



CNDH
M É X I C O

**Manual para la investigación y
documentación eficaces de la
tortura y otros tratos o penas
cruelles, inhumanos o degradantes**

P R O T O C O L O D E
E S T A M B U L

RUTH VILLANUEVA
(COMPILADORA)

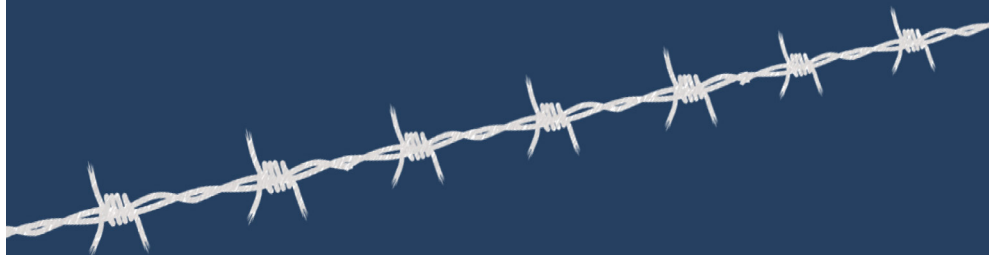




CNDH
M É X I C O

**Manual para la investigación y
documentación eficaces de la
tortura y otros tratos o penas
cruelles, inhumanos o degradantes**

P R O T O C O L O D E
E S T A M B U L



Primera edición: junio, 2017

ISBN: 978-607-729-331-6

**D. R. © Comisión Nacional de
los Derechos Humanos**

Periférico Sur 3469,
esquina Luis Cabrera,
Col. San Jerónimo Lídice,
C. P. 10200, Ciudad de México.

Formación:

Éricka Toledo Piñón

Impreso en México

PRESENTACIÓN

Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se reconoce universalmente la prohibición absoluta de la tortura como una norma de *ius cogens*, dicho señalamiento sería detalladamente abordado en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, así como la necesidad de prevenirla en el Protocolo Facultativo de la referida Convención.

Este Protocolo además, insta a los Estados partes a cumplir con dicha obligación mediante el establecimiento de un sistema de visitas periódicas a los lugares de detención, surgiendo así los Mecanismos Nacionales de Prevención de la Tortura.

Por ser la tortura una de las más graves violaciones a los Derechos Humanos que puede sufrir una persona, los Estados miembros de Naciones Unidas se vieron obligados a trabajar insistentemente para lograr su erradicación. Así mismo, el sistema interamericano aportó instrumentos valiosos para ampliar las consideraciones y ámbitos de protección a las víctimas a través de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.

México firmó el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes el 23 de septiembre de 2003, y ratificó el instrumento el 11 de abril de 2005, entrando en vigor el 22 de junio de 2006.

Desde el 25 de junio de 2007, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos es reconocida como la instancia en México en donde se llevan a cabo las funciones asignadas en los artículos 17 y 18.4 del Protocolo Facultativo para los Mecanismos Nacionales

de Prevención de la Tortura, tras una previa regulación de su funcionamiento prevista en el convenio de colaboración entre la CNDH y diversas dependencias del Ejecutivo Federal, signed el 22 de junio del mismo año.

Derivado de la aceptación por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de la instauración y funcionamiento de un Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT), el Consejo Consultivo de la CNDH aprobó la modificación al artículo 61 del Reglamento Interno, en donde, se estableció como responsable de coordinar las acciones de este Mecanismo Nacional, a la Tercera Visitaduría General.

Este Organismo Nacional desde el momento en que asumió dicho compromiso, ha instado, en repetidas ocasiones, a las distintas autoridades del país, a fortalecer el mandato y la capacidad de acción del MNPT, de tal suerte que les sea permitido cumplir con tan importante labor de prevención.

A 10 años de su creación, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, se ha consolidado como el órgano encargado de verificar las condiciones de estancia de las personas privadas de la libertad en el país, además de tener el compromiso de promover acciones diversas para prevenir la tortura.

Es en virtud de esta celebración, se publica el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, mejor conocido como “Protocolo de Estambul” herramienta práctica de apoyo para ser utilizado como guía en el análisis de casos de tortura.

Es de reconocer que las acciones que se realizan en este Organismo Nacional, se encaminan a fortalecer una cultura de prevención y de legalidad, promoviendo, respetando, protegiendo y garantizando los derechos humanos.

Con esta publicación, esta Comisión Nacional pretende dar una mayor difusión del instrumento que se ha posicionado

como una herramienta fundamental a utilizar en cualquier investigación que se realice en torno de la tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Lic. Luis Raúl González Pérez

Presidente de la CNDH

22 de junio de 2017.

A 10 AÑOS DEL MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT), es el órgano encargado de realizar visitas de supervisión y seguimiento, a los lugares de detención, con el objetivo fundamental de prevenir actos de tortura, conforme lo establece el Protocolo Facultativo. A 10 años de haber iniciado sus actividades es pertinente señalar algunas de las acciones y resultados que permite valorar bajo una retrospectiva el camino que se ha seguido y con ello proyectar las tareas a emprender.

Hoy en día la situación por la que pasa México ante el flagelo de la tortura y el maltrato, exige un pleno conocimiento de la fenomenología que propicia dichas prácticas, en este sentido, convenir su prevención resulta fundamental en el establecimiento de las estrategias necesarias para inhibir estas conductas e impedir su impunidad.

Dentro de las primeras acciones que llevó a cabo el MNPT fue la elaboración de diez guías de supervisión basadas en estándares nacionales e internacionales, estructuradas por un conjunto de procedimientos operativos y analíticos, con el fin de evaluar, desde un enfoque preventivo, las condiciones que imperan en los distintos lugares de detención, e identificar situaciones que pudieran derivar en la incidencia de casos de tortura o cualquier tipo de maltrato, mismas que se han aplicado en los diversos lugares de detención que ha visitado el MNPT, tales como: Agencias del Ministerio Público y Fiscalías, Centros de Arraigo, Centros de Reinserción Social, Centros de Reinserción Social Femeniles, Centros de Internamiento para Adolescentes, Instituciones Psiquiátricas, Estaciones Migratorias y Estancias Provisionales, Áreas de Aseguramiento municipales, Centros de Internamiento para Adicciones y Albergues.

A través de dichos instrumentos se revisa la observancia de cinco aspectos:

- Recibir un trato humano y digno.
- Legalidad y seguridad jurídica.
- Protección de la salud.
- Integridad personal.
- Derechos humanos de grupos en situación de vulnerabilidad.

El MNPT también llevó a cabo el análisis para dimensionar el universo de lugares que susceptibles de ser visitados en México que albergan a personas privadas de la libertad, a efecto de realizar un trabajo programado y bajo una estrategia estructurada a partir de un conjunto de procedimientos diseñados para valorar las condiciones de detención que imperan en los distintos centros de detención e internamiento y con ello detectar si existen situaciones que pudieran derivar en la incidencia de casos de tortura o maltrato.

