y organizaciones, publicado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en 2001, teniendo su primera revisión en 2004.

Se menciona en el documento que su sentido primario es *la documentación*, aunque también es aplicable para la investigación y la vigilancia de los derechos humanos, la defensa de personas que “han confesado” delitos bajo tortura, la evaluación de las necesidades de personas que han sido receptoras de esta; entre otras.

Éste se constituye como un punto de referencia internacional que permite la exploración de aquellas personas que aleguen haber sufrido tortura o malos tratos. Este se fundamenta en una serie de principios mínimos, que garantizan su validez, siendo sus objetivos principales: a) Aclarar los hechos, establecer y reconocer la responsabilidad de las personas o los Estados ante las víctimas y sus familias; b) Determinar las medidas necesarias para impedir que se repitan estos actos; c) Facilitar el procesamiento y, cuando corresponda, el castigo mediante sanciones disciplinarias de las personas cuya responsabilidad se haya determinado en la investigación, y demostrar la necesidad de que el Estado ofrezca plena reparación, incluida una indemnización financiera justa y adecuada, así como los medios para obtener atención médica y rehabilitación.

A continuación enunciaremos los principios generales sobre los que se fundamenta el protocolo, con base en lo mencionado en el manual (2004) y por Samayoa (2010):



- **Oficiosidad:** que se refiere a la diligencia e impulso propio que deben poseer los estados y las autoridades adscritas a estos para la prevención, y en su caso investigación y oportuna sanción de los casos de tortura, tratos crueles o inhumanos llevados a cabo por sus miembros, con la suficiencia de recursos.
- **Oportunidad:** este principio consigna que la investigación de cualquier queja de tortura, tratos crueles o inhumanos, debe desarrollarse de manera “pronta y efectiva”, con el sentido principal de obtener la mayor cantidad de evidencia para el establecimiento de los hechos y la individualización de los responsables; considerando lo siguiente.
  - **Inicio inmediato:** En el caso específico de la tortura, por la forma en que pueden presentarse los hechos es fundamental la práctica inmediata de los exámenes físicos y psicológicos sobre la víctima y la identificación, así como la recolección de los testimonios, especialmente si las personas fueron observadas en alguna sede o bajo la custodia de agentes de seguridad del Estado. El retardo en el inicio de una investigación, puede ser observado como una falta a la debida diligencia de investigación.
  - **Un plazo razonable:** El elemento de plazo razonable está relacionado con el derecho de acceso a la justicia, pues de la inmediatez se deriva el acceso oportuno de la víctima y familiares al esclarecimiento de la verdad y la eventual sanción.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, señala que son tres las condiciones para determinar la razonabilidad del plazo en el que se desarrolla un proceso:

- a) complejidad del asunto;
- b) actividad procesal del interesado y;
- c) conducta de las autoridades judiciales.”



- La actuación propositiva: Luego de la recepción de denuncias privadas o públicas de tortura, la autoridad encargada no circunscriba la investigación a la solicitud de expedientes y el análisis de los mismos. La investigación, por tanto, requiere de una actuación con largo alcance; visitas a los lugares en donde se presume se realizaron las torturas, entrevistas a los testigos.
- Competencia profesional: El estado está obligado a darle formación al personal encargado de hacer cumplir la ley. Dicha formación debe estar orientada a la obtención del mayor nivel profesional posible en cuanto a sus funciones y el respeto a los derechos humanos de las personas. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha manifestado la necesidad de que las *“investigaciones se realicen por profesionales competentes,”* esto es, con un alto nivel de preparación y formación en los procedimientos apropiados. Lo anterior se refiere a que todos los profesionales implicados en la investigación y documentación de posibles casos de tortura, tratos crueles e inhumanos, además de tener el adecuado perfil profesional, se encuentren en permanente capacitación tanto teórico-técnica como personal; no solo para desarrollar y perfeccionar sus habilidades profesionales, sino para prevenir el desarrollo del síndrome de *burn out*, y/o el desgaste emocional por el contacto directo y cercano con uno de los más profundos y oscuros acontecimientos de los que el hombre es capaz.
- Independencia e imparcialidad: este principio garantiza que las instituciones o entidades responsables de la investigación y atención a las personas receptoras de tortura, tratos crueles o inhumanos, no se encuentren influenciadas o sometidas a intereses ajenos a su encomienda que puedan





**José Manuel Bezanilla y Ma. Amparo Miranda**

coherconarlas para la realización de su tarea, ya que de lo contrario de estaría cayendo en la simulación, propiciando la perpetuación de estos hechos e incluso encubriéndolos.

- Exhaustividad: Este principio hace referencia a la utilización de todos los medios legales disponibles para la obtención de las evidencias necesarias para el esclarecimiento de los actos reclamados o denunciados, la identificación de los responsables y el enjuiciamiento de los mismos. Está íntimamente vinculado con la actuación propositiva referida con anterioridad y, esencialmente tiene relación con poder determinar en un plazo razonable la averiguación de la verdad.
- Participación: resulta fundamental que se permita y garantice la participación de los agraviados y sus familiares, ya que este sería el principio de la reivindicación, además de que esto contribuye a la generación de consciencia social y al desarrollo de responsabilidad colectiva, lo que contribuirá a la construcción de la cultura de la denuncia.

En el caso particular del presente trabajo, se pretende además de reflexionar sobre las implicaciones y efectos psicosociales de la tortura, realizar un análisis de aquellos elementos teóricos y técnicos que permitan con la mayor eficacia y eficiencia posible la documentación psicológica de este fenómeno y sus secuelas en los receptores de esta, ya que como se menciona en el manual del protocolo (2004); se ha observado que los agentes torturadores han desarrollado tal nivel de sofisticación, que en un número importante de casos no dejan secuelas o lesiones físicas, por lo que la evaluación psicológica se convierte en un elemento fundamental para documentarla, identificar sus secuelas y proponer la atención de las víctimas.

### Referencias:

- Amnistía Internacional, (2001) *La tortura en México: impunidad amparada por la ley.*



- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2004) Memorias del Foro Sobre la Tortura en México; México.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2002) Seminario Internacional sobre Indicadores y Diagnóstico en Materia de Derechos Humanos: El Caso de la Tortura en México; México.
- Comité Internacional de la Cruz Roja (2005) ¿Qué se entiende por tortura y malos tratos? <http://www.icrc.org/Web/spa/s itespa0.nsf/html/69TJVK>
- David Fernández Puyana (s/a) La noción de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en el marco del comité de derechos humanos y el comité contra la tortura de las naciones unidas American University Law Review Internacional <http://www.auilr.org/pdf/21/21-1-6.pdf>
- Comisión Preparatoria de la Corte Penal Internacional (1998) Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional aprobado en Roma el 17 de julio de 1998,.
- Jesús Rodríguez y Rodríguez, comp. (1994) Instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos ONU-OEA, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura (1992) publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de diciembre de 1991 y sus reformas publicadas en el mismo medio el 2 de julio de 1992 y el 10 de enero de 1994.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2007) Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México; México.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2004) Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes “Protocolo de Estambul”; Primera Revisión; Ginebra.
- Real Academia Española (2001) Diccionario de la lengua española, 22a. ed., Madrid, Espasa-Calpe, tomo II, p. 2201
- Ricardo Hernández Forcada y María Elena Lugo Garfias (2004) Algunas notas sobre la tortura en México, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Héctor Oswaldo Samayoa Sosa (2010) Manual para fiscales para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala.



- International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) (2009) Acción contra la tortura Una guía práctica del Protocolo de Estambul – para abogados Copenhague K Dinamarca, [http://issuu.com/irct/docs/legal\\_sp\\_web\\_red#print](http://issuu.com/irct/docs/legal_sp_web_red#print)
- Rivadeneira, Jenny. (2007) “Consecuencias Psíquicas de la Tortura” Tesis de Grado, Facultad de Psicología; Pontificia Universidad de Ecuador, Ecuador.
- Laplanche, Juan; Pontalis, Jean-Bernard. (2004) Diccionario de Psicoanálisis Ed. Paidós; Buenos Aires.
- Freud, Sigmund. (1989) Tres ensayos para una teoría sexual Obras Completas, Tomo VII, Amorrortu Editores; Buenos Aires.
- Yarzabal, Luis. (1985) La tortura como enfermedad endémica en América Latina: sus características en Uruguay. Revista Nueva Antropología, año VII No. 28, octubre; UNAM; México.
- Blair, Elsa. (2004) Mucha sangre y poco sentido: la masacre. Por un análisis antropológico de la violencia. Boletín de Antropología. Año/vol. 18, No. 35 Universidad de Antioquía; Medellín, Colombia.



## II. Consideraciones preliminares<sup>3</sup>.

### A manera de introducción.

La tortura es una de las violaciones más graves a los Derechos Humanos (DDHH) que puede realizar un estado o una institución pública sobre cualquier persona, especialmente porque su impacto alcanza todas las esferas de la vida, reduciendo al receptor a la posición de un mero objeto a disposición del goce del perpetrador.

Sin dejar a parte la gravedad de este hecho, nos parece importante distinguir que no todas las formas de tortura son iguales, no tienen las mismas implicaciones ni efectos sobre los receptores. Fernández Puyana (2005) propone un análisis comparativo de los conceptos, figuras jurídicas y Jurisprudencias entre El Comité de derechos Humanos (CDH) y el Comité Contra la Tortura (CCT) de las Naciones Unidas (Tabla 1.).

Refiere el autor que en general las formas de tortura pueden dividirse en tres grandes ramas, la tortura física, la tortura psicológica y la tortura implícita. La tortura física, se caracteriza por un trato especialmente cruel e inhumano hacia el receptor; pudiendo identificarse: la tortura física muy grave y la tortura física grave.

La Tortura física grave, se caracteriza por la combinación de varias formas de castigo físico, como golpizas con la mano u otros objetos incluso en los genitales, violación sexual, posturas forzadas, suspensión corporal de las manos o las piernas, falanga<sup>4</sup>, intentos de asfixia y colgamiento, quemaduras con diversos objetos, simulacro de ejecuciones, fractura de huesos, entre otros; mientras que la Tortura física muy grave, además de lo anterior

---

3 Una primera versión de este capítulo de ha publicado en el No. 15 de la REVISTA CIENTÍFICA ELECTRÓNICA DE PSICOLOGÍA ICSa-UAEH, bajo el título "VALORACIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE POSIBLE TORTURA: Consideraciones preliminares".

4 Falanga: Técnica de tortura que se caracteriza por golpes en las plantas de los pies inferidos con cables, varas de hierro, bastones y otros instrumentos de madera, la víctima normalmente esta atada con lo pies levantados.



incluye la administración de choques eléctricos (Picana) con diversos objetos y en múltiples partes del cuerpo, sin dejar fuera los insultos y denigraciones verbales.

Los efectos psicológicos siempre acompañan cualquier forma de tortura, pero es posible que el castigo que se infrinja a la persona sea exclusivamente de esta naturaleza, sin siquiera tocarlo; pretendiendo con esto destruir la personalidad y el sentido de identidad del receptor. Para lo anterior, es posible hacer que la persona sea testigo visual y/o auditivo de la tortura a otros, amenazas de tortura y muerte, hostigamiento permanente, a este, su familia y bienes.

La tortura implícita, tiene que ver con las violaciones de procedimiento jurídico o judicial que pueden ejercer los agentes del estado; como pueden ser las detenciones ilegales, los cateos sin orden judicial, privación y aislamiento del contacto social, no poner al detenido a disposición del Ministerio Público o el Fiscal inmediatamente, entre otras.

**Tabla 1. Tipos de tortura según Fernández Puyana (2005).**

Tabla 1. Tipos de tortura según Fernández Puyana (2005).	
<b>Tipo de tortura</b>	
<b>Tortura Física</b>	
<b>Tortura Física Muy Grave</b>	



En una investigación (Hernández-Forcada y Lugo Garfías, 2004) se menciona que entre 1990 y 2003 se recibieron en la CNDH 953 quejas de posible tortura, de estas se emitieron 143 recomendaciones que corresponden al 15% del total de quejas recibidas y en las que pudo acreditarse plenamente el hecho; a partir de las recomendaciones emitidas, Hernández-Forcada y Lugo Garfías realizaron un análisis en el que determinaron algunos indicadores que son relevantes para el seguimiento y comprensión de este fenómeno en México.

En el 70% de los casos, la tortura fue cometida por policía, mientras que en el 11% por personal de procuración de justicia y el 7% por personal del Ejército Mexicano.

Señalando que en el 83% se pretendió arrancarle a la víctima una confesión; mientras que al 14% se le coaccionó y al 3% se pretendió infringir un castigo. Mientras que al 47% se pretendió involucrarlos en delitos contra la salud, al 19% en homicidios, al 6% en robos y al 4% en secuestros entre otros.

En el 87% de los casos la tortura se cometía durante la detención y el 8% durante la puesta a disposición; por otro lado al 53% de las víctimas las torturaron en algún tipo de instalaciones de la policía, al 22% en lugares diversos y al 11% en el hogar de residencia.

Se observó que en el 20% de los casos se propinaban golpes, en el 9% se ejerció violencia física o moral y aplicación agua en la nariz, boca u orejas, en el 8% de los casos les vendaron los ojos; mientras que al 6% les aplicaron descargas eléctricas (Picana), bolsa en la cabeza y/o les dieron golpes en los oídos (Telefonazo).

Mientras que con relación a los métodos de tortura mental o psicológica, los investigadores observaron que al 36% de los casos se amenazó a la víctima y sus familiares, al 28% las amenazas fueron solo a la víctima y al 20% los desnudaron de forma forzada.

Los datos anteriores muestran que en general, los principales métodos de tortura empleados por los perpetradores, son los que con base en Fernández Puyana (2005) corresponden a



tortura física grave, observando que solo en el 6% de los casos se administraron descargas eléctricas pudiendo considerar los actos como tortura muy grave. También se observa que preponderantemente los actos de tortura se enfocan hacia el castigo del cuerpo y no existe una preponderancia por el castigo psicológico, quedando éste dentro de la dinámica del hecho por el sitio donde se realizó, las comunicaciones verbales de los torturadores y la presencia de otras personas.

Esto nos hablaría de que los actos de tortura ejecutados por los agentes del estado, son profundamente primitivos y constituyen una práctica rutinaria para la investigación policíaca, situación que no le quita relevancia o gravedad; y nos parece que tiene relación directa con falta de formación y capacidad técnica del personal ejecutor.

En el informe de “Conclusiones Preliminares” (Méndez, 2014), publicado por el relator especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, manifestó que en estos tiempos, persisten las prácticas generalizadas de tortura por parte de las instancias de seguridad del estado; señalando que derivado de diversos alegatos recibidos por él, en la mayoría de los casos, este fenómeno ocurre en etapas casi inmediatamente posteriores a la detención y previas a la puesta a disposición ante el agente del Ministerio Público.

Añadiendo Méndez, que el fin de las practicas de tortura, se relacionan directamente con la obtención forzada de confesiones y la averiguación de información; situación directamente relacionada con la fabricación de pruebas y la falsa incriminación de personas.

Mencionando el Relator, que los métodos de tortura principalmente utilizados, son los golpes con puños, pies y diversos objetos, el uso de bolsas de plástico para producir asfixia, toques eléctricos en diversas partes del cuerpo incluyendo las zonas genitales, la desnudez forzada, la asfixia húmeda, la suspensión y la violencia sexual.

Resulta interesante apreciar que a diez años de distancia de los datos publicados por Hernández-Forcada y Lugo Garfias; y a pesar de la ausencia o al menos dificultades para



conseguir datos estadísticos válidos y actualizados, el representante de la ONU refiera que ni el momento, los fines y en gran medida las formas de tortura han cambiado mucho en México.

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), este tema ha sido de la mayor preocupación, siendo que han trabajado sobre este dos importantes ramas de esta; el Comité de Derechos Humanos (CDH) y el Comité Contra la Tortura (CCT); que conjuntamente con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, han desarrollado en 2001 y revisado en 2004 un Manual para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes conocido como "Protocolo de Estambul"; en el que se afirma que *"...se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflijan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas"* (Protocolo de Estambul; pg. 1, 2004).

El Protocolo de Estambul es un manual elaborado para lograr una documentación eficaz que permita a los Estados proteger a los individuos contra la tortura. A través de la investigación, es posible sacar a la luz las pruebas de torturas y malos tratos de manera que se pueda exigir a los torturadores que den cuenta de sus actos y permitir que se haga justicia.

Los métodos de documentación que figuran en este manual son también aplicables en otros contextos como: las investigaciones y la vigilancia de los derechos humanos, las evaluaciones para conceder asilo político, la defensa de las personas que "han confesado"





delitos durante la tortura y la evaluación de las necesidades de atención de las víctimas de la tortura.

El Protocolo proporciona directrices aplicables a la evaluación de aquellas personas que aleguen haber sufrido tortura y malos tratos, así como para comunicar los hallazgos derivados de la investigación; y pretende aclarar los hechos, establecer y reconocer la responsabilidad de las personas o los Estados ante las víctimas y sus familias; determinar las medidas necesarias para impedir que se repitan estos actos, facilitar el procesamiento y, cuando corresponda, el castigo mediante sanciones disciplinarias de las personas cuya responsabilidad se haya determinado en la investigación, y demostrar la necesidad de que el Estado ofrezca plena reparación, incluida una indemnización financiera justa y adecuada, así como los medios para obtener atención médica y rehabilitación.

Sin duda este concepto y el tema en sí, da para mucho desde múltiples perspectivas, aunque en el particular nos enfocaremos en analizar la importancia de la valoración psicológica con base en los principios del “Protocolo de Estambul”, así como algunas consideraciones preliminares para su correcta ejecución, para salvaguardar la integridad de las víctimas y el autocuidado del clínico-evaluador.

### **El papel central de la valoración psicológica.**

El protocolo, desde su publicación, ha considerado que la valoración psicológica de las víctimas representa un papel central dentro de la investigación de posibles actos de tortura, ya que “[l]as evaluaciones psicológicas pueden proporcionar evidencias críticas de abuso entre las víctimas de tortura por diversas razones: La tortura frecuentemente causa síntomas psicológicos devastadores, los métodos de tortura frecuentemente son diseñados para no dejar lesiones físicas y los métodos de tortura física pueden conducir a hallazgos físicos que se resuelven o bien no dejan lesiones específicas.”

*“Es importante comprender que los torturadores pueden intentar ocultar su acto. Para evitar la evidencia de los golpes (...), de falanga (...) o de choques eléctricos, se toman diversas*



José Manuel Bezanilla y Ma. Amparo Miranda  
*precauciones para aplicar (...) formas de tortura cuyo propósito es el de provocar dolor y sufrimiento máximos con evidencia mínima.”*

**“... Sin embargo, la ausencia de tal evidencia física no debe ser interpretada como supuesto de que no ha habido tortura, dado que estos actos de violencia contra las personas frecuentemente no dejan marcas o cicatrices permanentes.”**

Por lo tanto y “... [d]ebido a que la prevalencia de síntomas psicológicos es tan alta entre los sobrevivientes de tortura, es muy prudente que todas las evaluaciones de tortura incluyan un examen psicológico.” (Protocolo de Estambul §259, §158, §160 y §260)

Por su parte Baykal, *et al.* (2004 y 2009), menciona que en la mayoría de los casos de tortura, el sufrimiento mental es causado de manera deliberada, demostrándose por diversas investigaciones que las secuelas psicológicas son mucho más persistentes que las físicas e incluso causantes de mayor discapacidad en el largo plazo.

Si las víctimas no reciben tratamiento psicoterapéutico de largo plazo, pueden experimentar ansiedad, pánico, irritabilidad, ira, insomnio, pesadillas, disminución de la memoria, falta de iniciativa, apatía, rechazo social, indefensión, parálisis afectiva y flashbacks del evento traumático aún muchos meses o años después del evento.

### **El significado psicosocial y familiar de la tortura.**

Menciona Kira (2002, en Baykal 2009), que la tortura puede impactar severamente en las familias, presentando los miembros síntomas de traumatización secundaria, con altos niveles de estrés, miedo, preocupación, pérdida de la sensación de protección y seguridad, alteración del torturado de los patrones de relación familiar, con el consecuente deterioro de la dinámica y el funcionamiento del grupo, además del deterioro en el estilo y calidad de vida por pérdida de trabajo, mudanzas continuas, problemas físicos, etc.



*“[...] 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).

Por lo que resulta elemental en el contexto de la Reparación Integral del Daño, que ante posibles hechos de tortura, se realice la evaluación de los efectos de esta en la familia, siempre y cuando no se violen principios éticos como el de confidencialidad.

Con relación al impacto comunitario, menciona el Protocolo que *“...[a]l 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).

Por su parte Neumann y Erazo (1992), mencionan que la tortura como una práctica regular por los agentes del estado, afecta no solo a sus víctimas directas o potenciales, sino al conjunto de la sociedad, ya que envía un profundo mensaje no solo a la familia del receptor, sino a toda la comunidad; penetrando profundamente en los tejidos de la sociedad, generando un amedrentamiento y silenciamiento de ésta. Mientras que Lira (2004), agrega que la tortura tiene efectos terroríficos sobre el individuo, la familia, los grupos sociales, la comunidad y las asociaciones políticas. Dado que el miedo de las catástrofes personales recae sobre las relaciones privadas haciendo estallar los vínculos.

Se genera una herida permanente en el tejido social, formada por las secuelas de la tortura, la muerte y las desapariciones, que se conforman como un obstáculo insalvable en la convivencia social. *“Hay dolor, vergüenza y culpa por ese pasado en algunos. En otros hay un intento persistente de eludir ese impacto, pero el conflicto se ha mantenido a pesar de los deseos de eliminarlo y el sufrimiento ha marcado las vidas de muchos...”*. Se instala la ambigüedad como una secuela del miedo a las instituciones que los han dañado, generándose un profundo sentimiento de deuda en las personas por parte del estado,



especialmente por haber sido quienes debían protegerlos los que los dañaron tan profundamente. (*Idem.*).

Es por lo anterior, que el clínico debe considerar y realizar una valoración amplia e integral de todas las esferas de vida de aquella persona que alegue haber sido torturada, ya que se debe demandar la reparación del daño tanto para la víctima directa, las víctimas secundarias e incluso la comunidad de origen y residencia de estas; de ahí que las intervenciones psicológicas y psicosociales deben trascender los síntomas derivados de las clasificaciones psiquiátricas, debiendo buscar y enfocarse en el daño sufrido en los vínculos y redes familiares y comunitarias; ya que es en estos que circulan imaginarios que se instalan en la psique sociogrupal siendo conservados por el grupo comunitario y transmitidos a las generaciones posteriores perpetuando así una traumatización transgeneracional.

### **Prevención de la re-victimización ó victimización secundaria.**

Existe la posibilidad de que el clínico exponga al paciente a una re-victimización por un afán de documentar puntualmente los hechos y secuelas de la tortura; situación que generaría daños mas profundos en esta; por lo que “[d]eberán 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).

“Pese a todas las precauciones, los exámenes físicos y psicológicos, por su propia naturaleza, pueden causar un nuevo traumatismo al paciente provocando o exacerbando los síntomas de estrés postraumático al resucitar efectos y memorias dolorosos (véase cap. VI, secc. B.2) “(Protocolo de Estambul, § 148).

“El proceso de la entrevista puede recordar al superviviente los interrogatorios que sufrió durante la tortura. Por consiguiente, pueden aparecer fuertes sentimientos negativos contra el clínico, miedo, rabia, rechazo, desvalimiento, confusión, pánico u odio” (Protocolo de Estambul, § 263).



Menciona el Manual de Justicia para Víctimas (2004), que uno de los principales problemas para las personas receptoras de delitos, es la Re-Victimización, siendo la que se genera a partir de las instituciones y los actores de estas que brindan atención a los agraviados y sus familiares.

Las víctimas del abuso del poder, se encuentran en una situación de ambigüedad particular, debido a que los agresores son aquellos que debían velar por su seguridad y bienestar; por lo que el personal de las instituciones públicas de justicia y Derechos Humanos debe ser particularmente cuidadoso y empático al provenir de un organismo del estado.

Calle-Fernández (2004), refiere que las principales causas de victimización secundaria, lo constituye la violencia institucional simbólica, donde la víctima debe defender la veracidad de su dicho ante los sistemas oficiales.

En el caso de las víctimas de tortura, la re-victimización se presenta cuando se enfrentan a la descalificación implícita o explícita por parte del personal que realiza la investigación; esto puede presentarse cuando el personal evaluador, proviene del sistema judicial y de justicia, ya que se tiene la tendencia (ocasionalmente inconsciente) de descalificar y minimizar la narración de los hechos; situación que es percibida subjetivamente por el agraviado.

Se debe evitar en la medida de lo posible la reiterada narración de los hechos por parte del agraviado, ya que esto puede generar una re-experimentación de la situación, lo que agudizaría los síntomas, incrementando las secuelas psico-emocionales de la tortura.

Resulta fundamental que entre el personal que investiga los hechos de tortura y la víctima, se mantenga una relación de respeto y equidad, ya que uno de los fundamentos de lo traumático en la tortura, es que el agresor, ejerce un poder y dominio absoluto sobre el cuerpo y la psique de la víctima.

Durante el proceso de valoración de una víctima de tortura, es de suma importancia que se establezca una relación de empatía, siguiendo y respetando el ritmo y tiempo de ésta, ya que



se requiere una considerable cantidad de energía física y emocional para estructurar la situación traumática en un relato más o menos coherente.

Por lo que la actitud del personal investigador, requiere ser abierta a la escucha y de acompañamiento en el proceso; ya que si la víctima percibe algún tipo de rechazo o descalificación, se verá sometida a un estrés innecesario y posiblemente en una situación re-victimizante.

### **Auto-cuidado y prevención del *Burnout*.**

Freudenberger (1974), menciona que el burnout es *“Un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”*. Mientras que Maslach (1976), agrega que *“Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducido rendimiento que puede ocurrir entre individuos que desempeñan algún tipo de trabajo asistencial”*.

Pines y Aronson (1988), dicen que *“Es el estado de agotamiento físico, mental y emocional, producido por estar involucrado permanentemente en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”*. Por otro lado Turnes (2002), refiere que el Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) es un problema social y de salud pública, al tratarse de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida del [profesional] que lo padece y disminuye la calidad asistencial.

Enríquez-Sam (2004). menciona que el proceso de investigación y documentación de casos de tortura, expone a los profesionales a fuertes cargas de estrés emocional debido a:

- El contacto directo y la atención a los sobrevivientes de tortura, con sus riesgos de sobreidentificación y traumatización secundaria.
- La obstaculización y enfrentamiento con servidores públicos de instancias judiciales y policíacas.



- Sobrecargas de trabajo.
- Aislamiento en el trabajo de documentación y denuncia

El [personal] debe tener espacios de descarga emocional (“*care for care givers*”) y debe cuidar su salud integral. Con frecuencia esto no es comprendido incluso por los mismos peritos que se sobrecargan, trabajan en exceso y llegan incluso a fundirse (“*burned out*”) o a tener padecimientos somáticos frecuentes o permanentes, lo que deteriora su calidad de vida, la eficacia y calidad del trabajo.

### **Importancia del entorno cultural para la valoración psicológica.**

Baykal (2004) resalta que para poder tener un pleno entendimiento del contexto donde ocurre la tortura, con el fin de poder comprender ampliamente su sentido, así como las consecuencias que se presentan en las víctimas, primarias y secundarias, resulta fundamental al momento de la evaluación, tener en cuenta el entorno social y cultural de origen de la persona evaluada, ya que esto tiene impacto en los resultados e interpretación de los datos recabados.

Menciona el “Protocolo de Estambul” que *“Los significados culturales, sociales y políticos particulares que la tortura tiene para cada individuo, influye en su habilidad para describirlos y hablar sobre ellos. Estos son factores importantes que contribuyen al impacto psicológico y social que tiene la tortura, y que deben ser considerados al realizar una evaluación de un individuo perteneciente a otra cultura.”*

*“La atención sobre los síndromes con especificidad cultural y el modo de expresar el sufrimiento, vinculado con el lenguaje nativo a través del que son comunicados los síntomas, es de capital importancia para conducir la entrevista y para formular la impresión y la conclusión clínicas. Cuando el entrevistador tiene poca o ninguna noción acerca de la cultura de la víctima, es esencial la ayuda de un intérprete. De manera ideal, un intérprete*



*procedente del país de la víctima conoce el lenguaje, las costumbres, las tradiciones religiosas y otras creencias que deberán ser consideradas durante la investigación.”*

(Protocolo de Estambul §235, §261)

Summerfield (2000 en Baykal, 2004), considera que cada cultura y grupo humano posee sus propias creencias y tradiciones, que en conjunto establecen el marco referencial para establecer los criterios de salud mental y expresión psicoafectiva.

Existe una importante crítica a los sistemas de diagnóstico y clasificación psicopatológica, alegándose la pérdida de validez de contenido cuando pretenden aplicarse en una cultura distinta de la que fueron creados, ya que ignoran de facto los sistemas de creencias y significado de las personas. *“El médico o psicólogo evaluador debe intentar, tanto como sea posible, relacionarse con el sufrimiento mental en el contexto de las creencias y normas culturales del individuo. Ello incluye el respeto por los contextos políticos, así como por las creencias culturales y religiosas (...). De manera ideal, el adoptar una actitud de aprendizaje informado más que de urgencia por diagnosticar y clasificar, va a comunicar al individuo, cuyas molestias y sufrimientos están siendo reconocidas como reales y esperables bajo esas circunstancias”* (Protocolo de Estambul §239).

Es a partir de esta actitud de aprendizaje informado, que se posibilita el encuentro con la víctima de tortura, posibilitando una comprensión más allá del discurso y muy alejada de lo sindromático; pero paradójicamente la única forma de establecer este encuentro, es partiendo de la palabra, por lo que el punto de partida es cuidar el desarrollo de la entrevista.

### **La entrevista clínico psicológica.**

Menciona Quiroga (2007), que el objetivo central de la entrevista en una investigación de tortura es; correlacionar la historia vivida por quien presuntamente ha sufrido tortura con los





hallazgos del médico y psicólogo para poder evaluar el daño sufrido y comunicar los resultados.

La investigación de un caso de tortura, es un trabajo multidisciplinario, por lo que es fundamental que cuando se realice la entrevista esté presente todo el equipo investigador, tanto para obtener la máxima eficiencia de la información proporcionada por la víctima, que cada uno de los miembros del equipo adquieran un conocimiento lo más profundamente posible de la persona y evitar al máximo la victimización secundaria.

Se considera que una entrevista psicológica es una relación directa entre dos o más personas, que tiene como finalidad la obtención de información por parte del entrevistado; se genera una situación de intercambio fundamentalmente verbal.

Dentro de la práctica clínico psicológica, se considera como el método fundamental, para el conocimiento e investigación de la situación vital de un paciente. La entrevista dada su importancia metodológica, se constituye como el eje en torno al cual se articulan el resto de las técnicas de exploración clínica. Por lo que siempre se conforma como una situación delimitada por objetivos específicos y una formalidad de procedimiento.

Existen tres tipos fundamentales de entrevista: la estructurada, semiestructurada y no estructurada. La primera se fundamenta en una guía de preguntas cerradas, mientras que en la segunda el entrevistador puede modificar la estructura de la guía e incluso profundizar en algún tema relevante; en la tercera, el entrevistador llega con un objetivo específico y las preguntas se formulan a partir del desarrollo del encuentro.

En una entrevista clínico psicológica, se ponen en juego tanto contenidos verbales como no verbales, por lo que el clínico debe utilizar la escucha, la observación y su lenguaje corporal para establecer una relación integral con el entrevistado y captar la mayor cantidad de información posible.



El entrevistador debe ser empático, con una gran capacidad de escucha, tener la capacidad para generar un ambiente de confianza y relajamiento lo más rápido posible, ejercer una escucha activa, ser honesto y transparente ante la víctima y un profundo respeto y apertura hacia posturas filosóficas, religiosas y/o políticas.

### **Posibles reacciones transferenciales, contratransferenciales y téticas.**

Al establecer la relación con la víctima de tortura, como se mencionó previamente, es fundamental la conformación de una relación de encuentro; pero también existe el riesgo de que aquellos núcleos no trabajados de la personalidad del clínico, se identifiquen con la personalidad, situación y sufrimiento de la víctima, lo que redundaría primariamente en una pérdida de la capacidad de mirar a la persona evaluada; y hasta un profundo impacto en la salud mental y física del profesional. De ahí que hay que considerar cuidadosamente las reacciones téticas, transferenciales y contratransferenciales.

*“Las reacciones personales del sobreviviente de tortura hacia el entrevistador (y el intérprete, si se le incluye en el arreglo) pueden causar un efecto sobre el proceso de la entrevista y, a la vez, sobre el resultado de la investigación. De manera semejante, las reacciones personales del investigador hacia la persona pueden afectar también el proceso y el resultado de la investigación. Es importante examinar los obstáculos a la comunicación efectiva y entender cuál de esas relaciones personales puede influir sobre la investigación (Protocolo de Estambul §147).*

*“Los clínicos que conducen evaluaciones físicas y psicológicas deben estar conscientes de las reacciones emocionales potenciales en el entrevistador y el entrevistado que puedan ser provocadas por las evaluaciones de trauma severo. Estas reacciones emocionales se conocen como transferencia y contra-transferencia. La transferencia se relaciona con los sentimientos que tiene un examinado hacia el clínico que se relacionan con las experiencias pasadas pero se malinterpretan como dirigidas personalmente contra el clínico. En adición,*



*las respuestas emocionales del clínico al sobreviviente de tortura, conocidas como contra-transferencia, pueden afectar la evaluación psicológica. La transferencia y la contra-transferencia son mutuamente interdependientes e interactivas”* (Protocolo de Estambul § 264 ).

Refiere Laplanche (2004), que la transferencia es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad; mientras que la contratransferencia se refiere a un conjunto de las reacciones inconscientes del [clínico] frente a la persona del analizado [evaluado] y, especialmente, frente a la transferencia de éste.

Desde la perspectiva de la exploración profunda de los efectos de la tortura sobre la persona, nos parece importante agregar que el enfoque del clínico no solo debe centrarse en las reacciones transferenciales y contratransferenciales para enriquecer sus elementos de interpretación, sino también en los fenómenos de la proyección, identificación y telé.

Refiere Laplanche (2004), sobre la proyección, que el clínico no debiera asimilar la transferencia en su conjunto a una proyección, pero si que la proyección puede intervenir en la transferencia.

*“En sentido propiamente [psicológico], [la proyección es una] operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso «objetos», que no reconoce o que rechaza en sí mismo. Se trata de una defensa de origen muy arcaico que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento «normales», como la superstición.”*

Mediante la proyección, es posible que de un modo profundo las estructuras o rasgos esenciales de la personalidad, aparezcan en el comportamiento manifiesto.



La tortura activa los más profundos y arcaicos mecanismos de la persona, por lo que como refiere Freud (1915), la persona puede recurrir a la proyección para protegerse de aquellos sentimientos despertados en su interior a partir de la situación traumática, reaccionando como si estos provinieran del exterior; ya que esta sirve como un dispositivo que permite fijar y descargar estados psíquicos de sufrimiento difuso.

Por su parte el clínico debido a conflictos personales, falta de entrenamiento y/o pericia, puede identificarse con la víctima de tortura, generando reacciones contratransferenciales que afectan directamente el estado psico-emocional de este y obstruyen su capacidad para comprender e interpretar la situación del paciente y en su caso emitir una opinión clara y objetiva

Se entiende que la identificación (Laplanche 2004), es un proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste.