Así, desde 2007, el personal del MNPT ha llevado a cabo 4,850 visitas a múltiples lugares de detención en todo el territorio de la República Mexicana, lo que ha dado como resultado la emisión de 134 informes, 71 iniciales y 63 de seguimiento, así como 6 recomendaciones del MNPT, los cuales se han dirigido tanto a autoridades federales, estatales como municipales.



VISITAS POR tipo de LUGAR DE DETENCIÓN 2007- 2017*

AGENCIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO, FISCALÍAS Y CENTROS DE ARRAIGO	SEPAROS DE SEGURIDAD PÚBLICA O DE JUZGADOS CÍVICOS	CENTROS DE RECLUSIÓN FEDERALES, ESTATALES Y MILITARES	CÁRCELES MUNICIPALES O DISTRITALES	CENTROS PARA ADOLESCENTES	ALBERGUES PARA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE DELITOS Y/O ASISTENCIA SOCIAL	INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS	ESTACIONES Y ESTANCIAS MIGRATORIAS	TOTAL
1,938	1,131	722	408	283	154	137	77	4,850

* Marzo de 2017

Aunado a lo anterior, se implementó el Programa Espacio de Oportunidades, a través del cual se llevan a cabo visitas a lugares de detención a fin de efectuar reuniones de trabajo con autoridades responsables, a efecto de establecer acciones conjuntas de sensibilización del personal que labora en esas instituciones. Así mismo se realizan acciones de capacitación y elaboración de publicaciones en materia de divulgación sobre derechos humanos y prevención de la tortura.

Con todo ello, el MNPT ha contribuido a prevenir actos de tortura y malos tratos, propugnando por el mejoramiento de las condiciones que favorezcan el respeto de los derechos humanos

de las personas privadas de su libertad en lugares de detención del país, con la conformación de un grupo multidisciplinario de profesionales con capacidad y experiencia para evaluar los lugares de detención, así como la atención que se brinda, teniendo como fin la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

**MANUAL PARA LA INVESTIGACIÓN Y
DOCUMENTACIÓN EFICACES DE LA TORTURA
Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES,
INHUMANOS O DEGRADANTES**

Protocolo de Estambul

ÍNDICE

Autores que han contribuido y otros participantes	xix
INTRODUCCIÓN	25
I. NORMAS JURÍDICAS INTERNACIONALES APLICABLES	29
A. El derecho internacional humanitario	29
B. Las Naciones Unidas	31
1. Obligaciones legales de prevenir la tortura	33
2. Órganos y mecanismos de las Naciones Unidas	35
C. Las organizaciones regionales	42
1. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos	42
2. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos	45
3. El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes	48
4. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Tribunal Africano de Derechos Humanos y de los Pueblos	50
D. La Corte Penal Internacional	51
II. CÓDIGOS ÉTICOS PERTINENTES	53
A. La ética de la profesión jurídica	53
B. La ética de la atención de salud	54
1. Declaraciones de las Naciones Unidas en relación con los profesionales de la salud	55

2. Declaraciones de órganos profesionales internacionales	57
3. Códigos nacionales de ética médica	58
C. Principios comunes a todos los códigos de ética de la atención de salud	59
1. El deber de dar una asistencia compasiva	59
2. Consentimiento informado	62
3. Confidencialidad	63
D. Profesionales de la salud con doble obligación	64
1. Principios orientadores de todos los médicos con doble obligación	65
2. Dilemas resultantes de la doble investigación	66
III. INVESTIGACIÓN LEGAL DE LA TORTURA	71
A. Objetivos de la investigación de casos de tortura	72
B. Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	73
C. Procedimientos para la investigación de casos de tortura	77
1. Determinación del órgano investigador adecuado	77
2. Entrevistar a la presunta víctima y a otros testigos	78
3. Asegurar y obtener pruebas físicas	86
4. Indicios médicos	88
5. Fotografías	89
D. Comisión de indagación	90
1. Definir el objeto de la investigación	90

2. Facultades de la comisión	91
3. Criterios para la selección de miembros	91
4. El personal de la comisión	92
5. Protección de los testigos	93
6. Procedimiento	93
7. Aviso de la investigación	93
8. Recepción de pruebas	93
9. Derechos de las partes	94
10. Evaluación de las pruebas	94
11. Informe de la comisión	95
IV. CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVAS	
A LAS ENTREVISTAS	97
A. Finalidad de la investigación, el examen y la documentación	97
B. Salvaguardias de procedimiento con respecto a los detenidos	99
C. Visitas oficiales a centros de detención	101
D. Técnicas de interrogación	105
E. Documentación de los antecedentes	105
1. Historia psicosocial y previa al arresto	105
2. Resumen de la detención y los malos tratos	106
3. Circunstancias de la detención	106
4. Lugar y condiciones de detención	107
5. Métodos de tortura y malos tratos	107

F. Evaluación de los antecedentes	109
G. Examen de los métodos de tortura	110
H. Riesgo de nueva traumatización del entrevistado	113
I. Uso de intérpretes	114
J. Cuestiones de género	116
K. Indicaciones para la remisión a otros especialistas	117
L. Interpretación de los hallazgos y conclusiones	118
V. SEÑALES FÍSICAS DE TORTURA	121
A. Estructura de la entrevista	122
B. Historial médico	124
1. Síntomas agudos	125
2. Síntomas crónicos	126
3. Resumen de la entrevista	126
C. El examen físico	126
1. La piel	128
2. La cara	128
3. El tórax y el abdomen	131
4. El sistema musculoesquelético	131
5. El sistema genitourinario	132
6. Sistemas nerviosos central y periférico	132
D. Examen y evaluación tras modalidades específicas de tortura	133
1. Golpes y otras formas de traumatismo contuso	134
2. Golpes en los pies	140

3. Suspensión	143
4. Otras torturas de posición	146
5. Tortura por choques eléctricos	147
6. Tortura dental	148
7. Asfixia	148
8. Tortura sexual, incluida la violación	149
E. Pruebas de diagnóstico especializadas	158
VI. INDICIOS PSICOLÓGICOS DE LA TORTURA	161
A. Generalidades	161
1. El papel central de la evaluación psicológica	161
2. El contexto de la evaluación psicológica	164
B. Secuelas psicológicas de la tortura	165
1. Precauciones aconsejables	165
2. Reacciones psicológicas más frecuentes	166
3. Clasificaciones de diagnóstico	170
C. Evaluación psicológica/psiquiátrica	176
1. Consideraciones éticas y clínicas	176
2. El proceso de la entrevista	178
3. Componentes de la evaluación psicológica/ psiquiátrica	185
4. Evaluación neuropsicológica	192
5. Los niños y la tortura	200

ANEXOS

I. Principios relativos a la investigación y documentación
eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles,
inhumanos o degradantes 205

II. Pruebas de diagnóstico 211

III. Dibujos anatómicos para documentar la tortura
y los malos tratos 221

IV. Directrices para la evaluación médica de la tortura
y los malos tratos 229

AUTORES QUE HAN CONTRIBUIDO Y OTROS PARTICIPANTES

Coordinadores del proyecto

Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston.

Dr. Önder Özkaliç, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Estambul.

Sra. Caroline Schlar, Action for Torture Survivors (HRFT), Ginebra.