Por lo que el clínico puede identificarse con la vulnerabilidad y situación de transgresión de la víctima, generándole profundas reacciones traumáticas y defensivas.

A pesar de tener en cuenta los elementos anteriores, tanto para la salud mental del clínico, del paciente y la efectividad del proceso de investigación, resulta fundamental que el entrevistador mantenga siempre la capacidad de apertura, relación y libre interacción; por lo se debe tomar una postura que favorezca o facilite la telé entre los entrevistadores y la víctima de tortura.

Es posible entender la telé (Bezanilla 2011), como una capacidad de la persona para establecer un encuentro profundo con el otro, siendo este bidireccional y espontaneo; lo que posibilitará una comprensión de la situación existencial entre los interactuantes.

En la medida en que durante el proceso de entrevista y valoración se establezca entre los actores una relación de telé, será posible para el clínico identificar y en su caso minimizar



reacciones proyectivas, identificatorias, transferenciales y contratransferenciales; que pudieran obstaculizar el proceso.

En caso contrario, es posible que *“El impacto potencial de las reacciones de transferencia sobre el proceso de evaluación se hace evidente cuando se considera que una entrevista o examen que incluye el recuento y el recuerdo de los detalles de una historia de trauma resulta en la exposición a recuerdos, pensamientos y sentimientos dolorosos e indeseados. Por eso, aun cuando un sobreviviente de la tortura pueda dar su consentimiento a una evaluación con la esperanza de beneficiarse por ella, la exposición resultante puede ser experimentada a la luz del propio trauma.”* (Protocolo de Estambul §265).

### **Factores que producen inconsistencia en un relato de tortura, tratos crueles, inhumanos y/o degradantes.**

Menciona Baykal (2009), que los supervivientes de tortura pueden presentar dificultades para recordar y relatar detalles importantes y acontecimientos que experimentaron durante los hechos de tortura; debido a:

- Alteraciones de la memoria ocasionadas por estrés postraumático, depresión, ansiedad, lesión cerebral, mecanismos de disociación o desequilibrio electrolítico.
- Las situaciones de tortura generalmente se elaboran de manera confusa intencionalmente, con el objetivo de desorientar a la víctima en las distintas esferas para que esta proporcione información errónea.

De ahí que se identifiquen diversos factores que pueden obstaculizar el recuerdo y el relato de una situación de tortura:

- Los relacionados con la experiencia de tortura: a) Factores durante la propia tortura, como el vendaje de los ojos, la aplicación de drogas, pérdida de consciencia, etc.; b) desorientación espacio-temporal durante la tortura debido a la naturaleza de la tortura o a un estrés extremo experimentado durante la tortura; c) lesión neuro-psiquiátrica de



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

- Los relacionados con el impacto psicológico de la tortura: a) 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; b) algunos mecanismos de afrontamiento que pueden ser protectores en estas circunstancias concretas, como negación y evitación; c) otros síntomas psicológicos, como dificultades en la concentración, fragmentación o represión de memorias traumáticas, confusión, disociación o amnesia y d) gran agitación emocional.
- Los factores relacionados con la cultura: a) diferencias culturales en la percepción del tiempo; b) sanciones prescritas por la cultura que sólo permiten revelar experiencias traumáticas en contextos altamente confidenciales; c) sentimientos de culpa o vergüenza.
- Factores relacionados con la entrevista: a) temor de colocarse uno mismo o a otros en situación de riesgo; b) falta de confianza en el clínico evaluador y/o en el intérprete; c) falta de sensación de seguridad durante la entrevista; d) obstáculos ambientales como falta de privacidad, incomodidad del lugar de la entrevista, tiempo inadecuado de la entrevista. e) obstáculos físicos tales como dolor u otras incomodidades, fatiga, déficit sensoriales; f) obstáculos socio-culturales como el sexo del entrevistador, el idioma y diferencias culturales; g) obstáculos debido a reacciones de transferencia/contratransferencia durante la entrevista; h) entrevistas mal dirigidas y/o mal estructuradas.



Resulta de vital importancia que el clínico considere todos estos factores antes de iniciar la valoración de la víctima de tortura, especialmente aquellos que está en sus manos controlar; además de anticiparse a aquellos que sobre los que no tiene control, ya que esto reducirá enormemente las inconsistencias en el relato y permitirán que la evaluación resulte válida y consistente.

### **Principios éticos de la valoración psicológica.**

Los principios éticos en la práctica médica y psicológica pretenden ante todo salvaguardar la integridad de la persona, partiendo de los principios de vida, función y estética.

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). Para el logro de lo anterior, resulta importante que el clínico se adhiera a los siguientes principios:

- A. **Privacidad** – El clínico debe establecer y mantener la privacidad durante la entrevista. La evaluación debe realizarse en una habitación privada y se debe registrar en el informe la presencia de personas ajenas.
- B. **Seguridad** – A partir de una clara evaluación del contexto, se deben tomar las medidas de salvaguarda pertinentes para garantizar la seguridad del paciente. Se deberán tomar todas las precauciones para asegurarse de que no se ponga en peligro al entrevistado.
- C. **Confianza** – Obtener la confianza es crucial; sin embargo, es más importante aún no traicionar dicha confianza, incluso de forma involuntaria.
- D. **Confidencialidad y consentimiento informado** – 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 quien debe ser claramente informado de cualquier límite de la confidencialidad de la evaluación. Los clínicos



deberán obtener el consentimiento informado antes de llevar a cabo cualquier evaluación.

Vale la pena resaltar que más allá de considerar los principios éticos de la valoración psicológica en casos de tortura como prescripciones provenientes de un código, el clínico debe valorar su situación personal y postura subjetiva primeramente ante el tema, ante si mismo y sus núcleos personales no resueltos además de la posición que tomará ante la persona que valorará, ya que de eso dependerá realmente la pulcritud ética de la valoración.

### **Consideraciones finales.**

La tortura es una de las violaciones más graves de la integridad a que se puede ver expuesta una persona; con efectos profundos y duraderos tanto a nivel individual, familiar, comunitario, social y transgeneracional; de ahí la preocupación de la comunidad internacional por que los Estados velen por su erradicación, e inviertan todos los recursos a su disposición para prevenir, investigar, perseguir, castigar y reparar aquellos de esta naturaleza que se desarrollen dentro de sus territorios.

En México se ha visto que fundamentalmente la tortura es realizada por agentes policíacos del estado, pretendiendo implicar a las víctimas en situaciones delictuosas, caracterizándose principalmente por castigos corporales cómo golpes, empleando la asfixia mediante bolsas de plástico o húmeda, además de los choques eléctricos cómo métodos fundamentales; siendo las técnicas psicológicas empleadas de manera implícita a la situación.

La Organización de las Naciones Unidas desarrolló en 2001 y revisó en 2004 el “Protocolo de Estambul” que es un manual elaborado para lograr una documentación eficaz que permita a los Estados proteger a los individuos contra la tortura; dentro del proceso de investigación la valoración psicológica representa un papel central y fundamental, ya que las secuelas de esta son profundas y abarcan todas las esferas de la vida de las personas, además de que





los torturadores han desarrollado algunas estrategias que les permiten infringir el máximo dolor y daño con un mínimo de marcas y evidencias físicas.

La preparación tanto teórica, técnica y personal del clínico evaluador en este tipo de casos resulta fundamental, ya que además de la relevancia social de la tortura, existen implicaciones personales, siendo posible re-victimizar a la persona evaluada, que el clínico se vea sometido a un intenso estrés emocional y desarrolle el síndrome del *burnout*, pierda de vista aquellos factores culturales que pueden mediatizar la expresión y reacciones emocionales de la víctima.

El elemento básico para la valoración psicológica de una víctima de tortura, es la entrevista; para aquellos clínicos noveles, es recomendable que desarrollen una entrevista estructurada o semi estructurada sin perder de vista que el objetivo fundamental para la mejor valoración de la persona lo constituye la posibilidad de establecer un encuentro télico; para aquellos con más experiencia, es posible realizarla de forma abierta, teniendo en cuenta los rubros principales considerados por el Protocolo de Estambul.

No siempre cuando se presentan inconsistencias dentro de un relato de tortura y las técnicas de valoración psicológica, significa que la persona esté mintiendo; es importante considerar todos los factores relacionados con la experiencia misma de la tortura, aquellos relacionados con el impacto psicológico de esta, aquellos culturales, además de aquellos inherentes a la propia entrevista y la posición del clínico.

La ética inherente a la valoración psicológica a víctimas de tortura, más allá de tener relación con los códigos deontológicos, se refiere a la posición subjetiva que ocupa el clínico ante el tema, su compromiso con su propio proceso terapéutico y de desarrollo personal, los factores télicos, transferenciales y contratransferenciales derivados de la relación con el paciente; así como la experiencia clínica y formación académica y profesional; que permitirán que este pueda emitir una opinión clínica que le posibilite a las instancias investigadoras determinar la naturaleza de la queja y los efectos que esta ha tenido sobre el sujeto.



## Referencias.

- Baykal, T.; Schlar, C.; Kapkin, e. (2004) Evidencia Psicológica de Tortura: Una guía práctica del Protocolo de Estambul para Psicólogos. International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhagen Dinamarca.
- Bezanilla, JM (2011) Sociometría: un método de investigación psicosocial PEI Editorial , México.
- Calle-Fenández, S. (2004) Consideraciones sobre la victimización secundaria en la atención social a las víctimas de la violencia de género Revista Portularia No. 4 Universidad de Huelva, España.
- David Fernández Puyana (2005) La Noción De Tortura Y Otros Tratos O Penas Crueles, Inhumanos O Degradantes En El Marco Del Comité De Derechos Humanos Y El Comité Contra La Tortura De Las Naciones Unidas American University International Law Review 21, No. 1.
- Enriquez-Sam, J; *et al.* (2004) Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul para Psicólogos y Médicos. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Dinamarca.
- Freud, S. (1915) Lo inconsciente en : Obras Completas XCI, Amorrortu editores, Buenos Aires Argentina.
- Freudenberger HJ. (1974) Staff burnout. Journal of social sciences No. 30.
- Instituto Nacional de Ciencias Penales (2004) Manual de Justicia para víctimas: Sobre el uso y aplicación de los principios fundamentales de justicia para víctimas del delito y del abuso del poder Instituto Nacional de Ciencias Penales , México.



- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2004) Diccionario de psicoanálisis Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis : bajo la dirección de Daniel Lagache.- 1' ed. 6' reimp.- Buenos Aires : Paidós.
- Lira, E. (2004) Consecuencias psicosociales de la represión política en Psicología y Derechos Humanos Eds. Luis de la Corte, Barcelona.
- Maslach, C. (1976) "Burn-out". Human behaviour, vol.5, nº 9.
- Mendéz, J. (2014) Conclusiones Preliminares. Visita a México del Relator Especial de Naciones Unidas Sobre la Tortura y otros tratos crueles inhumanos o degradantes. ONU, Suiza.
- Neumann, E. y Erazo, R. (1992) Significado psicosocial de la Tortura, ética y reparación. en Derechos Humanos, salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional. CINTRAS, Santiago de Chile.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2001) Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes "Protocolo de Estambul"; Ginebra.
- Pines, A.; Aronson, E. (1988) Career burnout. New York: Free Press.
- Quiroga, J. (2007) Técnica de entrevista con víctimas de tortura: la investigación de la historia del trauma. en Consideraciones para la Investigación y Documentación de la Tortura en México. Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; México.
- Ricardo Hernández Forcada y María Elena Lugo Garfias (2004) Algunas notas sobre la tortura en México, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Turnes, AL. (2002) La salud mental de los médicos. C.U.D.A.S.S. Octubre.



### III. CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE LA TORTURA<sup>5</sup>.

#### A manera de introducción.

Previamente hemos caracterizado a la Tortura como una de las más graves violaciones a los Derechos Humanos (DDHH) en los que pueden incurrir las instituciones o agentes del estado, además de presentar diversas definiciones de esta, el impacto familiar y psicosocial que tiene, la importancia de la efectividad en la valoración para prevenir la re-victimización del evaluado, lo relevante de las estrategias de autocuidado de los equipos de investigación, lo fundamental de la valoración psicológica en la investigación de estos casos, el efecto que puede tener en las personas y en los resultados de la investigación las posibles reacciones transferenciales y contra-transferenciales generadas entre los participantes de la valoración; así como la importancia de fomentar al máximo el establecimiento de una telé positiva para minimizar los efectos de estas reacciones, algunos factores que el clínico debe tener presentes para minimizar las posibles inconsistencias dentro de la valoración y el relato de los hechos realizada por el paciente, aquellos principios y posturas éticas que deben considerarse antes de realizar la valoración; así como la preponderancia de la entrevista como la técnica principal de recolección de información sobre el relato de los hechos del evaluado, así como aquellos factores relevantes para la evaluación.

En el presente nos enfocaremos en trabajar sobre aquellas consideraciones técnicas que se deben tener en cuenta para garantizar la validez y confiabilidad de la valoración psicológica sobre posible tortura, particularmente porque esta además de pretender la veracidad del relato de los hechos del paciente, ponderar el efecto de estos sobre la persona, su familia e incluso su comunidad; generalmente los resultados de esta pueden emplearse como un instrumento jurídico para la defensa de la víctima y acusación de los agentes torturadores.

---

<sup>5</sup> Una primera versión de este trabajo, fue publicada en el XV CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.COM “INTERPSIQUIS 2014”.



Menciona el Diccionario de la real academia española que la validez como cualidad de lo válido se refiere a la firmeza y subsistencia de algo, que debe valer legalmente; mientras que la fiabilidad o confiabilidad, se refieren a que algo es creíble, fidedigno o sin error.

En el campo de la investigación del comportamiento y la psicología, (Kerlinger, 2001) menciona que la validez tiene que ver con que se mida lo que se está midiendo, es decir que en el caso de una evaluación de posible tortura, realmente utilizemos el método, las técnicas e instrumentos adecuados para explorar esto y no otro fenómeno psicológico.

¿Está nuestra evaluación abarcando de manera representativa las posibles manifestaciones psicológicas que puede manifestar una persona que haya estado expuesta a Tortura?, ¿la valoración que vamos a realizar es suficientemente amplia y profunda con los recursos y tiempo que contamos?; las respuestas a estas preguntas son sumamente relevantes, ya que de ellas dependen que nuestra exploración sea válida en su contenido, y que mediante las técnicas e instrumentos que empleemos para realizarla, capturemos de manera significativa aquellas manifestaciones psicológicas cuando la persona estuvo expuesta a tortura; o que podamos descartar el alegato en caso de que este sea falso.

¿Las técnicas e instrumentos que estamos empleando nos permiten determinar la relación entre las manifestaciones psicológicas observadas en el evaluado y la concordancia con el relato de los hechos de tortura?; la respuesta a esta pregunta nos permite garantizar la validez de criterio de nuestra evaluación, particularmente para determinar la pertinencia de los instrumentos empleado y la manera para el procesamiento de los datos clínicos y del relato de los hechos de tortura; especialmente para afirmar en la manera de lo posible si el relato de los hechos de tortura es consistente con la forma y evolución de las manifestaciones psicológicas y psicopatológicas de la persona evaluada.

¿Las técnicas e instrumentos empleados en nuestra evaluación permiten determinar si las manifestaciones psicológicas que presenta una persona en un momento determinado derivan de haber sido víctima de tortura?; desde nuestra perspectiva esta es la pregunta más difícil



de responder, aunque la más relevante, particularmente por las implicaciones éticas, epistemológicas, teóricas y técnicas que conlleva.

Si la respuesta a la pregunta anterior no es afirmativa; ¿entonces qué sentido tendría que realizarse la evaluación?; de ahí que en primera instancia es fundamental que el clínico además del equipo entero de investigación, tenga plenamente claro el concepto de tortura, para que de ahí pueda planearse la investigación y por ende se tenga claridad en la manera como se abordará a la persona, para obtener una evaluación lo más confiable, exponiéndola al menor estrés posible; el desarrollo subsecuente del presente girará en torno a aquellos aspectos teórico-técnicos que permitan garantizar la mayor validez de constructo, pretendiendo reducir al mínimo los factores de error.

### **Observación y recolección de datos.**

La observación es la primera herramienta y la más importante tanto en la clínica como en la investigación del comportamiento, de ahí que para la evaluación de una posible víctima de tortura, resulta una herramienta y habilidad fundamentales, ya que de ella dependerá que el clínico aprehenda los elementos más importantes del estado psicológico, emocional y mental de la persona evaluada, los principales rasgos de personalidad, así como la congruencia objetiva y subjetiva de los elementos antes mencionados con el relato de los posibles hechos de tortura.

Para la realización de una adecuada observación, es necesario que se registren los hechos tal cual están ocurriendo, sin ningún intento de explicarlos, interpretarlos o darles un sentido, ya que eso sesgaría o alteraría los hechos o fenómenos observados; por lo que desde el primer momento, el clínico debe estar atento con sus sentidos para captar “toda” la información que el evaluado proporcionará desde que inicie la evaluación hasta que este se retire del recinto donde esta se realice.



Para que la observación realizada por el clínico cuente con un fundamento clínico-científico, es necesario que esta se realice partiendo de un objetivo específico, sea planificada y sistemática, sea controlada y esté sujeta a una comprobación de confiabilidad y validez.

Sullivan (1964) mencionó que desde la perspectiva clínica, la entrevista es una interacción social, de la que el entrevistador no puede abstraerse, ya que este observa con toda su personalidad, por lo que resulta un acto de observación participativa, en el que desde el inicio hasta el final se dan distintos niveles y tipos de interacciones entre los participantes, por lo que el psicólogo debe captar con todo su ser estas para en un momento posterior poder significarlas en el contexto de la valoración.

Refieren Villarroel y Leiva (2006), que la observación participante pretende mirar el fenómeno desde “adentro” de su ocurrencia, por lo que permite al investigador obtener datos subjetivos y de significado sobre el comportamiento de las personas o grupos observados de manera sistemática y no intrusiva obteniendo de los participantes sus descripciones de la realidad y los conceptos en torno a los que se organiza su mundo.

Para Kerlinger (2001) toda técnica de observación, permite única y exclusivamente la realización de inferencias sobre el comportamiento, de ahí que en todo momento se encuentre en duda la validez de las observaciones, particularmente por los factores asociados al observador que pueden debilitar la objetividad del proceso; de ahí que resulta importante apoyar la observación directa con otras técnicas que permitan brindar una mayor sistematización al proceso; cómo los son las entrevistas con sus correspondientes guías, cuestionarios, escalas y en su caso pruebas.

En el caso particular de la observación realizada por el clínico en el contexto de una valoración de un posible caso de tortura, puede considerarse como un procedimiento científico con base en lo anterior; dado que su objetivo es observar todas aquellas manifestaciones de que la persona evaluada haya estado expuesta a una situación traumática que pueda ser considerada como tortura, se planifica en un momento y espacio



determinado; es sistemática dado que se pretende ubicar aquellos signos clínicos de trauma, conlleva una validación de pares dado que se hace de manera colegiada y multidisciplinaria y es posible determinar la presencia o ausencia de los signos clínicos buscados; por lo que su principal debilidad, y como lo refiere la literatura es la que implica al observador, ya sea por cuestiones particulares al momento de la observación, falta de pericia o entrenamiento o reacciones contra-transferenciales que puedan sesgar el proceso.

Con base en las posibles debilidades de la observación, es que se emplean otras técnicas para la recolección de información y la exploración del estado mental y afectivo del evaluado; siendo la entrevista otra de las principales, a la cual nos referimos brevemente en la sección antecedente aunque en el presente profundizaremos sobre el tipo y características de esta en el caso que nos ocupa, además de que esta se ve apoyada por una batería de instrumentos psicológicos que pretenden reducir al mínimo el índice de error en la evaluación para que esta mantenga el mayor nivel posible de validez.

### **La entrevista clínica o Psiquiátrica.**

Para Kerlinger (*idem.*) la entrevista es una situación interpersonal en donde el entrevistador plantea al entrevistado preguntas pertinentes para obtener respuestas relativas al problema de investigación; además de que esta puede ser estructurada o no estructurada; en el caso que nos ocupa, en general la entrevista se realiza en tres etapas bien definidas.

En la primera que puede ser conocida como la exploración jurídico legal, el evaluado proporciona al equipo de investigación sus datos generales y realiza el relato de los hechos especificando las circunstancias de modo tiempo y lugar en que se realizó la situación de tortura; es posible considerar esta etapa como un relato libre, en el que la intervención del equipo solo se da para puntualizar aspectos del relato que pudieran ser ambiguos o confusos, teniendo en mente las preguntas ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Cómo? ¿Cuándo?, ¿Por qué? y ¿Para qué?; por lo que puede considerarse que se realiza una entrevista no estructurada.





En este punto vale la pena recordar que la valoración psicológica comienza desde que el clínico es informado del caso, ya que tendrá contacto con un abogado, médico, familiar o la misma víctima; y en este momento se ponen en marcha mecanismos psicológicos con los que comienza a prepararse para la evaluación.

Es muy probable que la persona que informe al clínico, le realice un relato sobre las condiciones generales de la situación de tortura, por lo que este deberá estar muy atento a las primeras reacciones que esto le genere, ya que estos elementos le serán fundamentales al intentar interpretar y significar los datos recolectados durante la valoración; teniendo claro que una situación de tortura abre la puerta a lo siniestro; y es fundamental que el clínico identifique sus pensamientos y reacciones emocionales ante la emergencia de esto.

Retomando la entrevista, vale la pena considerar lo que menciona Quiroga (2007), en torno a que el objetivo central de la entrevista en una investigación de tortura es; correlacionar la historia vivida por quien presuntamente ha sufrido tortura con los hallazgos del médico y psicólogo para poder evaluar el daño sufrido y comunicar los resultados.

Por su parte Baykal *et al* (2004) mencionan que 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*”.

El primer rubro que debe llenarse, es la ficha de identificación del paciente, que permitirá contar con los principales datos sociodemográficos de este (tabla 1.).

Tabla 1. Datos sociodemográficos del evaluado en casos de una valoración psicológica de posible Tortura.

<b>Sexo.</b>	<b>Fecha de nacimiento (día, mes y año):</b>
<b>Nacionalidad:</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>Originario de:</b>	<b>Radicado en:</b>



<b>Escolaridad:</b>	<b>Ocupación:</b>
<b>Religión:</b>	<b>Documento de identificación de la persona examinada:</b>
<b>De origen étnico minoritario:</b>	<b>Nombre de la etnia:</b>
<b>Idiomas que habla la persona examinada:</b>	
<b>Lengua materna: _____ Domina el español: _</b>	
<b>Nombre del intérprete, en caso de que la persona examinada no hable o domine el español.</b>	

Considerando además la fecha, hora y lugar de aplicación, persona o institución que solicita la valoración, si existe un número de expediente o algún código de identificación del paciente; incorporando también los nombres de las personas presentes durante la aplicación, así como los datos de identificación del equipo interdisciplinario, en su caso anexar el documento de consentimiento informado y si el avaluado estuvo restringido de alguna manera.

Posterior a la recolección de la ficha de identificación del paciente, se procede a recabar el relato completo de los hechos de tortura, *“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).*

Es a partir de la recolección de la historia de tortura, que el equipo de investigación puede determinar la magnitud del daño; además de que al ser este un procedimiento forense, el



paciente debe aceptar la realización completa de este para que a partir de ahí se pueda dar curso a la investigación.

En estas circunstancias, pueden surgir problemas que dan lugar a la distorsión en la calidad de la información, como ocurre cuando se encuentra con la simulación, exageración u ocultamiento de los síntomas o hechos.

La simulación ocurre cuando la persona declara síntomas inexistentes o atribuye a la tortura secuelas físicas producidas por otros traumas por razones de beneficio personal. Esto puede ocurrir en personas solicitando asilo político, o en la defensa criminal de una persona que declara haber confesado un crimen bajo tortura.

En cambio, el ocultamiento ocurre cuando la víctima no declara ciertos traumas por vergüenza o humillación, como ocurre frecuentemente en casos de agresión sexual. El entrevistador debe estar consciente de estas posibilidades y desarrollar la entrevista de tal forma que se puedan minimizar estos riesgos (Quiroga 2007).

De igual manera la persona torturada puede no revelar su experiencia aun cuando haya sido obligada por la tortura a confesar. Estas situaciones sólo se pueden aclarar con una investigación completa que incluye la documentación médica psicológica, pero que no se reduce a ello. Las circunstancias del evento pueden ser verificadas mediante la constatación de hechos extrínsecos del suceso, y este trabajo es obligación del que investiga el delito de tortura<sup>6</sup>.

Para prevenir la re-victimización y no angustiar al paciente, resulta útil que la historia del trauma se realice por etapas progresivas, situación que permite que se vaya estableciendo un vínculo empático entre el paciente y el equipo de investigación.

---

6 Ver el "Informe del Diagnóstico sobre El acceso a la justicia para los Indígenas en México. Estudio de Caso en Oaxaca", capítulo sobre El Derecho a la seguridad e integridad personal y a la libertad. (2006) disponible en [www.hchr.org.mx](http://www.hchr.org.mx) (*Ídem.*).



De ahí que hay que comenzar con una exploración superficial, lo que permitirá tener una idea general de la forma y cronología de los acontecimientos.

En un segundo momento, se solicita al paciente que profundice en los detalles de cómo sucedieron los hechos, particularmente las circunstancias de modo, tiempo y lugar.

Para contar con validez de contenido, el historial sobre tortura y malos tratos, es fundamental que presente los siguientes rubros (IRCT 2007):

- *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; 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 (familiares, 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).

En la segunda etapa, se lleva a cabo la exploración médica, siendo aquí en la que se construye el historial médico, se toma nota de padecimientos crónico degenerativos, se toman los signos vitales, se exploran señas particulares y en su caso posibles secuelas agudas y/o crónicas de los hechos de tortura narrados; por lo que esta puede considerarse una entrevista estructurada; dentro de esta etapa se recolectan los antecedentes psiquiátricos si los hubiera.

Es muy importante explorar cuidadosamente cualquier tipo de antecedente psiquiátrico o psicológico, así como los tratamientos que se hubieran recibido en su caso, ya que si existiera alguna alteración psico-emocional, habría que documentar extensamente las secuelas en el estado emocional y mental del paciente derivadas de los hechos de tortura; así como para que se retome el tratamiento que en su caso estuviera recibiendo.

Un rubro específico que marca el “Protocolo de Estambul”, es el que se refiere a los “SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS E INCAPACIDADES REFERIDAS”, en el que su objetivo principal, es documentar el estado actual del paciente, por lo que deben registrarse y explorarse todos los síntomas que se han manifestado desde los hechos de tortura, los afectivos, cognoscitivos y conductuales.



Para cada uno de los síntomas debe realizarse una profunda exploración de su momento de aparición, evolución, fluctuaciones, contenidos y características.

Siempre deben tenerse en cuenta para significar los síntomas las características y efectividad de las estrategias adaptativas del paciente, las mal adaptativas, así como los factores desencadenantes como los aniversarios, situaciones o lugares específicos.

Se deben formular preguntas específicas para los síntomas comunes derivados de la exposición a situaciones traumáticas, que comprenden los del estado de ánimos y de ansiedad.

Es de fundamental importancia la exploración de deseos de muerte e ideación suicida, particularmente si se detecta al paciente con síntomas depresivos o dificultades con el control de impulsos.

Esta segunda etapa se realiza de manera conjunta con el médico si es que este se encuentra presente, por lo que le sirve al psicólogo como un puente para reforzar la empatía e ir introduciendo al paciente a la valoración psicológica.

La tercera etapa es la que se considera la evaluación psicológica (propriadamente); siendo esta donde el clínico o especialista en salud mental toma un papel activo, pero no así el inicio de la observación y la entrevista, ya que estas inician desde el momento en que la persona llega al recinto donde se realizará la evaluación, y termina en el momento en que ya sea el equipo o el evaluado se retiran del lugar; además de que si el estudio se realiza en un lugar particular o domiciliario se debe observar cuidadosamente todo el contexto de ubicación y situación psicosocial del lugar, además de las condiciones y características de acomodo y ambiente dentro del domicilio, con el objeto de percibir la mayor cantidad de información posible sobre el estilo de vida y la personalidad del paciente.

Por lo anterior, se puede decir que el psicólogo en el caso de la evaluación que nos compete, asume dos tipos de roles, realiza dos tipos de observaciones y dos tipos de entrevistas; un



rol pasivo, una entrevista no estructurada y una observación no participante durante las dos primeras etapas de trabajo con la persona; y un rol activo una entrevista estructurada y una observación participante durante la tercera.

Por su complejidad y características, nos centraremos en profundizar en todas las actividades que realiza el clínico durante la tercera etapa; particularmente porque es donde va aterrizando y concretando toda la información que obtuvo durante las dos anteriores.

Uno de los principales teóricos de la entrevista clínica y psiquiátrica, fue Sullivan (1964), quien mencionó que además de los aspectos técnicos de la entrevista, un aspecto fundamental para el buen logro de esta, era la relación interpersonal que se estableciera con el paciente; situación que coincide con el establecimiento de una telé positiva como lo mencionamos con anterioridad (Bezanilla y Miranda 2013); situación que permitirá una mejor cooperación de este para que los datos obtenidos tengan una mayor validez y confiabilidad.

Además menciona que el lenguaje no verbal juega un papel sumamente activo, tanto en el entrevistador como en el evaluado, por lo que el clínico debe hacer un uso consciente de este para fomentar la comunicación activa del paciente, mientras que presta atención a sus propias reacciones autónomas que pueden indicarle posibles efectos contra-transferenciales.

Recalca Sullivan que el clínico debe ser un “artista de la escucha”, dado que dentro de su discurso está indicando sus principales manifestaciones sintomáticas; además de que es muy importante que se cuente con un adecuado control del tiempo de la entrevista, para que el evaluado se sienta relajado; situación que nos resulta particularmente importante dado lo impactante y ominoso del tema.

También menciona que hay que dejar de lado todas las tendencias de prejuicio que pudiera tener el clínico, ya que estas le impedirán realizar una observación clara de todas aquellas manifestaciones clínicas que realice el evaluado con su apariencia; por lo que de manera discreta hay que prestar atención a su peinado, corte de pelo, arreglo de uñas, limpieza y



cuidado de la vestimenta, signos de deterioro físico y todos aquellos aspectos que nos digan ¿quién es el paciente?

Otro aspecto importante, es la manera en cómo el clínico se dirige al paciente, dado que esto marcará la relación que se establecerá y facilitará o entorpecerá el flujo de la información y los contenidos afectivos, por lo que éste debe percibir intuitivamente si debe dirigirse de “tú”, o de “Usted”, además del tipo de lenguaje que deberá utilizar, ya que no es lo mismo dirigirse a un joven de menor edad, a una adulto mayor, a un indígena o campesino o a un profesionalista; por lo que además de lo anterior, Sullivan, recomienda que se siga en general un código verbal que incluya reducir lo más posible el empleo de tecnicismos, expresarse de una manera clara y comprensible, en su caso mostrar un conocimiento de la jerga clínica y evitar en la medida de lo posible todos aquellos conceptos que pudieran estereotipar al evaluado.

También hay que tomar en cuenta el comportamiento no verbal del paciente; por lo que hay que observar su expresión facial, su respiración, su postura, sudoración y todos aquellos signos que nos hablen de lo que está pasando en el interior del paciente mientras nos relata lo que le ha ocurrido, durante su historia de vida y mientras responde los instrumentos psicológicos.

Una vez mencionados aquellos aspectos básicos para la realización de una entrevista clínica, tocaremos aquellos rubros que deben explorarse con base en lo mencionado por el “Protocolo de Estambul”; siendo de vital importancia el trabajo sobre la historia del desarrollo del paciente, comenzando con los antecedentes familiares incluyendo si es posible un familiograma que permita tener una imagen gráfica de la estructura familiar del evaluado, así como una descripción realizada por este sobre aquellos aspectos más importantes y relevantes de su familia.

El siguiente punto de exploración es el que se refiere a las características de la personalidad de sus padres y de la crianza recibida, particularmente para poder observar aquellos





aspectos estructurales de la personalidad, así como la relación que este pudiera establecer con las figuras simbólicas de personalidad; además de la exploración de su percepción de sus relaciones filiales y de amistad, lo que permite conocer el tipo y características de los vínculos que posee y que puede establecer.

Otro rubro lo constituye la exploración de su grupo familiar de procreación, las características generales de cómo se conformó este, la etapa del desarrollo en que se encuentra, su dinámica general y las características de este.

Después de esto, se procede a indagar sobre el historial educativo y laboral, especialmente para conformar una idea de la manera en que el evaluado ha transitado por las instituciones y las características de su integración dentro de los núcleos sociales secundarios, en este punto resulta de particular importancia conocer la consistencia o inconsistencia de su desempeño, así como las causas de esto.

Este historial permite que el clínico establezca una línea base del desarrollo y funcionamiento del paciente, con el que se podrá establecer en su caso el posible impacto en todas las esferas de vida que pudiera tener la exposición a la tortura, además de los efectos psicopatológicos que se pudieran presentar.

En este sentido, vale la pena resaltar que como en toda valoración psicológica, el clínico deberá conjuntamente con la recolección de información sobre los hechos ocurridos, los antecedentes médico-psiquiátricos y el historial de vida del paciente; realizar el examen del estado mental.

El examen del estado mental consiste en una descripción de todas las áreas del funcionamiento mental del paciente. Ejerce la misma función para el clínico que la exploración física para el médico de atención primaria. Los clínicos siguen un formato estructurado en el registro de sus hallazgos. Posteriormente, estos datos se utilizarán para apoyar sus conclusiones diagnósticas (Vargas-Mendoza 2007).



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

Se incluye toda la serie de datos obtenidos durante el curso de la entrevista que da cuenta de diversos procesos parciales del funcionamiento psicológico.

Es una exploración cuidadosa de la forma en la que el sujeto percibe el mundo externo, que tan correctamente constata la realidad, que tan apropiadas son sus respuestas emocionales, que tan efectivamente organiza sus actos para alcanzar una meta determinada y proporciona un cuadro coherente del funcionamiento psicológico.

Dentro del examen del estado mental se evalúan las siguientes áreas:

- a) **Aspecto, actitud y conducta;** por lo que el clínico observe cuidadosamente la apariencia del paciente, la manera como viste, el estado de su ropa, la combinación o ausencia de esta, si presenta algún tipo de adorno o accesorio exagerado, si carece de algo; si se mantiene en una actitud colaboradora, inabordable, retadora, reticente, negativista, suspicaz, apático, entre otros; además si su comportamiento presenta algún tipo de movimiento estereotipado o tic, si es desorganizado o desinhibido.
- b) **Consciencia y orientación;** prestando atención a la relación del evaluado con el ambiente y con él mismo, observando si se encuentra hipervigilante, o existe una



sobre atención hacia el ambiente, si este se encuentra obnubilado, o con algún tipo de letargo, somnolencia o estupor; además de identificar si existe algún tipo de desorientación en el espacio, tiempo, persona o circunstancia; ya que esto puede indicar daño orgánico o algún tipo de alteración psiquiátrica.