Comité editorial

Dr. Kathleen Allden, Clínica Psiquiátrica Indochina, Boston, y Departamento de Psiquiatría, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire.

Dr. Türkcan Baykal, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Esmirna.

Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston.

Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago.

Dr. Önder Özkaliç, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Estambul.

Dr. Michael Peel, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres.

Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Universidad Columbia, Nueva York.

Sr. James Welsh, Amnistía Internacional, Londres.

Relatores

- Dr. Kathleen Alden, Clínica Psiquiátrica Indochina, Boston, y Departamento de Psiquiatría, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire.
- Sra. Barbara Frey, Institute for Global Studies, Universidad de Minnesota, Minneapolis.
- Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago.
- Dr. Şebnem Korur Fincanci, Sociedad de Especialistas en Medicina Forense, Estambul.
- Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Universidad Columbia, Nueva York.
- Sra. Ann Sommerville, British Medical Association, Londres.
- Dr. Numfondo Walaza, The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Ciudad del Cabo.

Autores que han contribuido

- Dr. Suat Alptekin, Departamento de Medicina Forense, Estambul.
- Dr. Zuhale Amato, Departamento de Ética, Facultad de Medicina Dokuz Eylül, Esmirna Dr. Alp Ayan, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Esmirna.
- Dr. Semih Aytaçlar, Sonomed, Estambul.
- Dr. Metin Bakkalci, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Ankara.
- Dr. Ümit Biçer, Sociedad de Especialistas en Medicina Forense, Estambul.
- Dr. Yeşim Can, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Estambul.
- Dr. John Chisholm, British Medical Association, Londres.
- Dr. Lis Danielsen, Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de la Tortura, Copenhague.

- Dr. Hanan Diab, Médicos para los Derechos Humanos Palestina, Gaza.
- Sr. Jean-Michel Diez, Asociación para la Prevención de la Tortura, Ginebra.
- Dr. Yusuf Doğar, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Estambul.
- Dr. Morten Ekstrom, Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de la Tortura, Copenhague.
- Profesor Ravindra Fernando, Departamento de Medicina Forense y Toxicología, Universidad de Colombo, Colombo.
- Dr. John Fitzpatrick, Cook County Hospital, Chicago.
- Sra. Camile Giffard, Universidad de Essex, Inglaterra.
- Dr. Jill Glick, Hospital Infantil de la Universidad de Chicago, Chicago.
- Dr. Emel Gökmen, Departamento de Neurología, Universidad de Estambul, Estambul.
- Dr. Norbert Gurrus, Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlín.
- Dr. Hakan Gürvit, Departamento de Neurología, Universidad de Estambul, Estambul.
- Dra. Karin Helweg-Larsen, Asociación Médica Danesa, Copenhague.
- Dr. Gill Hinshelwood, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres.
- Dr. Uwe Jacobs, Survivors International, San Francisco.
- Dr. Jim Jaranson, The Center for Victims of Torture, Minneapolis
- Sra. Cecilia Jimenez, Asociación para la Prevención de la Tortura, Ginebra
- Sra. Karen Johansen Meeker, Escuela de Derecho de la Universidad de Minnesota, Minneapolis.

Dr. Emre Kapkin, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Esmirna.

Dr. Cem Kaptanoğlu, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad Osmangazi, Eskişehir.

Profesora Ioanna Kuçuradi, Centro de Investigaciones y Aplicación de la Filosofía y los Derechos Humanos, Universidad Hacettepe, Ankara.

Sr. Basem Lafi, Programa de Salud Mental de la Comunidad de Gaza, Gaza.

Dra. Elizabeth Lira, Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago.

Dr. Veli Lök, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Esmirna.

Dra. Michèle Lorand, Cook County Hospital, Chicago.

Dr. Ruchama Marton, Médicos para los Derechos Humanos Israel, Tel Aviv.

Sra. Elisa Massimino, Lawyers Committee for Human Rights, Nueva York.

Sra. Carol Mottet, Consultora jurídica, Berna.

Dr. Fikri Öztop, Departamento de Patología, Facultad de Medicina de la Universidad Ege, Esmirna.

Sr. Alan Parra, Oficina del Relator Especial sobre la Tortura, Ginebra.

Dra. Beatrice Patsalides, Survivors International, San Francisco.

Dr. Jean Pierre Restellini, Unidad de Concienciación sobre Derechos Humanos, Dirección de Derechos Humanos, Consejo de Europa, Estrasburgo.

Sr. Nigel Rodley, Relator Especial sobre la Tortura, Ginebra Dr. Füsün Sayek, Asociación Médica Turca, Ankara.

Dra. Françoise Sironi, Centre Georges Devereux, Universidad de París VIII, París.

- Dr. Bent Sorensen, Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de la Tortura, Copenhague, y Comité contra la Tortura, Ginebra.
- Dr. Nezir Suyugül, Departamento de Medicina Forense, Estambul.
- Sra. Asmah Tareen, Escuela de Derecho de la Universidad de Minnesota, Minneapolis.
- Dr. Henrik Klem Thomsen, Departamento de Patología, Hospital Bispebjerg, Copenhague.
- Dr. Morris Tidball-Binz, Programa de Prevención de la Tortura, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica.
- Dr. Nuray Türksoy, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Estambul.
- Sra. Hülya Üçpınar, Oficina de Derechos Humanos, Asociación de Juristas de Esmirna, Esmirna.
- Dr. Adriaan van Es, Fundación Johannes Wier, Amsterdam.
- Sr. Ralf Wiedemann, Escuela de Derecho de la Universidad de Minnesota, Minneapolis.
- Dr. Mark Williams, The Center for Victims of Torture, Minneapolis.

Participantes

- Sr. Alessio Bruni, Comité contra la Tortura, Ginebra.
- Dr. Eyad El Sarraj, Programa de Salud Mental de la Comunidad de Gaza, Gaza.
- Dra. Rosa Garcia-Peltoniemi, The Center for Victims of Torture, Minneapolis
- Dr. Ole Hartling, Asociación Médica Danesa, Copenhague.
- Dr. Hans Petter Hougen, Asociación Médica Danesa, Copenhague.
- Dr. Delon Human, Asociación Médica Mundial, Ferney-Voltaire, Francia.

- Dr. Darío Lagos, Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, Buenos Aires.
- Dr. Frank Ulrich Montgomery, Asociación Médica Alemana, Berlín.
- Sr. Daniel Prémont, Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura, Ginebra.
- Dr. Jagdish C. Sobti, Asociación Médica India, Nueva Delhi.
- Sr. Trevor Stevens, Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, Estrasburgo.
- Sr. Turgut Tarhanli, Departamento de Relaciones Internacionales y de Derechos Humanos, Universidad Bogùazici, Estambul.
- Sr. Wilder Taylor, Human Rights Watch, Nueva York.
- Dr. Joergen Thomsen, Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura, Copenhague.