- c) **Memoria;** observar si el paciente tiene la capacidad de registrar, retener y evocar la información sobre procedimientos domésticos cotidianos, así como sobre los acontecimientos relevantes de su vida; ya sea que ocurrieron en el corto, mediano o largo plazo.
- d) **Atención y concentración;** prestando atención a la capacidad del paciente a mantener su interés en alguna tarea como la realización de un dibujo o seguir el hilo de la entrevista.
- e) **Inteligencia;** formándose el clínico una impresión de esta y la capacidad del paciente para adaptarse al contexto en que se desenvuelve y resolver problemas en él; prestando atención al tipo de lenguaje que emplea, los referentes contextuales que pueda enunciar, su manejo de información general, así como su habilidad de estructurar y expresar sus argumentos.
- f) **Lenguaje;** este rubro es sumamente relevante, ya que el lenguaje se encuentra estrechamente ligado al pensamiento, además de ser la vía de expresión de este y una de las únicas manera para acceder a él; por lo que el especialista, debe prestar atención a la ausencia o presencia de este; a alteraciones en el tono, ritmo y velocidad; a algún tipo de estereotipias o afasias, o a cualquier otro indicio que pueda indicar que el paciente presenta algún tipo de alteración o daño orgánico.
- g) **Pensamiento;** aquí habría que enfocar la atención en la presencia de alteraciones en el curso del pensamiento; siendo este demasiado lento o acelerado, si presenta una forma lógica y coherente, o es tangencial o circunstancial, si hay prolijidad o es perseverante; además de alteraciones del contenido, ya sea en forma de delirios o



juicios distorsionados de la realidad, si la presencia de preocupaciones es congruente con la situación del paciente, si se presentan ideas falsas, sobre valoradas u obsesivas, fóbicas o pensamiento mágico. Si se detecta la presencia de un delirio o idea delirante, es necesario que se investigue el grado de implicación de este en la vida del paciente, la distancia de los contenidos delirantes con la realidad, la creencia de la realidad del delirio, el grado de desorganización del delirio y el grado de presión que el delirio ejerce sobre el paciente. Es necesario que el clínico preste especial atención a la presencia de ideas de muerte o suicidas, particularmente si el paciente manifiesta su intención de ejecutarlas, centrando la exploración en si existe una planeación y temporalidad para realizarlo, la letalidad del método pensado, la planeación o redacción de una nota suicida, si pretende transmitir un mensaje y espera ser salvado, si aceptaría ayuda y existen planes a mediano y largo plazo.

- h) **Percepción;** en esta área, habría que estar pendientes de la posible presencia de alteraciones perceptuales en cualquiera de los órganos sensoriales, particularmente si existiera la presencia de ilusiones, de despersonalización o desrealización; prestando especial atención a la presencia de alucinaciones, explorando de que tipo son o en que órgano se manifiestan, si estas son únicas o se presentan de varios tipos, además del contenido de estas.
- i) **Humor y afecto;** siendo que el estado de ánimo se refiere al tono sostenido y estable de sentimientos que prevalecen en el paciente, considerando como subjetivo el que verbaliza el paciente y el objetivo el observado por el entrevistador; siendo necesario prestar atención a la presencia de tristeza, euforia, irritabilidad, labilidad, ambivalencia, aplanamiento o incongruencia.

La relevancia de la exploración del estado mental es fundamental, dado que *“[e]l trauma y la tortura pueden, directa e indirectamente, dañar la capacidad funcional de la persona. Además, la tortura puede causar indirectamente pérdidas de funcionamiento e invalideces*



*cuando las consecuencias psicológicas de la experiencia alteran la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo, ganarse la vida, mantener a la familia y proseguir sus estudios. El clínico deberá evaluar el actual nivel de funcionamiento del sujeto interrogándole acerca de sus actividades cotidianas, su función social (como ama de casa, estudiante, trabajador), sus actividades sociales y recreativas y su percepción del propio estado de salud. El entrevistador pedirá al sujeto que evalúe su propia situación sanitaria, que hable de la presencia o ausencia de sentimiento de fatiga crónica y que comunique posibles cambios en su funcionamiento general” (Protocolo de Estambul, § 284). Además de que el impacto de los síntomas en la vida diaria puede ser altamente relevante para los procedimientos forenses y las preguntas de re-compensación de los casos de tortura (Baykal, 2009).*

Hasta este punto hemos hablado de los aspectos de validez de la valoración psicológica, así como de las principales técnicas de recolección de información de que dispone el clínico especializado que se encuentran íntimamente ligadas a su personalidad, experiencia y pericia; en el siguiente apartado abordaremos aquellas técnicas secundarias o auxiliares, que le permiten al clínico clarificar sus observaciones, y poder sostener sus argumentos en un contexto de derecho positivo.

### **Las pruebas psicológicas.**

Con relación a los instrumentos psicológicos, el “Protocolo de Estambul” refiere que *“[a]penas hay publicaciones acerca de la utilización de las pruebas psicológicas (pruebas proyectivas y objetivas de personalidad) en la evaluación de los supervivientes de la tortura. Además, las pruebas psicológicas de personalidad carecen de validez transcultural. Estos factores se combinan limitando gravemente la utilidad de las pruebas psicológicas para la evaluación de las víctimas de la tortura. En cambio, las pruebas neuropsicológicas pueden ser útiles para evaluar casos de lesiones cerebrales resultantes de la tortura. La persona que ha sobrevivido a la tortura puede tropezar con dificultades para expresar en palabras sus experiencias y síntomas. En ciertos casos puede ser útil utilizar listas de comprobación sobre acontecimientos traumáticos y síntomas. En los casos en los que el entrevistador llega a la*



*conclusión de que podría ser útil utilizar estas listas de comprobación, puede recurrir a numerosos cuestionarios, pero ninguno de ellos se refiere específicamente a las víctimas de la tortura” (Protocolo de Estambul, § 285).*

En el contexto de la valoración forense-institucional de casos de posible tortura, resulta útil la aplicación de escalas psicológicas y algunos instrumentos proyectivos, particularmente por el peso jurídico que tiene la resolución, pero en ningún momento substituye la apreciación clínica y análisis del especialista; siendo estas una herramienta.

Como menciona el Protocolo de Estambul, son muy escasos los instrumentos publicados para la valoración de situaciones traumáticas en general y en particular de tortura, y son aun menores los elaborados y estandarizados para población latina y menos mexicana, por lo que deben extremarse las precauciones de interpretación y hacer aplicaciones paralelas para minimizar el índice de error y conservar la mayor validez concurrente posible.

El alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2007), considera que la elección de los instrumentos psicológicos y psicométricos, debe realizarse de manera sumamente cuidadosa, debido a los problemas de validez y confiabilidad (antes mencionados), así como con los factores socioculturales, para lograr la aproximación más consistentemente posible al objeto de investigación (la tortura).

Los resultados de una investigación de tortura, deberán demostrarse con presteza, certidumbre y veracidad científica, que no dejen lugar a dudas.

De ahí que la batería de instrumentos con que se cuente para la valoración psicológica de una víctima de tortura, debe ser flexible y adaptable a las características situacionales y contextuales de los hechos y la persona.

Vargas-Duran (2010), refiere la existencia de una serie de instrumentos que se han desarrollado con la finalidad de evaluar los efectos de la violencia política y la tortura en las personas; considerando principalmente la prevalencia del trauma psicológico derivado de



estas situaciones, mencionando que existe un amplio consenso reportado en la literatura que existe una alta prevalencia de Trastornos por Estrés Postraumático (TEPT) agudo y crónico en las víctimas refugiadas y de violencia político-social.

Destaca citando a J. Boehnlein & Alarcon (2000), que los efectos de la exposición a situaciones traumáticas y sus secuelas, son fenómenos acumulativos y multidimensionales en el tiempo y espacio; no acotados a la ocurrencia del trauma y a un periodo temporal subsecuente, especialmente porque este impacta directamente en el sentido de *Sí* mismo (*self*) y la sensación de predictibilidad del mundo; por lo que la evaluación del impacto del trauma y sus efectos en el tiempo, resultan fundamentales para la documentación comprensión e intervención en este tipo de fenómenos.

Retoma a Hollifield, quién refirió a partir de una extensa investigación bibliográfica sobre la evaluación de salud mental y trauma en refugiados y víctimas de violencia política y social, que los dos instrumentos más utilizados y con los mejores criterios de validez y confiabilidad, son la Escala de Síntomas de Hopkins de TEPT (HSCL-25) y el inventario Beck para evaluar Depresión.

Además refiere que existen otros instrumentos desarrollados para la medición de trauma en refugiados; siendo el primero la Escala de Estresores de relación, desarrollado por Clarke, que según se reporta tiene una capacidad explicativa del 11.7% de la varianza para TEPT pero no para depresión; mientras que la Escala de Trauma de Guerra desarrollada por el antes referido, se enfoca en el auto informe de los evaluados de su exposición a situaciones potencialmente traumáticas, presentando aceptables indicadores de consistencia interna, validez y confiabilidad tanto para TEPT y Depresión con una explicación de la varianza del 15.4% y 6.7% respectivamente.

Por otro lado refiere que Silove desarrolló La Escala Dificultades de Vida Posmigratoria, que pretende medir la presencia de estresores en aquellas personas solicitantes de asilo; sin que exista la publicación de datos sobre su fiabilidad y validez.



En el caso del presente trabajo, y con base en la documentación y experiencia clínica, se propone una batería básica, que consideramos cuenta con los suficientes criterio de fiabilidad y validez, además de ser lo suficientemente flexible para ser aplicada en distintas situaciones y contextos; estando conformada por los siguientes instrumentos:

- **“Mini Mental Status Examination (Folstein) MMSE”:**
- **“Cuestionario para Trauma de Harvard”.**
- **“Cuestionario de Síntomas de Hopkins (C-25)”.**
- **“Inventario de la Depresión de Beck BDI”.**
- **“Inventario de la Ansiedad de Beck”.**
- **“Persona bajo la lluvia”.**

#### **“Mini Mental Status Examination (Folstein) MMSE”.**

El MMSE fue diseñado por Folstein et al en 1975, para cuantificar el grado de demencia o alteración del estado mental en pacientes con posibles diagnósticos neurológicos o psiquiátricos.

Se ha convertido en una de las herramientas de referencia en la búsqueda de alteraciones mentales y cognitivas (Giménez-Roldan et al, 1997), se ha encontrado que puede presentar sesgos derivados de la edad y el nivel educativo (Ostrosky-Solis et al, 1999).

Otro de los cuestionamientos, es el referente a la ausencia de un procedimiento estandarizado para su aplicación y calificación, situación que permitiría reducir el índice de error derivado del evaluador.

Giménez-Roldan (et al; 1997) propone un procedimiento estándar para su aplicación, dado que los errores en esta etapa pueden invalidar los resultados, afectando la evaluación por completo.

Vale la pena considerar que el instrumento presenta una sensibilidad aceptable en personas con más de 5 años de escolaridad, menores de 65 años y particularmente pertenecientes a





grupos sociales marginados, ya que aplicándolo en este espectro de población, se corre un alto riesgo que se presente un falso positivo.

Hay que hablar con vos muy clara y mirando directamente al paciente, pero con expresión suave, si emite una respuesta que no es la solicitada pero se considera válida, hay que anotarla para tenerla en cuenta durante la calificación e interpretación.

Las áreas que explora el MMSE son:

- **Orientación:** Esta subescala cuenta con 10 items, equivale a la tercera parte del peso de la evaluación, y explora la orientación del paciente en el espacio y el tiempo se aceptan respuestas ampliadas, es decir que respondan a la pregunta, pero que proporcionen más información como por ejemplo al interrogar sobre el día, y que proporcione el mes y año además. Si a los 15 segundos no responde se anota “no responde” y se cuenta como negativo.
- **Memoria inmediata:** Se deben repetir las palabras con claridad, a razón de una por segundo, hasta que el paciente las repita después del evaluador sin error, se esperan tres segundos para decirle al paciente “repítalo”.
- **Atención y cálculo:** la persona debe restar 100 menos 7 sucesivamente en cinco ocasiones, en caso de error, se anota la respuesta proporcionada y de le indica la correcta, y se le solicita que vuelva a restarle siete; se le puede dar al paciente que deletreé la palabra “mundo” al revés.
- **Recuerdo:** Se le solicita al paciente que repita los tres nombres que se le dijeron anteriormente, se puntúa correctamente si proporciona los nombres de manera desordenada y se resta un punto por cada error u omisión.
- **Lenguaje:** Se explora la capacidad de nombrar un objeto real, repetición verbal, comprensión de una orden verbal con tres pasos, lectura y escritura.



**Apraxia constructiva:** Se solicita al paciente que copie un cubo de tres dimensiones.

Dada la carencia de normas para la calificación de este instrumento para población mexicana y considerando lo propuesto por Ostrosky (1999) en lo referente a la edad y años de escolaridad, sería válido retomar normas latinoamericanas que con las reservas pertinentes, sirven como un soporte para la minimización de errores en cuanto a la interpretación de los resultados.

<b>Tabla 2. Puntajes del MMSE estratificados por edad y nivel educacional</b>						
EDUCACIÓN	(años)	< 45 años	46-55 años	56-65 años	66-75 años	> 75 años
< 5 años	Media (DE)	n/a	n/a	27,5 (1,5)	26,6 (1,2)	26,7 (2,4)
	Pje. de corte	n/a	n/a	24	24	22
5 a7 años	Media (DE)	28,8 (1,0)	29,2 (0,6)	28,6 (1,1)	28,4 (1,2)	27,6 (1,8)
	Pje. de corte	27	27	26	26	25
8 a 12 años	Media (DE)	29,1 (0,8)	29,2 (0,8)	28,8 (0,9)	28,8 (0,9)	28,1 (1,3)
	Pje. de corte	27	27	27	27	25
	Media (DE)	29,2 (0,7)	29,2 (0,8)	28,0 (0,9)	28,7 (0,9)	28,6 (0,9)
> 12 años	Pje. de corte	27	27	27	27	26



Retomado de: Butman, J.; et al. (2001) El "Mini - Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. Revista de Neurología Argentina, Vol. 26 No. 11 Buenos Aires.

**Tabla 3. Puntajes del MMSE estratificados por edad y nivel educacional**

EDUCACIÓN	(años)	16- 40 años	41- 60 años	61-90 años
04 años	Media (DE)	n/a	<b>22,2(4.6)</b>	<b>22,5 (4.0)</b>
	Pje. de corte	n/a	18	19 (20)
5 a 8 años	Media (DE)	<b>27 (1.5)</b>	<b>27,2 (2.2)</b>	<b>25,5 (3.2)</b>
	Pje. de corte	25 (26)	25 (27)	22 (23)
9 a 12 años	Media (DE)	<b>29,2(1.0)</b>	<b>28,1 (2.0)</b>	<b>27,9 (1.8)</b>
	Pje. de corte	28	26 (27)	26 (27)
	Media (DE)	<b>29,1(1.0)</b>	<b>29,1 (1.0)</b>	<b>28,6 (1.0)</b>
> 12 años	Pje. de corte	28 (29)	28 (29)	28



	corte			
Retomado de: González-Hernández, J. et al. (2009) Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. Revista Memoriza.com (ISSN 0718-7203), 3: 23-24.				

Butman, J.; et al. (2001) aplicó la versión rio platense a 634 sujetos sanos (206 hombres, 428 mujeres) con edades comprendidas entre los 30 y 94 años. Observó un mejor rendimiento en personas mayores de 45 años y con al menos 13 años de escolaridad, mientras que el menor rendimiento fue con personas mayores de 75 años con menos de 5 años de escolaridad; se encontró una alta correlación positiva entre puntuación y años de escolaridad; mientras que la edad correlacionó negativamente (Tablas 2 y 3).

Por su parte González-Hernández, J. et al. (2009) propone una normalización para Chile, donde trabajó con 385 personas, mayores de 15 años sin antecedentes de enfermedad neurológica o psiquiátrica.

Llega a conclusiones similares a las de Ostrosky (1999) y Butman, J.; et al. (2001), en las que no se recomienda la aplicación de este instrumento en personas con menos de 5 años de escolaridad, así como tomar precauciones en aquellas con más de 65 años, particularmente para disminuir el riesgo de obtener falsos positivos.

El MMSE proporciona una medición medianamente estable para descartar alteraciones en el estado mental y alguna alteración de tipo neurológico, pero deben tomarse las precauciones mencionadas, además de no considerarse relevantes factores de género.

***“Cuestionario para Trauma de Harvard”.***



Siguiendo a Vargas-Duran (2010), quién refiere que el Cuestionario de Trauma de Harvard (HTQ), fue desarrollado por Mollica en 1992, surgiendo este de una aproximación comprensivo interpretativa a las experiencias de aquellas personas refugiadas y expuestas a algún tipo de violencia política.

En la actualidad hay seis versiones de este cuestionario; las versiones de Vietnam, Camboya y Laos del HTQ fueron escritos para su uso con los refugiados del sudeste de Asia, la versión japonesa fue escrita para los sobrevivientes del terremoto de Kobe en 1995, la versión de los Veteranos de Croacia fue escrito para los soldados que sobrevivieron a las guerras en los Balcanes, mientras que la versión de Bosnia fue escrito para los sobrevivientes civiles de ese conflicto; La versión en español es una traducción propuesta por La Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2007).

Consta de cuatro secciones:

Parte I, *Inventario de Experiencias Traumáticas*, explora cerca de 46 eventos traumáticos de la vida determinado que han afectado a las personas. Con dos opciones de respuesta “SI” o “NO”; fue desarrollada por expertos en el trabajo con refugiados y validada por el método de interjueceo; presentando una fiabilidad de 0.93, de 0.89 en estudios de test-retest y de 0.90 con Alfa de Cronbach.

La Parte II es una pregunta abierta que pide a los encuestados para obtener una descripción subjetiva del acontecimiento más traumático(s) que han sufrido.

Parte III le pregunta sobre los eventos que pueden haber llevado a lesiones en la cabeza.

La Parte IV incluye 40 reactivos de trauma. Los primeros 16 reactivos derivan de los criterios para DSM-III-R/DSM-IV trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los otros 24 fueron desarrollados por HPRT para explorar la percepción subjetiva de la persona para funcionar en el contexto social.



La escala para cada pregunta en la Parte IV incluye cuatro categorías de respuesta: "nunca", "un poco", "bastante", "mucho", tiene 1 a 4, respectivamente.