Este proyecto ha sido financiado con el generoso apoyo del Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura; la División de Derechos Humanos y Política Humanitaria del Departamento Federal de Asuntos Exteriores, Suiza; la Oficina de Instituciones Democráticas y Derechos Humanos de la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa; la Cruz Roja Sueca; la Fundación de Derechos Humanos de Turquía y Physicians for Human Rights. Se ha obtenido apoyo suplementario del Centro para las Víctimas de la Tortura; la Asociación Médica Turca; el Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura; Amnistía Internacional Suiza y la Asociación Cristiana para la Prohibición de la Tortura, Suiza.

La publicación de la versión revisada del Manual contó con el apoyo financiero de la Comisión Europea. La obra de arte que figura en su portada fue donada al Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura por el Centro de Víctimas de la Tortura de Nepal.

INTRODUCCIÓN

A los efectos del presente Manual se define la tortura con las mismas palabras empleadas en la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, de 1984:

“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”.¹

La tortura suscita profunda inquietud en la comunidad mundial. Su objetivo consiste en destruir deliberadamente no sólo el bienestar físico y emocional de la persona sino también, en ciertos casos, la dignidad y la voluntad de comunidades enteras.

¹ Desde 1982, las recomendaciones sobre la asistencia de las Naciones Unidas a las víctimas de la tortura hechas por la Junta de Síndicos del Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura al Secretario General de las Naciones Unidas se basan en el artículo 1 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes según la cual “la tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato o pena cruel, inhumano o degradante” y “no se considerarán tortura las penas o sufrimientos que sean consecuencia únicamente” de sanciones legítimas, o sean inherentes o incidentales a éstas, “en la medida en que estén en consonancia con las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos” y con otros instrumentos internacionales pertinentes.

Es algo que concierne a todos los miembros de la familia humana porque ataca a la misma base de nuestra existencia y de nuestras esperanzas de un futuro mejor.²

Aunque la normativa internacional de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario prohíben sistemáticamente la tortura en cualquier circunstancia (véase cap. I), la tortura y los malos tratos se practican en más de la mitad de los países del mundo.^{3y4} La notable discordancia que existe entre la prohibición absoluta de la tortura y su prevalencia en el mundo de hoy demuestra la necesidad de que los Estados identifiquen y pongan en práctica medidas eficaces para proteger a las personas contra la tortura y los malos tratos. El presente manual se ha preparado para contribuir a que los Estados utilicen uno de los medios fundamentales para la protección de los individuos contra la tortura: una documentación eficaz. Esta documentación saca 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, por ejemplo, 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. Respecto de los casos de profesionales de la salud que han sido obligados a descuidar, interpretar incorrectamente o falsificar las pruebas de tortura, este manual ofrece además un punto de referencia internacional tanto para los profesionales de la salud como para los encargados de hacer justicia.

En el curso de los dos últimos decenios se ha aprendido mucho sobre la tortura y sus consecuencias, pero antes del presente manual no se contaba con directrices internacionales para su

² V. Iacopino, “Treatment of survivors of political torture: commentary”, *The Journal of Ambulatory Care Management*, vol. 21, Núm. 2, 1998, pp. 5-13.

³ Amnistía Internacional, *Amnistía Internacional: Informe, 1999*, Londres, EDAI, 1999.

⁴ M. Başoğlu, “Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach”, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 270, 1993, pp. 606-611.

documentación. Se pretende que el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Protocolo de Estambul) constituya las directrices internacionales para examinar a las personas que aleguen haber sufrido tortura y malos tratos, para investigar los casos de presunta tortura y para comunicar los resultados obtenidos a los órganos judiciales y otros órganos investigadores. El Manual incluye los Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (véase el anexo I). Estos principios esbozan unas normas mínimas para que los Estados puedan asegurar una documentación eficaz de la tortura.⁵

Las directrices que contiene este manual no se presentan como un protocolo fijo. Más bien representan unas normas mínimas basadas en los principios y deben utilizarse teniendo en cuenta los recursos disponibles. El manual y los principios son el resultado de tres años de análisis, investigación y redacción a cargo de más de 75 expertos en derecho, salud y derechos humanos que representaban a 40 organizaciones o instituciones de 15 países. La conceptualización y preparación del manual es producto de la colaboración entre expertos forenses, médicos, psicólogos, observadores de los derechos humanos y juristas de Alemania, Chile, Costa Rica, Dinamarca, Estados Unidos de América, Francia, India, Israel, Países Bajos, Reino Unido, Sri Lanka, Sudáfrica, Suiza y Turquía, así como de los Territorios Palestinos Ocupados.

⁵ Los Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes se anexaron a la resolución 55/89 de la Asamblea General, de 4 de diciembre de 2000, y a la resolución 2000/43 de la Comisión de Derechos Humanos, de 20 de abril de 2000, ambas aprobadas sin votación.

Capítulo I

NORMAS JURÍDICAS INTERNACIONALES APLICABLES

1. El derecho a no ser sometido a tortura está firmemente establecido en el derecho internacional. La Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes prohíben expresamente la tortura. Del mismo modo, varios instrumentos regionales establecen el derecho a no ser sometido a tortura. La Convención Americana de Derechos Humanos, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales contienen prohibiciones expresas de la tortura.

A. El derecho internacional humanitario

2. Los tratados internacionales que rigen los conflictos armados establecen un derecho internacional humanitario o las leyes de la guerra. La prohibición de la tortura en el derecho internacional humanitario no es más que una pequeña, aunque importante, parte de la protección más amplia que brindan esos tratados a todas las víctimas de la guerra. Los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 han sido ratificados por 188 Estados. Fijan normas para el desarrollo de los conflictos armados internacionales y, en particular, sobre el trato a las personas que no toman parte o que han dejado de tomar parte en las hostilidades, incluidos los heridos, los capturados y los civiles. Los cuatro Convenios prohíben la práctica de la tortura y de otros malos tratos. Dos Protocolos de 1977, adicionales a los Convenios de Ginebra, amplían la protección y el ámbito de esos Convenios. El

Protocolo I (ratificado hasta la fecha por 153 Estados) se refiere a los conflictos internacionales. El Protocolo II (ratificado hasta la fecha por 145 Estados) se refiere a los conflictos que no son de índole internacional.

3. A este propósito es más importante el llamado “artículo 3 común”, que se encuentra en los cuatro Convenios. El artículo 3 común se aplica a los conflictos armados que “no sean de índole internacional”, sin que se definan con mayor precisión. Se considera que define las obligaciones fundamentales que deben respetarse en todos los conflictos armados, no sólo en las guerras internacionales entre distintos países. En general se infiere de ello que sea cual fuere la naturaleza de una guerra o conflicto existen ciertas normas básicas que no pueden soslayarse. La prohibición de la tortura es una de ellas y representa un elemento común al derecho internacional humanitario y a la normativa internacional de los derechos humanos.

4. El artículo 3 común dice así:

[...] se prohíben, en cualquier tiempo y lugar [...] atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura [...] atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes [...].

5. Según Nigel Rodley, Relator Especial sobre la tortura:

Difícilmente podría formularse en términos más absolutos la prohibición de la tortura y otros malos tratos. De acuerdo con el comentario oficial al texto formulado por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), no queda el menor resquicio; no puede haber ninguna excusa, no existen circunstancias atenuantes.⁶

6. Un vínculo más entre el derecho internacional humanitario y la normativa internacional de los derechos humanos se encuentra en el preámbulo del Protocolo II, relativo a los conflictos armados sin carácter internacional (como las guerras civiles declaradas), en el que se observa que: “[...]”