Según Mollica (2004, en Vargas-Duran 2010), El empleo de las listas de chequeo en aquellas personas sobrevivientes de trauma, presenta dos importantes ventajas; siendo la primera que la lista reconoce la experiencia traumática y otorga a la víctima un permiso factual para la elaboración del trauma; mientras que la segunda, deriva de su utilidad clínica, dado que permite al sobreviviente de trauma "nombrar" eventos, situaciones y síntomas que al ser subjetivos y ominosos, pueden resultar difícilmente simbolizables.

### ***“Cuestionario de Síntomas de Hopkins (C-25)”.***

El Programa Harvard sobre Trauma en los Refugiados menciona que la Lista de síntomas Hopkins (HSCL) es un instrumento de evaluación conocido y ampliamente utilizado, cuya historia se remonta a la década de 1950. Fue diseñado originalmente por Parloff, Kelman y Frank en la Universidad Johns Hopkins.

El Profesor Rickels de Karl, uno de que los desarrolladores originales de la HSCL, demostraron con sus colegas de la utilidad de una versión con 25 reactivos derivados del HSCL en una práctica de la familia o un servicio de planificación familiar.

La versión en español es una traducción propuesta por La Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2007)

El HSCL-25 es un inventario que mide los síntomas de ansiedad y depresión; se compone de 25 reactivos en dos partes:

La Parte I del HSCL-25 tiene 10 reactivos para los síntomas de ansiedad, mientras que la Parte II cuenta con 15 reactivos para los síntomas de depresión. La escala para cada pregunta incluye cuatro categorías de respuesta ("Nunca", "Un poco", "Bastante", "Mucho", con puntuaciones de 1 a 4, respectivamente).



Se ha mostrado de manera consistente en varias poblaciones que la puntuación total se encuentra altamente correlacionada con la angustia emocional severa no especificada, y la puntuación de la depresión se correlaciona con la depresión mayor como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, la versión IV (DSM -IV).

Dado que no se cuenta con datos que sustenten la adaptación y estandarización de los instrumentos antes presentados para población Latinoamericana en general y Mexicana en particular, es necesaria la aplicación de instrumentos estandarizados para disminuir los índices de error e incrementar la confiabilidad a partir de aplicaciones paralelas buscando validez concurrente.

Lo anterior no invalida la aplicación de estas escalas, especialmente al estar reconocidas por la Universidad de Harvard para el trabajo con refugiados y víctimas de violencia política; además de respaldado por La Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos, pero si alerta a ser cuidadosos en cuanto a la aplicación y la interpretación de estas.

### ***“Inventario de la Depresión de Beck (BDI)”***

El inventario de depresión de Beck es un instrumento de autoinforme, que es altamente utilizado en todo el mundo para explorar los síntomas de depresión (Sanz, 1998).

Consta de 21 reactivos (versión 1978) diseñados para evaluar la intensidad de la depresión, en una validación española, obtuvo una consistencia interna con coeficiente de alfa de 0.83, lo que la ubica como muy buena, dado que en diversos estudios internacionales esta ha sido de entre 0.78 y 0.92.

Posee una aceptable validez de contenido, al cubrir con sus 21 reactivos 6 de los 9 criterios sintomáticos planteados por el DSM-IV del *episodio de depresión mayor* además de ajustarse a la definición planteada por el manual.



Para un estudio en población mexicana (Jurado, 1998), se encontró una confiabilidad de alfa de Crombach de 0.87, con una validez concurrente de 0,70 y 0.65 con la escala de Zung en distintas poblaciones.

**Tabla 4. Rangos cuantitativos de depresión del BDI según diferentes puntos de corte.**

	Beck y Steer (1993)	Sanz (1998)	Moral de la Rubia (2011)
Mínima	0-9	0-9	0-10
Leve	10-16	10-17	11-19
Moderada	17-29	18-30	20-30
Grave	30-63	31-63	31-63

Por su parte Moral de la Rubia (2011) desarrollo un formato de aplicación simplificado del BDI, con 21 reactivos y 4 opciones de repuesta. La escala presentó una consistencia interna de 0.91, siendo esta muy buena, concluyéndose que esta versión presenta propiedades psicométricas similares a la original.

Con base en las investigaciones antes mencionadas se proponen los siguientes puntos de corte (Tabla 4):

***“Inventario de la Ansiedad de Beck (BAI)”***.

Esta escala es de las más utilizadas para la medición y evaluación de síntomas ansiogenos, fue desarrollada por Aron Beck (Beck; Epstein, 1988) y consta de 21 reactivo tipo likert con cuatro opciones de respuesta. Cuenta con una alta confiabilidad de Alfa de Crombach (0.92), con una fiabilidad test-retest con una semana de diferencia de 0.75, con una correlación de





0.51 con la escala de ansiedad de Hamilton y con una pobre correlación (0.25) con la escala de depresión de Hamilton.

Se han realizado diversos estudios para traducirla y adaptarla a distintos países en el mundo, entre otros en España, Portugal y México.

Por su parte Reis-Quintanao (2010) propone una adaptación portuguesa, obteniendo una confiabilidad de Alfa (0.79) adecuada, correlacionando de manera positiva con las mediciones paralelas.

Megán (2008) realizó una validación española, con una confiabilidad de Alfa elevada (0.93) un adecuado ajuste, correlación con similares y discriminación de las medidas de depresión, mostrando de manera especial la relación existente entre los síntomas ansiosos y depresivos.

Tafoya (2006) realizó una validación para universitarios mexicanos, encontrando diferencias significativas ( $t=3.51$ ,  $p \leq 0.01$ ) entre aquellos participantes con síntomas de ansiedad y los que no los poseen, con una adecuada discriminación de los reactivos ( $t=16.61$ ,  $p \leq 0.001$ ), con una consistencia interna (Alfa=0,86) elevada. Lo que significa que el instrumento es adecuado para exporar síntomas ansiógenos en población mexicana.

<b>Tabla 5. Rangos cuantitativos de ansiedad del BAI.</b>	
	Beck y Epstein, (1988)
Mínima	0-21
Moderada	22-35



Grave	Mas de 36
-------	-----------

### ***“Persona bajo la lluvia”.***

Es una técnica Gráfica proyectiva en la que se pretende obtener una imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables (Querol y Chavez, 1997 citado en Girardi y Pool-Burgos, 2005; Pool-Burgos, 2006; Agudo y González, 2005), para acceder a los pliegues más profundos de la personalidad (Piccone, 2005); representándose la lluvia como el elemento perturbador que obliga a la persona a defenderse de ella.

Mencionan Querol y Chavez (1997, en Girardi y Pool-Burgos, 2005) que el análisis se realiza fundamentalmente en cuatro áreas; análisis de recursos expresivos, estructura del dibujo de la figura humana, las expresiones del conflicto en el dibujo y la estructura de los mecanismos defensivos.

Se han realizado múltiples investigaciones sobre el impacto de situaciones traumáticas sobre la personalidad, evaluándose con este instrumento, abarcando desde el rendimiento en personas recluidas (Valdez-Oyague, 2010), los efectos del abuso sexual en niños (Girardi y Pool-Burgos, 2005; Pool-Burgos, 2006), distintos indicadores de depresión en adolescentes (Agudo y González, 2005) y algunos factores de potencial suicida (Piccone, 2005).

En este sentido particular vale la pena prestar especial atención el empleo de este instrumento, cuyo objetivo es explorar la personalidad de la persona, y que a claras luces dista del objeto de nuestra valoración; dado que como hemos mencionado, para que esta sea válida, es necesario que nos enfoquemos en buscar aquellas secuelas de que el paciente estuvo expuesto a una situación traumática, y que esta concuerda en el tiempo y forma con su alegato de tortura.

A partir de la experiencia, hemos encontrado que este instrumento y apoyando lo que refieren los autores antes citados, particularmente Girardi y Pool-Burgos (2005 y 2006), es



que resulta particularmente útil para explorar los efectos del trauma en la estructura básica de la personalidad, especialmente sus efectos sobre el funcionamiento Yoico y los recursos defensivos; esto se aprecia por ejemplo en aquellas personas que refieren haber experimentado el trauma hace tiempo, dado que las demandas del ambiente, pueden haber obligado a la persona a reprimir o desplazar las secuelas, pudiendo observarse únicamente secuelas subclínicas (González y cols., 2010), pudiendo observarse las manifestaciones más graves de la exposición a la situación traumática incluso más de diez años después.

Es por lo anterior que con base en el modelo traumatógeno (Pool, 2006 y Piccone, 2005), sea posible observar en el dibujo de la persona bajo la lluvia los posibles efectos en la personalidad de la tortura, al ser posible identificar indicadores gráficos que muestran dificultades en algunas áreas del funcionamiento Yoico, cómo sería la mala integración de las partes que componen el dibujo (síntesis defectuosa), omisión u ocultamiento de manos, dedos omitidos o puños cerrados, dientes, omisión de pestañas, piernas pequeñas, brazos desproporcionados o pegados al cuerpo, simetría defectuosa entre el cuerpo y las extremidades, cuerpo amorfo, desproporción en los pies, ausencia de paraguas o que no cubre adecuadamente de la lluvia, defectos o deficiencias en el mango del paraguas, nubes, rayos o ausencia de piso o punto de apoyo, lluvia sectorizada, cabeza deteriorada, ojos vacíos, que el dibujo transmita una sensación general de indefensión.

Vale la pena advertir al clínico, que según las investigaciones de los autores antes referidos, es posible que los indicadores de deficiencia en el funcionamiento Yoico y de exposición a trauma, se mezclen con otros acontecimientos traumáticos en la historia del sujeto; además de que siempre se debe tener presente que a pesar de lo útil que resultan para el psicólogo las pruebas proyectivas, estas no son más que una técnica que se inserta dentro de un corpus ético, teórico, metodológico y técnico para lograr que nuestra valoración con relación a si una persona fue o no torturada, sea lo más precisa y válida posible.

### **Consideraciones finales.**



En el presente trabajo hemos pretendido de manera muy limitada, mostrar aquellos aspectos técnicos básicos para que profesionales y especialistas en salud mental, tengan elementos suficientes que les permitan realizar la valoración psicológica de una persona que alegue haber sido torturada por agentes del estado; entendiendo que la Tortura como violación a los Derechos Humanos, es una de las más graves, que impacta todas las esferas vitales de la víctima que la recibe, además de trascender en sus efectos a las familias, comunidades e incluso la sociedad.

Siempre que se realice esta valoración psicológica, es necesario que se tenga en mente que esta tiene que ser válida y fiable, por los efectos que los resultados tienen en la vida de las víctimas directas e indirectas, así como la trascendencia de la opinión emitida en los ámbitos institucionales, jurídicos e interdisciplinarios; por lo que el especialista que realice esta evaluación, debe conocer ampliamente las circunstancias de los hechos y la situación de la persona a evaluar, para que tenga la capacidad de previamente elegir los instrumentos pertinentes y ya frente a la persona, crear un ambiente de confianza y seguridad, para que pueda realizarse la valoración con la menor re-victimización posible.

## Referencias.

- Agudo, M. y González, M. (2005) *Análisis psicométrico de los indicadores de depresión del test de Figura Humana Bajo la Lluvia (DFHBL)*. Tesis de grado; Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Católica Andrés Bello; Caracas, Venezuela.
- Baykal, T.; Schlar, C.; Kapkin, e. (2004) *Evidencia Psicológica de Tortura: Una guía práctica del Protocolo de Estambul para Psicólogos*. International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhague Dinamarca.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56.



- Bezanilla, JM y Miranda, A. (2012) *La tortura y el Protocolo de Estambul: Una perspectiva psicológica*. En Psicología de la Violencia Tomo I: Causas, Prevención y Afrontamiento. AMAPSI Editorial México.
- Bezanilla, JM y Miranda, A. (2013) *VALORACIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE POSIBLE TORTURA: Consideraciones preliminares*. Revista Científica Electrónica de Psicología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, No. 15 2013.
- Butman, J.; et al. (2001) *El "Mini - Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires*. Revista de Neurología Argentina, Vol. 26 No. 11 Buenos Aires.
- Giménez-Roldan, S.; Novillo, M.J.; Navarro, E.; Dobato, J.L.; Gimenez-Zucarelli, M. (1997) *Examen del estado Mini-Mental: propuesta de una normativa para su aplicación*. Revista de Neurología, No. 25; Madrid España.
- Girardi, K. y Pool-Burgos, A. (2005) *Evaluación de indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales en la prueba Persona Bajo la Lluvia en niños victimizados sexualmente de 9 a 11 años de edad. Un estudio descriptivo-comparativo*. Tesis de grado; Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; Chile.
- González, E. y cols. (2010) *Desarrollo de las secuelas postraumáticas: factores que intervienen y elementos clínicos*. Interpsiquis 2010, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- González-Hernández, J. et al. (2009) *Normalización del "Mini-Mental State Examination" según edad y educación, para la población de Santiago de Chile*. Revista Memoriza.com (ISSN 0718-7203), 3: 23-24.
- IRCT (2007) *Evaluación psicológica de alegaciones de tortura: Una guía práctica del protocolo de estambul para psicólogos*. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Copenhagen
- Jurado, S.; et al. (1998) *La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México*. Revista Salud Mental, V. 21, No. 3, México.



- Kerlinger, F. y Lee, H. (2001) *Investigación del comportamiento*. Cuarta edición, Mc Graw Hill, México.
- Megán, I.; et al. (2008) *Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population*. The Spanish Journal of Psychology, Vol. 11, Núm. 2, Universidad Complutense de Madrid España.
- Moral de la Rubia, J. (2011) *Propiedades psicométricas de un formato de aplicación simplificado para el Inventario de Depresión de Beck*. Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud, año 1, no. 1, Universidad de Sonora México.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2004) *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes "Protocolo de Estambul"*; Ginebra.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2007) *Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México*. México.
- Ostrosky-Solís, F.; López-Arango, G.; Ardila, A. (1999) *Influencia de la edad y la escolaridad en el Examen Breve del Estado Mental (Mini-Mental State Examination) en una población hispano hablante*. Revista Salud Mental Volumen 22, No. 3; México.
- Piccone, A. (2005) *Potencial suicida en el Test Persona Bajo la Lluvia*. Anuario de Investigaciones, Volumen XIII; Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; Argentina.
- Pool-Burgos, A. (2006) *Análisis desde el Modelo Traumatógeno de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba Persona bajo la Lluvia*. Psykhe, Vol. 15, No. 001, Pontificia Universidad Católica de Chile; Santiago, Chile.
- Quiroga, J. (2007) *Técnica de entrevista con víctimas de tortura: la investigación de la historia del trauma*. en Consideraciones para la Investigación y Documentación de la



Tortura en México. Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; México.

- Real Academia Española. (2001) *Diccionario de la Lengua Española – Vigésima segunda edición*. [www.rae.es](http://www.rae.es) Consultado el 22 de julio del 2013 a las 13:00 hrs.
- Reis-Quintanao, S. (2010) *Validación De La Versión Portuguesa De La Escala De Ansiedad De Beck – Bai*. Tesis Doctoral; Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, España.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998) *Fiabilidad, Validez Y Datos Normativos Del Inventario Para La Depresión De Beck*. *Psicothema* Vol. 10, No. 2, España.
- Sullivan, Harry Stack. (1964) *La entrevista psiquiátrica*. Ed. Psique, Buenos Aires.
- Tafoya, R. et al. (2006) *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM*. *Psiquis*, Vol. 15, No. 3 México.
- Valdez-Oyague, R. (2010) *Indicadores de conflicto y funcionamiento bajo presión en internos de un penal de Lima*. Tesis de grado; Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Vargas-Duran, R. (2010) *Genero y experiencias traumáticas en víctimas de violencia política*. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, España.
- Vargas-Mendoza, JE. (2007) *Examen del estado mental*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C
- Villarroel, G y Leivva, P. (2006) *La observación participante*. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de la Playa Ancha de Ciencias de la Educación, Valparaíso.





Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.



#### **IV. Integración de resultados y elaboración del informe de una valoración psicológica de tortura.**

##### **A manera de introducción.**

En capítulos previos hemos hablado sobre algunos conceptos relacionados con la tortura y su valoración psicológica; comenzando con la exploración del concepto como fenómeno y como violación grave a los derechos humanos, la importancia ética de prevenir la revictimización de la persona valorada, la importancia del autocuidado del equipo de investigación, especialmente por lo ominoso del tema y los contenidos psíquicos que evoca, las consecuencias bio-psico-socio-culturales del fenómeno; así como aquellos aspectos técnico-metodológicos que pueden asegurar la mayor fiabilidad y validez de la investigación, minimizando los factores de error.

En el presente nos enfocaremos en la integración de los resultados de la valoración, con énfasis en la necesidad de realizar un abordaje complejo sobre los datos, siendo de suma importancia la claridad y consistencia de este por su doble función; como prueba psicológica forense; y como instrumento de valoración clínica.

##### **Informe clínico Vs. Informe Forense.**

Un estudio psicológico, se realiza con el objetivo de observar y valorar el funcionamiento global del individuo, así como las formas en las que responde a diversas situaciones (Heredia; Santaella y Samarriba, 2012; Brunete, *et.al.* s/a); conformándose un documento que contiene la información clínica relevante del paciente.

Un estudio psicológico, se encuentra orientado al cumplimiento de diversos objetivos, siendo que de conformidad con estos, es que se exploran diversas funciones y procesos presentes en una persona en un momento determinado; por lo que la realización de este, según



Heredia y cols. (2012), se fundamenta bajo el método de casos, desarrollándose como una investigación a profundidad de un sujeto, donde desde una perspectiva científica se parte de una pregunta y se realizan los procedimientos pertinentes para responderla.

Como resultado del estudio, el profesional clínico, redacta un documento con criterios científicos, que se constituye como el cierre de un proceso de valoración, en el que se comunican los resultados de este, debiendo expresar de manera organizada, integrada y sintética lo que se ha comprendido de la persona dentro del contexto de la valoración; es decir la emisión de un informe psicológico.