⁶ N. Rodley, *The Treatment of Prisoners under International Law*, 2nd. ed., Oxford, Clarendon Press, 1999, p. 58.

los instrumentos internacionales relativos a los derechos humanos ofrecen a la persona humana una protección fundamental”.⁷

B. Las Naciones Unidas

7. Para asegurar la adecuada protección de todas las personas contra la tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, durante muchos años las Naciones Unidas han procurado elaborar normas universalmente aplicables. Los convenios, declaraciones y resoluciones adoptados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas afirman claramente que no puede haber excepciones a la prohibición de la tortura y establecen distintas obligaciones para garantizar la protección contra tales abusos. Entre los más importantes de esos instrumentos figuran la Declaración Universal de Derechos Humanos,⁸ el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,⁹ las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos,¹⁰ la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Declaración sobre la Protección contra la Tortura),¹¹ el Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley,¹² los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles,

⁷ Segundo párrafo del preámbulo del Protocolo II (1977) adicional a los Convenios de Ginebra de 1949.

⁸ Resolución 217A (III) de la Asamblea General, de 10 de diciembre de 1948, art. 5; véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General*, tercer período de sesiones, (A/810), p. 34.

⁹ Entró en vigor el 23 de marzo de 1976; véase la resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General, de 16 de diciembre de 1966, anexo, art. 7; *Documentos Oficiales de la Asamblea General*, vigésimo primer período de sesiones, Suplemento Núm. 16 (A/6316), p. 55, y Naciones Unidas, *Recueil des Traités*, vol. 999, p. 241.

¹⁰ Adoptadas el 30 de agosto de 1955 por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente.

¹¹ Resolución 3452 (XXX) de la Asamblea General, de 9 de diciembre de 1975, anexo, arts. 2 y 4; véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General*, trigésimo período de sesiones, Suplemento Núm. 34 (A/10034), p. 95.

¹² Resolución 34/169 de la Asamblea General, de 17 de diciembre de 1979, anexo, art. 5; véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General*, trigésimo cuarto período de sesiones, Suplemento Núm. 46 (A/34/46), p. 216.

inhumanos o degradantes (Principios de ética médica),¹³ la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos y Degradantes (Convención contra la Tortura),¹⁴ el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión (Conjunto de Principios sobre la Detención)¹⁵ y los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos.¹⁶

La Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura no incluye las penas o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.¹⁷

9. Otros órganos y mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas han adoptado medidas con el fin de elaborar normas para la prevención de la tortura y normas que obliguen a los Estados a investigar toda denuncia de tortura. Entre estos órganos y mecanismos figuran el Comité contra la Tortura, el Comité de Derechos Humanos, la Comisión de Derechos Humanos, el Relator Especial sobre la tortura, el Relator Especial sobre violencia contra la mujer y los relatores especiales para los países nombrados por la Comisión de Derechos Humanos.

¹³ Resolución 37/194 de la Asamblea General, de 18 de diciembre de 1982, anexo, principios 2 a 5; véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General, trigésimo séptimo período de sesiones*, Suplemento Núm. 51 (A/37/51), p. 265.

¹⁴ Entró en vigor el 26 de junio de 1987; véase la resolución 39/46 de la Asamblea General, de 10 de diciembre de 1984, anexo, art. 2; *Documentos Oficiales de la Asamblea General, trigésimo noveno período de sesiones*, Suplemento Núm. 51 (A/39/51), p. 212.

¹⁵ Resolución 43/173 de la Asamblea General, de 9 de diciembre de 1988, anexo, principio 6; véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General, cuadragésimo tercer período de sesiones*, Suplemento Núm. 49 (A/43/49), p. 319.

¹⁶ Resolución 45/111 de la Asamblea General, de 14 de diciembre de 1990, anexo, principio 1; véase *Documentos Oficiales de la Asamblea General, cuadragésimo quinto período de sesiones*, Suplemento Núm. 49 (A/45/49), p. 222.

¹⁷ Para una interpretación de lo que constituyen "sanciones legítimas", véase el Informe del Relator Especial sobre la tortura al 53o. período de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/1997/7, párrs. 3 a 11), en que el Relator Especial expresa su opinión de que la imposición de castigos como la lapidación a muerte, los azotes y la amputación no pueden ser considerados lícitos sólo porque hayan sido autorizados en un procedimiento legítimo en su forma. La interpretación defendida por el Relator Especial, que concuerda con la posición del Comité de Derechos Humanos y de otros mecanismos de las Naciones Unidas, fue ratificada por la resolución 1998/38 de la Comisión de Derechos Humanos, que "recuerda a los gobiernos que el castigo corporal puede ser equivalente a un trato cruel, inhumano o degradante, o hasta a la tortura".

1. Obligaciones legales de prevenir la tortura

10. Los instrumentos internacionales citados establecen ciertas obligaciones que los Estados deben respetar para asegurar la protección contra la tortura. Entre ellas figuran las siguientes:

- a) Tomar medidas legislativas, administrativas, judiciales o de otra índole eficaces para impedir los actos de tortura. En ningún caso podrán invocarse circunstancias excepcionales tales como el estado de guerra como justificación de la tortura (artículo 2 de la Convención contra la Tortura y artículo 3 de la Declaración sobre la Protección contra la Tortura).
- b) No se procederá a la expulsión, devolución o extradición de una persona a otro Estado cuando haya razones fundadas para creer que estaría en peligro de ser sometida a tortura (artículo 3 de la Convención contra la Tortura).
- c) Penalizar los actos de tortura, incluida la complicidad o la participación en ellos (artículo 4 de la Convención contra la Tortura, Principio 7 del Conjunto de Principios sobre la Detención, artículo 7 de la Declaración de Protección contra la Tortura y párrafos 31 a 33 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos).
- d) Hacer de la tortura un delito que dé lugar a extradición y ayudar a otros Estados Partes en lo que respecta a los procedimientos penales incoados en casos de tortura (artículos 8 y 9 de la Convención contra la Tortura).
- e) Limitar el uso de la detención en régimen de incomunicación; asegurar que los detenidos se mantienen en lugares oficialmente reconocidos como lugares de detención; asegurar que los nombres de las personas responsables de su detención figuran en registros fácilmente disponibles y accesibles a los interesados, incluidos familiares y amigos; registrar la hora y el lugar de todos los interrogatorios, junto con los nombres de las personas presentes; y garantizar que médicos, abogados y familiares tienen acceso a los detenidos (artículo 11 de la Convención contra la Tortura; Principios

11 a 13, 15 a 19 y 23 del Conjunto de Principios sobre la Detención; párrafos 7, 22 y 37 de las Normas mínimas para el tratamiento de los reclusos).