Menciona Brunete y cols. (s/a), que el informe psicológico debe construirse con base en los principios de neutralidad, objetividad, calidad, calidad, respeto a la integridad y conforme a los principios éticos de la profesión.

Entendemos que la *neutralidad* como la cualidad de mantener la integración y elaboración del informe apegada a la mirada teórica y los hallazgos clínicos, alejada de sesgos o dirección intencionada de los datos; mientras que la *objetividad* remite al clínico ceñir sus conclusiones a los límites de la valoración, manteniéndose alejado de intereses o influencias ajenas al proceso, partiendo del adecuado uso de las fuentes de información e instrumentos de medición; la *calidad*, la entendemos cómo las garantías de que la elaboración del informe se encuentra acorde a las más altas normas técnicas y éticas que marca la profesión, así como que el clínico cuenta con las mínimas habilidades y conocimientos para realizar la tarea. El *respeto a la integridad* de la persona, se refiere a las prácticas de las ciencias de la salud, en las que el principal principio es el que reza: “*Ante todo no dañar*” (Primum non nocere), cuidando que los procedimientos empleados para realizar la valoración sean lo menos invasivos y disruptivos para el sujeto.

Partiendo de lo anterior, consideramos que todo informe psicológico debe transmitir de manera clara y concisa los hallazgos centrales de la valoración, las conclusiones, así como las recomendaciones pertinentes; debiendo centrarse en la persona evaluada y el análisis de



la información recolectada mediante las diversas técnicas empleadas; incluyendo solo la información precisa para cumplir con el propósito básico de la evaluación.

Heredia (2012) retoma a diversos autores para referirse a la definición, objetivos y características que debe tener un informe psicológico, entre los que refiere que Tallent define al informe como un documento que permite comprender ciertas características de una persona y sus circunstancias; mientras que Gehorch refiere que con base en su objetivo es un instrumento que sirve para responder a ciertas preguntas específicas sobre la persona; siendo que por su contenido, debe ser una descripción evaluativa compleja de determinadas características de un ser humano, incluyendo diversas dimensiones.

Refiere la autora, que una definición de informe psicológico debe contener los siguientes elementos: a) ser una comunicación escrita, b) representar la síntesis y conclusión de un proceso de evaluación y c) proporcionar elementos para la toma de decisiones con base en sus resultados. Siendo organizado, contar con fundamentos técnico científicos sólidos e integrativo.

Por otro lado, Nuñez (1985, en Heredia *et al.* 2012) propone que el informe psicológico se encuentre estructurado por distintos elementos, comenzando por una ficha de identificación del paciente, los datos de la historia clínica, las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de información; así como los resultados de estos; para posteriormente incluir un apartado con el diagnóstico (Dx), las conclusiones y sugerencias; permitiendo esto tener una visión amplia e integral de las características de la persona evaluada.

Mientras que Schafer (*idem.*) propone una serie de criterios que son útiles para incrementar la validez y coherencia del informe, señalando que: a) el clínico debe contar con suficiente evidencia para la interpretación y significación de los hallazgos, b) la profundidad de la interpretación debe circunscribirse a la del material recolectado, c) debiendo especificarse manifiestamente la forma de interpretación de los resultados, d) realizándose una estimación sobre la intensidad de la tendencia o rasgo interpretado, e) asignándose a la tendencia una



posición dentro del esquema completo de la personalidad y f) especificando tanto los aspectos adaptativos cómo patológicos de la tendencia interpretada.

Mientras que retomando a Aurla (1992) Heredia (*ibídem.*) refiere que para que el informe psicológico cumpla con su cometido es necesario fundamentarlo en los siguientes principios: a) considerando que el informe psicológico es parte y resultante de un proceso de evaluación al cual pertenece, por lo que no es posible comprenderlo fuera del contexto en que se elaboró, b) debiendo de ser este relevante en cuanto a su contenido y objeto, por lo que tendrá que excluirse de este todo aquello que no se refiera directamente a su objetivo, c) cuidando que este siempre sea necesario y tenga un propósito, d) debiendo ser útil para la toma de decisiones con respecto a la situación de una persona, siempre con base en un objetivo y una necesidad; e) siendo riguroso, verás y objetivo tanto en sus métodos, instrumentos, contenido y conclusiones, fundamentado siempre desde una perspectiva científica; f) ha de referirse en todo momento al sujeto y al objeto de estudio, g) poseyendo coherencia interna tanto en su construcción cómo en su redacción, h) siendo breve, conciso y pertinente a sus objetivos, i) teniendo sentido en el contexto al que va destinado, por lo que su lenguaje debe ser adecuado, j) manteniéndose abierto a una perspectiva interdisciplinaria, k) respetando en todo momento los principios éticos de la psicología y los derechos de las personas evaluadas; l) así como ser redactado a la brevedad de concluida la evaluación.

Por otro lado, el informe psicológico será válido en la medida en que sus procedimientos, técnicas y conclusiones, se encuentren dentro del contexto y los objetivos para los que fue realizado, siendo que la forma en que este es elaborado, tiene relación directa con la perspectiva teórica del clínico que lo realiza.

Brunete *et al.* (s/a) propone la siguiente estructura para la elaboración del informe: a) referir el tipo de informe, b) presentar la ficha de identificación del paciente, c) presentar los datos de identificación del clínico, d) incluir los datos de identificación de la institución en que fue realizado, e) exponer las fechas y motivos de la valoración, f) presentar las áreas evaluadas



y los instrumentos utilizados, g) exponer los resultados y criterios diagnósticos y h) enunciar el pronóstico (Px.) y las propuestas de tratamiento (Tx.).

Por su parte Sattler (2003, en Heredia 2012), propone los siguientes rubros: a) ficha de identificación del paciente, b) instrumentos empleados, c) Motivo de la valoración, d) información sobre los antecedentes del paciente, e) observaciones durante la valoración, f) resultados de la evaluación e impresión clínica, g) criterios de validez y confiabilidad, h) pautas para la información de resultados e i) impresiones clínicas y diagnósticas.

Hemos mencionado el concepto, algunos principios y características que debe poseer el informe psicológico de manera general, enfatizando que desde una perspectiva clínica, este siempre derivado de este, se desarrollarán estrategias de intervención.

Por otro lado y desde otra perspectiva, Echeburua (2011), menciona que tanto la valoración clínica como la forense, comparten el interés por conocer el estado psíquico y mental de un sujeto dado; siendo que las principales diferencias se refieren a que la valoración clínica se realiza con el objetivo de plantear una intervención derivada de los resultados de esta, mientras que desde la perspectiva forense, los resultados de esta tienen repercusiones jurídicas.

A diferencia del informe clínico, el informe forense, se encuentra sometido a diversas condiciones que pueden exponerlo a diversos intentos de manipulación deliberada por parte de la persona evaluada; particularmente por los efectos que los resultados pueden tener dentro de un proceso judicial.

**Tabla 1: Diferencias entre la evaluación forense y la evaluación clínica.**

	<b>EVALUACIÓN FORENSE</b>	<b>EVALUACIÓN CLÍNICA</b>
Objetivo	Ayuda a la toma de decisiones judiciales	Diagnóstico y tratamiento
Relación evaluador-evaluado	Escéptica pero con establecimiento de un rapport adecuado	Ayuda en el contexto de una relación empática



Secreto profesional	No	Si
Destino de la evaluación	Instancias judiciales	El paciente
Estándares y requisitos	Psico-Legales	Médico-psicológicos
Fuentes de información	Entrevista. Test. Observación. Informes médicos y psicológicos. Familiares. Expedientes judiciales	Entrevista. Test. Observación. Informes médicos y psicológicos. Familiares y el historial clínico
Actitud del sujeto frente a la evaluación	Riesgo de simulación o de disimulación o de engaño (demanda involuntaria)	En general, sinceridad (demanda voluntaria)
Ámbito de la evaluación	Estado mental en relación al objeto pericial	Global
Tipo de informe	Muy documentado, razonado técnicamente y con conclusiones que contesten a la demanda judicial. Documento legal.	Breve y con conclusiones. Documento clínico
Intervención ante el juzgado	Esperable. En calidad de perito	No esperable. En calidad de testigo perito
Retomado de: Echeburua, E; Muñoz, JM y Loinaz, I. (2011) "La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro". International Journal of Clinical and Health Psychology, No. 1, Vol. 11.		

Como hemos mencionado, existen diferencias significativas entre un informe clínico y uno forense (tabla 1.); siendo que el objetivo del primero es la elaboración de un diagnóstico clínico para el desarrollo de un tratamiento, mientras que el del segundo es el coadyuvar a la toma de decisiones en un proceso judicial; con relación a la relación que se establece entre el clínico y el paciente, en la evaluación forense, la relación se establece empáticamente, pero con un cierto escepticismo; mientras que desde la valoración clínica, la relación se da en un contexto cooperativo.

Con relación al secreto profesional y la confidencialidad de la información, tomándola desde la evaluación clínica es absoluta, proporcionando solo la información al paciente o a sus padres en caso de ser menor de edad; mientras que desde la perspectiva forense, se mantiene cierta confidencialidad, pero no en aquellos rubros y aspectos relacionados con el objeto de la valoración y el proceso jurídico, además de que el destino del documento desde la primera perspectiva es el paciente, mientras que en la segunda pueden ser diversas instancias judiciales.



Desde la perspectiva forense, el informe psicológico debe satisfacer los criterios éticos de la profesión, así como los jurídicos para establecerse como instrumento de prueba, mientras que el informe clínico los médico-psicológicos para el establecimiento de un tratamiento.

Ambos tipos de valoración, comparten casi las mismas fuentes de información, salvo el expediente judicial en el caso de la forense.

En la valoración forense, el profesional guarda cierta reticencia sobre la información y los resultados proporcionados por el evaluado, particularmente porque existe la posibilidad de intentos deliberados de manipulación del estudio, para obtener ciertos resultados; mientras que en la clínica, se espera sinceridad por parte del paciente, siendo que si existe ocultamiento o simulación, son considerados como resistencias de naturaleza inconsciente.

En la valoración clínica se realiza una exploración global y lo más completa posible de la dinámica y estructura de la personalidad del paciente, lo que proporciona una amplia comprensión de los rasgos libres de conflicto y los patológicos; mientras que desde la forense, la exploración del estado mental o algún rasgo particular, se enfocan fundamentalmente en el objeto de la evaluación y la relación de estos con el proceso judicial.

El informe clínico suele ser breve y esquemático, ya que se constituye como un punto de referencia para el paciente, al haberle sido realizada la devolución de los resultados de manera personal y verbal, mientras que el forense tiene que ser ampliamente documentado y autodescriptivo, con un sólido fundamento teórico-técnico y centrando las conclusiones en la demanda judicial para su realización.

Al emitirse un informe psicológico forense, es esperable que el profesional sea llamado por las instancias judiciales para que realice la ratificación del mismo y como perito experto de una de las partes del proceso, mientras que derivado de un informe clínico esto es poco probable, aunque si fuera posible sería en calidad de testigo con las garantías del secreto profesional siempre que no se tuviera conocimiento de un delito.



Con base en lo anterior, y derivado de la naturaleza del informe psicológico forense, para su elaboración, debe atenderse al objeto primario por el que fue solicitado, presentando de manera explícita el método y las técnicas que fueron empleadas para la realización de la evaluación, así como de manera clara y concisa las conclusiones y las recomendaciones que se consideren pertinentes.

Hasta este punto hemos presentado las características generales de un informe psicológico, así como las particulares del informe clínico y el forense, mostrando sus principales diferencias, así como algunos puntos de encuentro.

### **El informe psicológico de Tortura.**

En el caso específico del informe de una valoración psicológica de tortura, este reúne ciertas particularidades, por lo que lo consideramos un informe mixto; es decir tanto un informe forense como clínico.

En primera instancia podemos considerarlo como un informe con utilidad clínica, porque como hemos descrito, pretende realizar una valoración lo más completa posible del funcionamiento del sujeto, a partir de una exploración profunda de la situación del sujeto al momento de la valoración, en el que derivado de esta se plasman las manifestaciones psicopatológicas observadas en este; especialmente aquellas que puedan derivarse de haberse encontrado expuesto a situación traumática que pudiera ser similar a Tortura. Para que a partir de estas se pueda establecer un programa de tratamiento integral y de reparación del daño; mientras que como instrumento forense, pretende determinar la presencia o no de indicadores de tortura y en su caso coadyuvar a las instancias jurídicas y de derechos humanos a establecer los criterios de reparación (tratamiento clínico entre otros), puede ser utilizado como instrumento de prueba en diversos procesos jurídicos y judiciales, está sujeto a la presión de que el evaluado obtenga alguna ganancia o beneficio de sus resultados, documenta el estado mental del paciente con relación a hechos de tortura, además de contener los criterios de forma y fondo para un informe de estas características.





Además un informe psicológico derivado de una valoración por tortura, debe fundamentarse en los criterios descritos en el *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes “Protocolo de Estambul”* (2001 y 2004), al que nos hemos referido con anterioridad, y es un instrumento internacional que estipula un método, criterios y procedimientos para la investigación médica, psicológica y jurídica de posibles hechos de tortura.

Para que el informe sea válido con base en los principios del “Protocolo de Estambul”, debe cubrir de manera exhaustiva con los siguientes rubros: a) Ficha de identificación y datos de aplicación, b) Declaración de veracidad del testimonio, c) Antecedentes, d) Historia de tortura y malos tratos, e) Síntomas e incapacidades referidos, f) Métodos y objetivo del estudio, g) Examen psicológico, h) Resultados de las pruebas diagnósticas, i) Interpretación de los hallazgos, j) Conclusiones y recomendaciones, k) Declaración de veracidad del testimonio, l) Autoría, m) Anexos y n) Referencias Bibliográficas y documentales.

En la ficha de identificación (tabla 2), se incluye la fecha y lugar de aplicación, siendo especialmente relevante si la aplicación se realizó en el domicilio del evaluado, las oficinas de alguna organización, un centro penitenciario o de detención, los datos de la persona que solicitó la valoración, dado que no tiene la misma relevancia que sea el evaluado o su familia quien pide la valoración, un abogado defensor, alguna organización o una autoridad judicial; ya que esto le permite ponderar al profesional el tipo de presiones a los que puede estar sometido el evaluado y el procedimiento en sí mismo.

<b>Tabla 2. Ficha de identificación de estudio psicológico de Tortura</b>	
<b>Fecha:</b> <b>Lugar de aplicación:</b> <b>Examen solicitado por:</b> <b>Número de expediente:</b> <b>Nombre de la posible víctima:</b>	<b>Personas presentes durante la aplicación:</b> <b>Autorización con consentimiento por parte de:</b> <b>¿La víctima ha estado limitada o restringida de alguna manera durante el examen?</b>



<b>Sexo.</b>	<b>Fecha de nacimiento (día, mes y año):</b>
<b>Nacionalidad:</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>Originario de:</b>	<b>Radicado en:</b>
<b>Escolaridad:</b>	<b>Ocupación:</b>
<b>Religión:</b>	<b>Documento de identificación de la persona examinada:</b>
<b>Idiomas que habla la persona examinada:</b>  <b>Lengua materna: _____ Domina el español:</b>	<b>Nombre del intérprete, en caso de que la persona examinada no hable o domine el español.</b>

Se debe presentar un número o dato de identificación del expediente así como el nombre de la persona evaluada.

Resulta sumamente relevante que quede registrado el nombre completo de las personas presentes durante la valoración, particularmente en dos sentidos; es posible que la valoración psicológica sea parte de un procedimiento de investigación de violaciones a derechos humanos, por lo que será frecuente que se encuentren presentes tanto abogado cómo médico; además de familiares o incluso si la persona se encuentra detenida, personal de vigilancia o de instancias judiciales y de procuración de justicia.

En el caso del personal que realiza la valoración, también se debe incluir la cualificación del psicólogo para realizarla, mientras que la presencia de personas adscritas a las instituciones de procuración de justicia o judiciales, pueden invalidar la valoración o ser coersivas pudiendo sesgar o manipular el contenido de la misma.

Además debe quedar registrado si el evaluado consintió la valoración con la firma del documento correspondiente, refiriendo también si este estuvo limitado de alguna forma ya sea físicamente cómo candados de manos o piernas, o de alguna otra manera.



También hay que incluir datos sobre la fecha de nacimiento, la nacionalidad, el estado civil, su lugar de origen, lugar de residencia, escolaridad, ocupación y religión; ya que estos proporcionan información sobre los contextos socioculturales del evaluado y permiten ir conformando algunos parámetros de significación de los resultados y la manera en que se configura y manifiesta el trauma en caso de haberlo; así como si la lengua materna del evaluado no es la misma que la del profesional y los datos del intérprete en su caso.

Dadas las características de documento legal, es importante que se plasme el sustento legal por el cual se realiza la valoración, y en su caso el juramento de veracidad del testimonio vertido en el informe por parte del profesional, siempre haciendo referencia a la legislación vigente que sea pertinente, y recalcando que tanto la valoración como el informe fueron realizados de buena fe y carecen de dolo.

En el apartado de antecedentes, se plasma la información general sobre el desarrollo y antecedentes bio-psico-socio-culturales del paciente, por lo que debe incluir información de su familia de origen, un genograma de al menos la generación del paciente y la de sus padres, información sobre la percepción y recuerdo de sus padres, hermanos y en su caso otros parientes o familiares que convivan con él o hayan sido significativos en su vida.

También debe contener información sobre el desarrollo físico, psicológico y psicosocial del paciente, antecedentes escolares y laborales, así como médicos, psiquiátricos y sobre el uso de tabaco, alcohol y algún otro tipo de sustancias o drogas psicoactivas.

El siguiente rubro de la valoración y el informe es el del historial de Tortura y malos tratos; en este se plasma la narración completa de los hechos de cómo se dieron los actos de trato cruel y/o tortura, poniendo especial énfasis en el modo, tiempo y lugar de como sucedieron, las características y número de personas que infringieron el castigo, los métodos, procedimientos e instrumentos, si hubo testigos o lo obligaron a escuchar o presenciar el castigo infringido a otros.