- f) Asegurar una educación y una información sobre la prohibición de la tortura en la formación profesional de los agentes del orden (civiles y militares), del personal médico, de los funcionarios públicos y otras personas indicadas (artículo 10 de la Convención contra la Tortura, artículo 5 de la Declaración sobre la Protección contra la Tortura, párrafo 54 de las Normas mínimas para el tratamiento de los reclusos).
- g) Asegurar que ninguna declaración que se demuestre que ha sido hecha como resultado de torturas pueda ser invocada como prueba en ningún procedimiento, salvo en contra de una persona acusada de tortura como prueba de que se formuló dicha declaración (artículo 15 de la Convención contra la Tortura, artículo 12 de la Declaración sobre la Protección contra la Tortura).
- h) Asegurar que las autoridades competentes procedan a una investigación pronta e imparcial siempre que haya motivos razonables para creer que se ha cometido un acto de tortura (artículo 12 de la Convención contra la Tortura, Principios 33 y 34 del Conjunto de Principios sobre la Detención, artículo 9 de la Declaración sobre la Protección contra la Tortura).
- i) Asegurar que toda víctima de tortura obtenga reparación e indemnización adecuadas (artículos 13 y 14 de la Convención contra la Tortura, artículo 11 de la Declaración sobre la Protección contra la Tortura, párrafos 35 y 36 de las Normas mínimas para el tratamiento de los reclusos).
- j) Asegurar que el o los presuntos culpables sean sometidos a un procedimiento penal si una investigación demuestra que parece haberse cometido un acto de tortura. Si se considera que una denuncia de trato o pena cruel, inhumano o degradante está bien fundada, el o los presuntos autores

serán sometidos a los procedimientos penales, disciplinarios o de otro tipo que correspondan (artículo 7 de la Convención contra la Tortura, artículo 10 de la Declaración sobre la Protección contra la Tortura).

2. Órganos y mecanismos de las Naciones Unidas

a) El Comité contra la Tortura

11. El Comité contra la Tortura supervisa el cumplimiento de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Está compuesto de diez expertos elegidos por su “gran integridad moral y reconocida competencia en materia de derechos humanos”. De conformidad con el artículo 19 de la Convención contra la Tortura, los Estados Partes deben presentar al Comité, por conducto del Secretario General, informes sobre las medidas que hayan adoptado para dar efectividad a los compromisos contraídos en virtud de la Convención. El Comité examina en qué medida las disposiciones de la Convención se han incorporado a la legislación nacional y cómo esto funciona en la práctica. El Comité examina cada informe y puede formular comentarios y recomendaciones generales, e incluir esta información en su informe anual a los Estados Partes y a la Asamblea General. Estos procedimientos se desarrollan en reuniones públicas.

12. De conformidad con el artículo 20 de la Convención contra la Tortura, si el Comité recibe información fiable que parezca indicar de forma fundamentada que se practica sistemáticamente la tortura en el territorio de un Estado Parte, invitará a ese Estado Parte a cooperar en el examen de la información y a tal fin presentar observaciones con respecto a la información de que se trate. El Comité podrá, si decide que ello se justifica, designar a uno o varios de sus miembros para que procedan a una investigación confidencial e informen urgentemente al Comité. En el acuerdo de ese Estado Parte, tal investigación podrá incluir una visita a su territorio. Después de examinar las conclusiones presentadas por ese miembro o grupo, el Comité transmitirá las conclusiones al Estado Parte de que se trate, junto con las

observaciones o sugerencias que estime pertinentes en vista de la situación. Todas las actuaciones del Comité en virtud del artículo 20 son confidenciales y en todas sus etapas éste procura recabar la cooperación del Estado Parte. Una vez concluidas estas actuaciones, tras celebrar consultas con el Estado Parte interesado, el Comité puede tomar la decisión de incluir un resumen de los resultados de las actuaciones en su informe anual a los otros Estados Partes y a la Asamblea General.¹⁸

13. De conformidad con el artículo 22 de la Convención contra la Tortura, un Estado Parte puede en cualquier momento reconocer la competencia del Comité para recibir y examinar las comunicaciones enviadas por personas sometidas a su jurisdicción, o en su nombre, que aleguen ser víctimas de una violación por un Estado Parte de las disposiciones de la Convención contra la Tortura. El Comité examinará esas comunicaciones a puerta cerrada y comunicará su parecer al Estado Parte y a la persona de que se trate. Sólo 39 de los 112 Estados Partes que han ratificado la Convención han reconocido también la aplicabilidad del artículo 22.

14. Entre las inquietudes expresadas por el Comité en sus informes anuales a la Asamblea General figura la necesidad de que los Estados Partes cumplan los artículos 12 y 13 de la Convención contra la Tortura para conseguir que se emprendan investigaciones prontas e imparciales sobre todas las quejas de tortura. Por ejemplo, el Comité ha señalado que considera que una demora de 15 meses en la investigación de una queja de tortura es excesiva y no satisface las exigencias del artículo 12.¹⁹ El Comité ha señalado además que el artículo 13 no exige la presentación formal de una denuncia de tortura sino que “basta la simple alegación por parte de la víctima para que surja la obligación del Estado de examinarla pronta e imparcialmente”.²⁰

¹⁸ Debe advertirse, sin embargo, que la aplicación del artículo 20 puede limitarse en virtud de una reserva presentada por un Estado Parte, en cuyo caso el artículo 20 no será aplicable.

¹⁹ Véase la comunicación 8/1991, párr. 185, Informe del Comité contra la Tortura a la Asamblea General (A/49/44), 12 de junio de 1994.

²⁰ Véase la comunicación 6/1990, párr. 10.4, Informe del Comité contra la Tortura a la Asamblea General (A/50/44), 26 de julio de 1995.

b) El Comité de Derechos Humanos

15. El Comité de Derechos Humanos fue establecido de conformidad con el artículo 28 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos con la función de vigilar la aplicación del Pacto por los Estados Partes. El Comité se compone de 18 expertos independientes que han de ser personas de gran integridad moral y reconocida competencia en materia de derechos humanos.

16. Los Estados Partes en el Pacto deben presentar cada cinco años informes sobre las disposiciones que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en el Pacto y sobre los progresos realizados en cuanto al goce de esos derechos. El Comité de Derechos Humanos estudia los informes dialogando con representantes del Estado Parte cuyo informe se examina. A continuación, el Comité adopta sus observaciones finales resumiendo sus principales motivos de preocupación y formulando al Estado Parte sugerencias y recomendaciones apropiadas. El Comité prepara además unas observaciones generales en las que interpreta artículos concretos del Pacto para orientar a los Estados Partes en sus informes, así como en la aplicación de las disposiciones del Pacto. En una de esas observaciones generales, el Comité se propuso aclarar el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que afirma que nadie deberá ser sometido a tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En la observación general sobre el artículo 7 del Pacto que figura en el informe del Comité se advierte concretamente que para la aplicación del artículo 7 no basta con prohibir la tortura o con declararla delito.²¹ El Comité afirma que “[...] los Estados deben garantizar una protección eficaz mediante algún mecanismo de control. Las denuncias de malos tratos deben ser investigadas eficazmente por las autoridades competentes”.

17. El 10 de abril de 1992, el Comité adoptó una nueva observación general acerca del artículo 7 en la que elaboraba sus observaciones

²¹ Naciones Unidas, documento A/37/40, 1982.

anteriores. El Comité reforzó su interpretación del artículo 7 señalando que “las denuncias deberán ser investigadas con celeridad e imparcialidad por las autoridades competentes a fin de que el recurso sea eficaz”. Cuando un Estado haya ratificado el primer Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, cualquier persona puede presentar al Comité una comunicación en la que sostenga que se han violado los derechos que le confiere el Pacto. Si se considera admisible la comunicación, el Comité adopta una decisión sobre el fondo de la cuestión y la hace pública en su informe anual.

c) La Comisión de Derechos Humanos

18. La Comisión de Derechos Humanos es el principal órgano de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos. Está compuesta por 53 Estados Miembros que son elegidos por el Consejo Económico y Social con un mandato de tres años. La Comisión se reúne todos los años durante seis semanas en Ginebra para ocuparse de las cuestiones de derechos humanos. La Comisión puede dar inicio a estudios y misiones de investigación, redactar convenciones y declaraciones para su aprobación por órganos superiores de las Naciones Unidas y examinar violaciones concretas de los derechos humanos en reuniones públicas o privadas. El 6 de junio de 1967, el Consejo Económico y Social, en su resolución 1235 (XLII), autorizó a la Comisión a examinar las denuncias de violaciones notorias de derechos humanos y a realizar un estudio a fondo de las situaciones que revelasen un cuadro persistente de violación de los derechos humanos.²² De acuerdo con este mandato, la Comisión, entre otros procedimientos, ha adoptado resoluciones en las que expresa su inquietud por las violaciones de los derechos humanos y ha nombrado relatores especiales para que se ocupen de violaciones de los derechos humanos en distintos ámbitos temáticos. La Comisión ha adoptado además resoluciones en relación con la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En su resolución 1998/38, la Comisión subrayó que “toda denuncia de torturas o de otros

²² *Ibid.*, E/4393, 1967.

tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes debe ser examinada oportuna e imparcialmente por la autoridad nacional competente”.

d) El Relator Especial sobre la cuestión de la tortura

19. En 1985, en su resolución 1985/33 la Comisión decidió nombrar a un Relator Especial sobre la tortura. El Relator Especial está encargado de solicitar y recibir información creíble y fidedigna sobre cuestiones relativas a la tortura y de responder sin demora a esas informaciones. En resoluciones ulteriores la Comisión ha seguido renovando el mandato del Relator Especial.

20. El Relator Especial tiene autoridad para vigilar la situación en todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas y todos aquellos que tienen la condición de observadores, hayan o no ratificado la Convención contra la Tortura. El Relator Especial se comunica con los diferentes gobiernos, les solicita información sobre las medidas legislativas y administrativas adoptadas para impedir la tortura y les pide que reparen las consecuencias en su caso, y además les pide que respondan a toda información que dé cuenta de casos concretos de tortura. El Relator Especial recibe asimismo solicitudes de intervención inmediata, que señala a la atención de los gobiernos interesados a fin de garantizar la protección del derecho de la persona a la integridad física y mental. Además, celebra consultas con los representantes de los gobiernos que deseen reunirse con él, y de conformidad con su mandato, realiza visitas *in situ* a determinadas partes del mundo. El Relator Especial presenta informes a la Comisión de Derechos Humanos y a la Asamblea General. Estos informes describen las actividades desarrolladas por el Relator Especial de acuerdo con su mandato y constantemente ponen de relieve la importancia de la rápida investigación de las denuncias de tortura. En el informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura del 12 de enero de 1995, el Relator Especial Nigel Rodley formuló una serie de recomendaciones. En el párrafo 926 g) del informe observaba:

Cuando un detenido o un familiar o un abogado presenta una denuncia por tortura, siempre debe realizarse una investigación. [...] Deben establecerse autoridades nacionales independientes, como una comisión nacional o un *ombudsman* con facultades de investigación y/o procesamiento, para que reciban e investiguen las denuncias. Las denuncias de torturas deben ser tramitadas inmediatamente e investigadas por una autoridad independiente que no tenga ninguna relación con la que esté investigando o instruyendo el caso contra la presunta víctima.²³

21. En su informe del 9 de enero de 1996, el Relator Especial insistió en esta recomendación.²⁴ Expresando su inquietud por las prácticas de tortura, puntualizó en el párrafo 136 que “tanto conforme al derecho internacional general como a la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, los Estados están obligados a investigar las denuncias de tortura”.

e) El Relator Especial sobre la violencia contra la mujer

22. El cargo del Relator Especial sobre la violencia contra la mujer fue establecido en 1994 por la Comisión de Derechos Humanos en su resolución 1994/45, y el mandato fue renovado en la resolución 1997/44. El Relator Especial ha establecido procedimientos para obtener explicaciones e informaciones de los gobiernos, en un espíritu humanitario, sobre casos concretos de presunta violencia a fin de identificar e investigar situaciones y denuncias específicas de violencia contra la mujer en cualquier país. Estas comunicaciones pueden referirse a una o más personas identificadas por sus nombres o a información de carácter más general sobre una situación en la que se condonan o perpetran actos de violencia contra la mujer. La definición de violencia de género contra la mujer utilizada por el Relator Especial está tomada de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General en su resolución 48/104 de 20 de diciembre

²³ *Ibid.*, E/CN.4/1995/34.

²⁴ *Ibid.*, E/CN.4/1996/35.

de 1993. En casos de violencia de género contra la mujer que supongan o puedan suponer una amenaza o el temor de una amenaza inminente al derecho a la vida o a la integridad física de una persona, el Relator Especial podrá enviar un llamamiento urgente. El Relator Especial instará a las autoridades nacionales competentes no sólo a que faciliten información completa sobre el caso sino también a que realicen una investigación independiente e imparcial sobre el caso transmitido y a que adopten medidas inmediatas para asegurar que no vuelvan a producirse violaciones de los derechos humanos de las mujeres.

23. El Relator Especial informa anualmente a la Comisión de Derechos Humanos sobre las comunicaciones enviadas a los gobiernos y las respuestas recibidas por él. Basándose en la información recibida de los gobiernos y otras fuentes fidedignas, el Relator Especial formula recomendaciones a los gobiernos interesados a fin de encontrar soluciones duraderas que permitan eliminar la violencia contra la mujer en cualquier país. Cuando no recibe respuesta de los gobiernos o cuando la información recibida es insuficiente, el Relator Especial puede enviarles comunicaciones suplementarias. Si se da el caso de que en un determinado país persiste una situación particular de violencia contra la mujer y la información recibida por el Relator Especial indica que el gobierno en cuestión no ha adoptado ni se propone adoptar medidas para garantizar la protección de los derechos humanos de la mujer, el Relator Especial puede considerar la posibilidad de pedir autorización al gobierno en cuestión para visitar el país y realizar una misión de investigación *in situ* de los hechos.