Posteriormente hay que plasmar una detallada y puntual descripción de las formas y métodos de tortura, ubicando su ocurrencia temporal en el relato y mientras estuvo bajo custodia de los elementos aprehensores. Cabe destacar que en este rubro se puede citar textualmente al paciente a partir de su narración, además de aquellos datos obtenidos a partir de los instrumentos aplicados.

El siguiente rubro que se plasma en el informe, se refiere a los síntomas e incapacidades que presentó inmediatamente después de los hechos, y los que continúa presentando al momento de la valoración; enunciando puntual mente los síntomas referidos por el paciente espontáneamente durante la narración de los hechos, los que haya mencionado a pregunta expresa y aquellos que tengan un peso significativo derivados de la aplicación de los instrumentos psicológicos.

Así mismo hay que nombrar las incapacidades percibidas, cómo la perdida de atención o concentración, la disminución de la capacidad para relacionarse con los otros, algún tipo de perdida de habilidad laboral, desconfianza en las personas, entre otras.

A continuación se presentan los métodos y objetivo del estudio. En esta parte del informe se exponen los fundamentos teóricos y consideraciones preliminares que servirán como referentes para realizar el análisis de los resultados, las correlaciones entre el relato de los hechos y los datos clínicos observados; y los razonamientos que conformarán la interpretación de los hallazgos y las conclusiones.

Así mismo se menciona que el objetivo del estudio es evaluar la posible afectación del individuo en diversas áreas mentales tales como: la psicoafectiva, cognoscitiva, social, cambios percibidos en su comportamiento y conducta. Observar y/o inferir a partir de dichos aspectos, si se relacionan con su narración con su descripción con los métodos de malos tratos y/o tortura.

Además, se pretende evaluar el grado de consistencia entre los datos observados, manifestados, la narración de los hechos, el análisis del expediente y las pruebas



psicológicas y psicométricas aplicadas, lo que permite estimar el grado de confiabilidad del estudio, siempre apegados a lo propuesto por el “Protocolo de Estambul”.

Posterior mente se menciona el método a partir de cual se recolectaron y analizaron los datos, enunciando la técnica de entrevista empleada, así como los instrumentos psicométricos, neurológicos y proyectivos empleados.

El siguiente rubro es central dentro del informe, ya que presenta el proceso de análisis de la información clínico-psicológica recolectada y se signa como examen psicológico.

En primera instancia en esta parte, se realiza una descripción lo más detallada posible de la apariencia y características físicas del entrevistado, detallando si posee alguna seña particular, cicatriz o tatuajes, describiendo puntualmente e incluso fotografiando estos.

Posteriormente se plasma lo más literalmente posible la descripción del estado emocional del paciente al momento de la valoración; para posteriormente redactar el examen del estado mental, la valoración del funcionamiento social, en su caso el diagnóstico multiaxial y si fue necesaria la aplicación de pruebas neurológicas (referidos previamente en Bezanilla y Miranda 2013 y en prensa).

A continuación, se plasman los resultados de las pruebas diagnósticas. Describiendo puntualmente los resultados obtenidos en los instrumentos psicométricos y/o proyectivos aplicados, agregando el significado de estos.

Es necesario poner especial énfasis en aquellos síntomas que pudieran derivarse de la exposición del paciente a una situación traumática compatible con tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes; y no de aquellos referentes a la estructura de personalidad, salvo para destacar las posibles consecuencias hacia el sujeto derivadas de la situación traumática y la comorbilidad previa; así mismo hay que detectar aquellos puntos que en su caso pueden funcionar como soporte o fortalezas que le permitirán a la persona la elaboración de los hechos y el restablecimiento de su funcionamiento y procesamiento del trauma.



Con este rubro termina la fase analítica del informe, donde se expone la información recolectada que servirá de soporte para la integración, síntesis y conclusiones del estudio.

A partir de la interpretación de los hallazgos y la impresión diagnóstica, comienza la fase sintética e integrativa del informe; en esta parte, el profesional deberá centrarse en relacionar la información proporcionada por el evaluado en el relato de los posibles hechos de tortura, con los datos clínicos que haya recolectado mediante las técnicas clínicas (observación, entrevista y examen mental), y las psicométricas.

Menciona el Protocolo de Estambul (§ 287) que para interpretar los hallazgos y formular una impresión clínica, se debe responder a las siguientes preguntas:

- 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?”*

Con relación al primer punto que dice: *“¿Hay una concordancia entre los signos psicológicos y el informe de presunta tortura?”* el profesional debe ponderar los signos clínicos (bio-psico-socio-culturales) si los hay, para determinar si existen evidencias de que la persona evaluada presente signos de trauma psicológico, y si estos son compatibles con el relato de posible tortura, en el que se plasmó la cronología de acontecimientos y las formas en que se realizó esta.

Resulta fundamental para responder a este punto, que el profesional posea un amplio conocimiento de las formas en que se manifiestan las secuelas de trauma en las personas, no solamente desde la perspectiva nosológica y sintomática, sino también desde lo socio-cultural.

Con relación al segundo punto que reza: *“¿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?”*; es menester relacionarlo con el anterior, especialmente en el caso de que la persona pertenezca a un grupo cultural distinto al del evaluador, para que se tengan presentes las formas en que se pueden manifestar las secuelas de trauma; especialmente porque dentro de grupos indígenas, originarios o asiáticos, existe una cosmogonía particular, así como referentes culturales sobre la expresión del dolor, miedo, ansiedad y estrés.

Lo anterior, como se mencionó en el punto primero, confirma que en muchas ocasiones las clasificaciones nosológicas como el “Trastorno por Estrés Agudo” o el “Trastorno por Estrés Postraumático”, pueden quedarse cortas para identificar y explicar las manifestaciones y secuelas de posible tortura. En caso de que el especialista haya documentado hallazgos que indiquen que la persona evaluada estuvo expuesto a una situación traumática compatible con tortura, es menester que estas se encuadren dentro del esquema de referencia de la víctima,



enunciando los puntos sintomáticos que cuadran con los sistemas clasificatorios, así como resaltando aquellos que derivan de los referentes socioculturales afectados.

Para responder al tercer punto en el que se menciona: *“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?”*; hay que considerar que uno de los elementos principales es la temporalidad entre el origen de las manifestaciones de trauma y el momento de ocurrencia de los hechos; también dentro de este rubro, el profesional debe considerar eventos traumáticos previos a la posible situación de tortura, así como las secuelas clínicas que se manifestaron y la evolución de estas; para determinar si la etiología de las manifestaciones de trauma detectadas coinciden con el relato de los hechos, o son previas a los hechos.

Con relación a este punto, habría que considerar la forma como evolucionan las distintas manifestaciones psicopatológicas, especialmente aquellas que deriven de la exposición a situaciones traumáticas, siendo que González (2010), refiere que el tipo e intensidad de daño psíquico derivado de la exposición a un acontecimiento traumático, se relaciona directamente con la naturaleza del evento, la intensidad de este, la duración de la situación, la estructura de personalidad del sujeto, el estado emocional de la persona al experimentar el evento, el nivel de apoyo familiar y social recibido después del acontecimiento; así como los recursos que se recibe desde la sociedad.

Entendiendo que la Tortura es una de las más serias agresiones a las que puede verse expuesta una persona, podría esperarse encontrar graves secuelas bio-psico-sociales, especialmente porque el evento es provocado por otros seres humanos, que en su caso y al ser representantes del estado, serían los encargados de salvaguardar la integridad del sujeto; situación generadora de una significativa ambigüedad; en el caso de la Tortura, y dado que es una situación, no es necesario que esta implique un intenso castigo físico para





que genere secuelas postraumáticas, aunque en un número significativo de casos, es posible encontrar que la persona fue expuesta a un fuerte daño físico.

En el caso de la estructura de personalidad y estado emocional de la víctima, podemos considerarlos como la predisposición propia del sujeto; misma que es posible determinar mediante la exploración de la historia de vida; estos rubros se relacionan con el significado que la persona asignará al evento, así como la manera psico-emocional cómo se manifestarán las secuelas; es decir la toma que tomarán los síntomas y alteraciones conductuales que presente.

Resulta fundamental para la primera atención de la crisis y elaboración posterior del trauma, el apoyo que reciba la persona, tanto a nivel familiar cómo social; especialmente para la reconstrucción del sentido subjetivo de seguridad y la desvictimización.

Refiere González, que las secuelas postraumáticas evolucionan en diversas etapas; siendo las reacciones inmediatas al acontecimiento, presentándose estas mientras dura el evento; las secuelas agudas, que se manifiestan una vez que ha finalizado el evento, se organizan en torno al recuerdo del trauma, y puede durar desde días hasta varias semanas posteriores al acontecimiento; y por último las secuelas postraumáticas crónicas, que pueden manifestarse después de unos meses e incluso más de 10 años después de la ocurrencia del evento.

Resalta el autor, que se ha observado que en ocasiones las personas pueden funcionar varios años después de la ocurrencia del evento, sin secuelas o manifestando algunas de manera subclínica, considerando este lapso de tiempo como un periodo de latencia; pudiendo ir de los 3 o 6 meses, hasta varios años; también refiere González, que en un número importante de casos, las secuelas sintomáticas que se manifiestan no concuerdan específicamente con los trastornos de ansiedad específicos (Estrés agudo y Estrés Postraumático) de manera completa, habiéndose observado algunas manifestaciones



incompletas de estos, u otras formas de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo; sin descartar los síntomas conductuales, disociativos o de interacción.

El cuarto punto refiere que: *“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?”*; por lo que para responder a este, es necesario considerar los otros estresores a los que se enfrenta la persona evaluada, y en su caso realizar un diagnóstico diferencial, que le permita al profesional determinar la presencia comorbida de distintas manifestaciones psicopatológicas, y en su caso con base en el análisis de todos los factores anteriores, determinar la etiología y evolución de estos, así como lo que aportan aquellas entidades patológicas detectadas no relacionadas con el trauma al estado psico-emocional del paciente.

En el quinto punto, que dice: *“¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico? Merecen especial atención los traumatismos craneales sufridos durante la tortura o detención.”*; es menester que el profesional considere aquellas condiciones médicas y lesiones físicas referidas por el evaluado en el historial médico, prestando especial atención a aquellos padecimientos crónicos que pudieran manifestarse con síntomas similares a los de los grupos de ansiedad y estado de ánimo, el tiempo de evolución que tienen y si se encuentran bajo control médico; además de la presencia de alguna lesión cerebral que hubiera sufrido la persona derivada de algún traumatismo craneoencefálico previo o durante la ocurrencia de los acontecimientos traumáticos; considerando en caso de la presencia de alguna de estas condiciones, las alteraciones al estado mental del paciente, así como si le fueron realizados los estudios de gabinete y valoraciones neurológicas pertinentes.

El último punto es de los más relevantes y el que requiere una compleja elaboración, dado que se refiere a la veracidad del testimonio y la relación de los síntomas con este; debiendo responder la siguiente pregunta: *“¿Indica el cuadro clínico que exista una falsa alegación de tortura?”*; en cualquiera de los casos, tanto si se considera verídico el alegato, cómo si no; es



necesario que se plasme el razonamiento clínico que fundamenta la determinación, mostrando la relación que se realizó entre el relato de los hechos, la historia de vida, el historial médico y los hallazgos clínicos encontrados; aterrizándolo en la etiología, evolución y etapa de las secuelas.

El último apartado del informe, lo conforma la presentación de las conclusiones finales, lo que con base en el “Protocolo de Estambul” (Anexo IV, sección 13 del Protocolo de Estambul), deberán incluir los siguientes rubros: a) una declaración sobre la opinión acerca de la consistencia entre todas las fuentes de evidencia y las alegaciones de tortura y malos tratos; b) reiteración de los síntomas y/o discapacidades que el individuo continua padeciendo como resultado de los presuntos malos tratos y c) ofrecimiento de recomendaciones para evaluaciones y/o cuidados posteriores para el individuo; además de una declaración jurada sobre las bases de las leyes que la información contenida es verdadera, y se analizó con base en pericia técnico científica.

Sobre el primer punto, el profesional deberá redactar un enunciado en el que plasme con base en la evidencia y cruce de información, su opinión sobre la consistencia o inconsistencia del alegato de tortura.

En el segundo se plasmarán aquellas secuelas presentes en el individuo derivadas de los hechos de tortura y/o malos tratos; así como recomendaciones para su atención y reparación.

Al final y antes de la firma autógrafa se redacta una declaración jurada con base en las leyes vigentes en la que se plasme garantice la veracidad de la información contenida en el informe, así como que esta fue recolectada y analizada con base en un método científico.

### **Consideraciones finales.**

El presente trabajo es el cuarto de una serie que aborda la valoración psicológica para casos de posible Tortura, siendo que nos hemos referido al concepto de Tortura, algunos aspectos



estadísticos y epidemiológicos, las consideraciones éticas y de autocuidado para realizar la valoración; así como los aspectos técnicos de la clínica y psicometría aplicada.

En este nos enfocamos en la redacción del informe psicológico; entendiendo que este es la parte culminante del proceso de valoración, en el que se plasman los datos recolectados, los hallazgos observados; así como la integración e interpretación de estos.

Consideramos que un informe psicológico de tortura cumple con funciones clínicas y forenses a diferencia de otros; siendo que desde la perspectiva clínica, este muestra el estado psicológico del paciente al momento de la evaluación, a partir del cual se pueden establecer criterios diagnósticos y delinear estrategias de tratamiento e intervención; mientras que desde el punto de vista forense, cumple con los requisitos de ser un instrumento de prueba, que permite a las instancias judiciales tomar decisiones sobre los resultados que contiene dentro de una investigación de tortura y violaciones a Derechos Humanos.

Desde las dos perspectivas, el informe de valoración psicológica para casos de tortura, debe cumplir con los requisitos de ética, neutralidad, objetividad, calidad y validez científica, además de encontrarse regulado y enmarcado por instrumentos internacionales como el “Protocolo de Estambul”.

Para garantizar la validez del informe, es necesario que el profesional de la psicología lo elabore siguiendo los lineamientos del Protocolo, incluyendo la información pertinente en los rubros marcados, teniendo especial cuidado en la interpretación de los hallazgos, para detectar y evitar en la medida de lo posible la emisión de opiniones falso positivas o negativas; que tendrían profundas consecuencias en la vida de las personas.

La Tortura como violación a los Derechos Humanos, está considerada como una de las más graves que se pueden cometer por servidores públicos o agentes del estado, pero considerada desde el punto de vista psicológico, es profundamente devastadora, especialmente porque es un daño físico y psíquico ocasionado por otro ser humano, donde la



víctima es despojada de su condición de sujeto y colocada en el lugar de objeto del Deseo del Otro, suprimida de toda posibilidad de afirmación existencial; mientras que el perpetrador vuelca sobre su objeto pulsiones sádicas que le permiten “Gozar”; colocándolo en una condición de poder y completud omnipotentes mientras dura la acción, quedando posteriormente vacío y deshumanizado igualmente.

Resulta fundamental que se realice investigación académica más profunda sobre el tema, a partir de la cual sea posible comprender los mecanismos de la relación Torturado-Torturador, para tener una visión más amplia que permita la prevención de la ocurrencia del fenómeno, así como mejores posibilidades de intervención ante las personas que han sido expuestas a esta.

## Referencias.

- Baykal, T.; Schlar, C.; Kapkin, e. (2004) *Evidencia Psicológica de Tortura: Una guía práctica del Protocolo de Estambul para Psicólogos*. International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhague Dinamarca.
- Bezanilla, JM y Miranda, A. (2012) *La tortura y el Protocolo de Estambul: Una perspectiva psicológica*. En *Psicología de la Violencia Tomo I: Causas, Prevención y Afrontamiento*. AMAPSI Editorial México.
- ----- (2013) *VALORACIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE POSIBLE TORTURA: Consideraciones preliminares*. Revista Científica Electrónica de Psicología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, No. 15 2013.
- ----- (s/a) *VALORACIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE POSIBLE TORTURA: Consideraciones técnicas*. En Prensa.



- Brunete, M; Rsteban, V; Fernández, T; *et al.* (s/a) “Cómo escribir un informe psicológico” Centro de psicología aplicada, Universidad Autónoma de Madrid, España y
- Echeburua, E; Muñoz, JM; y Lornas, I (2001) “*La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro*”. International Journal of clinical and health psychology, No. 1, Vol. 11.
- González, E. y cols. (2010) *Desarrollo de las secuelas postraumáticas: factores que intervienen y elementos clínicos*. Interpsiquis 2010, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- González, E; *et al.* (2010) “*El desarrollo de las secuelas postraumáticas: factores que intervienen y elementos clínicos*”. Ponencia en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría; Interpsiquis 2010.
- Heredia, C; Santaella, G. y Somarriba, L. (2012) “*Informe Psicológico*” Textos de apoyo didáctico, Facultad de Psicología, UNAM; México.
- IRCT (2007) *Evaluación psicológica de alegaciones de tortura: Una guía práctica del protocolo de estambul para psicólogos*. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Copenhagen
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2004) *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes “Protocolo de Estambul*; Ginebra.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2007) *Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México*. México.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2001) *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes “Protocolo de Estambul*”; Ginebra.



- ----- (2004) *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes “Protocolo de Estambul”*; Ginebra.
- Pool-Burgos, A. (2006) *Análisis desde el Modelo Traumatógeno de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba Persona bajo la Lluvia*. Psykhe, Vol. 15, No. 001, Pontificia Universidad Católica de Chile; Santiago, Chile.
- Real Academia Española. (2001) *Diccionario de la Lengua Española – Vigésima segunda edición*. [www.rae.es](http://www.rae.es) Consultado el 22 de julio del 2013 a las 13:00 hrs.
- Vargas-Duran, R. (2010) *Genero y experiencias traumáticas en víctimas de violencia política*. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, España.
- Vargas-Mendoza, JE. (2007) *Examen del estado mental*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C