f) El Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura

24. Las secuelas físicas y psicológicas de la tortura pueden ser devastadoras y perdurar durante muchos años, afectando no sólo a las víctimas sino también a sus familiares. Puede obtenerse asistencia para la recuperación de las víctimas de semejantes traumas de ciertas organizaciones especializadas en la asistencia

a las víctimas de la tortura. En diciembre de 1981 la Asamblea General estableció el Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para la Víctimas de la Tortura, para recibir tales contribuciones y distribuir las a las organizaciones no gubernamentales (ONG) que prestan asistencia psicológica, médica, social, económica, jurídica y otras formas de asistencia humanitaria a las víctimas de la tortura y a sus familiares. Dependiendo de las contribuciones voluntarias disponibles, el Fondo podrá financiar unos 200 proyectos de ONG que presten asistencia a unas 80.000 víctimas y a sus familiares en unos 80 países del mundo entero. El Fondo ha financiado la redacción y traducción del presente manual y recomendado que se publique en la Serie de Capacitación Profesional de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, de conformidad con una recomendación de su Junta de Síndicos, que subvenciona un determinado número de proyectos cuyo objetivo es formar a profesionales de la salud y a otras personas para la prestación de una asistencia especializada a las víctimas de la tortura.

C. Las organizaciones regionales

25. También ciertos organismos regionales han contribuido a la preparación de normas para la prevención de la tortura. Entre esos organismos figuran la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.

1. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos

26. El 22 de noviembre de 1969, la Organización de los Estados Americanos adoptó la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que entró en vigor el 18 de julio de 1978.²⁵ El artículo 5 de la Convención dice así:

²⁵ Organización de los Estados Americanos, Serie sobre Tratados Núm. 36, y Naciones Unidas, *Recueil des Traités*, vol. 1144, p. 124. Reimpreso en "Documentos básicos relativos a los derechos humanos en el sistema interamericano", OEA/Ser.L.V/II.82, documento 6, rev. 1, p. 25, 1992.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

27. El artículo 33 de la Convención prevé el establecimiento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Según su Reglamento, la función principal de la Comisión consiste en promover la observancia y la defensa de los derechos humanos y en servir de órgano consultivo de la Organización de los Estados Americanos en esta materia.²⁶ En el desempeño de esta función, la Comisión ha recurrido a la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura como guía para su interpretación de lo que debe entenderse por tortura en el marco del artículo 5.²⁷ La Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura fue adoptada por la Organización de los Estados Americanos el 9 de diciembre de 1985 y entró en vigor el 28 de febrero de 1987.²⁸ El artículo 2 de la Convención define la tortura como:

[...] 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.

28. En su artículo 1, los Estados Partes en la Convención se obligan a prevenir y a sancionar la tortura en los términos de la Convención. Los Estados Partes en la Convención deben realizar una investigación inmediata y adecuada sobre toda denuncia de casos de tortura, dentro de su jurisdicción.

²⁶ Reglamento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, OEA/Ser.L.V/II.92, documento 31, revisión 3 del 3 de mayo de 1996, art. (1).

²⁷ Véase el caso 10.832, informe Núm. 35/96, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe Anual 1997, párr. 75.

²⁸ Organización de los Estados Americanos, Serie sobre Tratados Núm. 67.

29. El artículo 8 dispone que “los Estados Partes garantizarán a toda persona que denuncie haber sido sometida a tortura en el ámbito de su jurisdicción el derecho a que el caso sea examinado imparcialmente”. Del mismo modo, si existe una acusación o alguna razón fundada para creer que se ha cometido un acto de tortura en el ámbito de su jurisdicción, los Estados Partes garantizarán que sus respectivas autoridades procederán debidamente y de inmediato a realizar una investigación sobre el caso y a iniciar, cuando corresponda, el respectivo proceso penal.

30. En uno de sus informes de países de 1998, la Comisión señaló que el procesamiento efectivo de los torturadores tropezaba con el obstáculo que suponía la falta de independencia existente en una investigación sobre denuncias de tortura, ya que se pedía que la investigación estuviese a cargo de organismos federales que probablemente estaban en contacto con las partes acusadas de cometer la tortura.²⁹ La Comisión invocó el artículo 8 para encarecer la importancia de que todos los casos fueran sometidos a un “examen imparcial”.³⁰

31. La Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha ocupado de la necesidad de investigar las denuncias de violación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. En su decisión sobre el caso Velásquez Rodríguez, fallo del 29 de julio de 1988, la Corte sostuvo lo siguiente:

El Estado está, por otra parte, obligado a investigar toda situación en la que se hayan violado los derechos humanos protegidos por la Convención. Si el aparato del Estado actúa de modo que tal violación quede impune y no se restablezca, en cuanto sea posible, a la víctima en la plenitud de sus derechos, puede afirmarse que ha incumplido el deber de garantizar su libre y pleno ejercicio a las personas sujetas a su jurisdicción.

32. El artículo 5 de la Convención prevé el derecho de toda persona a no ser sometida a tortura. Aunque el caso trataba concretamente de la cuestión de las desapariciones, uno de los derechos que el

²⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre la situación de los derechos humanos en México, 1998, párr. 323.

³⁰ *Ibid.*, párr. 324.

tribunal consideró garantizados por la Convención Americana sobre Derechos Humanos es el derecho de la persona a no ser sometida a tortura ni a otras formas de malos tratos.

2. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos

33. El 4 de noviembre de 1950, el Consejo de Europa adoptó el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, que entró en vigor el 3 de septiembre de 1953.³¹ Según el artículo 3 del Convenio Europeo “nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”. El Convenio Europeo estableció mecanismos de control constituidos por el Tribunal Europeo y la Comisión Europea de Derechos Humanos. Desde la reforma que se introdujo el 1 de noviembre de 1998, un nuevo Tribunal permanente ha venido a reemplazar al antiguo Tribunal y a la Comisión. En la actualidad el reconocimiento del derecho de los particulares a presentar demandas es obligatorio y todas las víctimas tienen acceso directo al Tribunal. Éste ha tenido ocasión de examinar la necesidad de investigar las denuncias de tortura para garantizar los derechos amparados por el artículo 3.

34. El primer fallo sobre esta cuestión fue el del caso Aksoy c. Turquía (100/1995/606/694), emitido el 18 de diciembre de 1996.³² En ese caso, el Tribunal consideró que:

Cuando una persona es detenida bajo custodia policial en buen estado de salud pero en el momento de su puesta en libertad presenta lesiones, le corresponde al Estado dar una explicación plausible en cuanto a la causa de las lesiones, y el incumplimiento de esta obligación suscita claramente una cuestión de violación del artículo 3 del Convenio.³³

35. El Tribunal dictaminó que las lesiones infligidas al demandante eran consecuencia de tortura y que se había

³¹ Naciones Unidas, *Recueil des Traités*, vol. 213, p. 222.

³² Véanse los Protocolos 3, 5 y 8, que entraron en vigor el 21 de septiembre de 1970, el 20 de diciembre de 1971 y el 1 de enero de 1990, *Série des traités européens*, Núms. 45, 46 y 118, respectivamente.

³³ Véase Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Recueil des arrêts et décisions*, 1996-VI, párr. 61.

violado el artículo 3.³⁴ Además, el Tribunal interpretó que el artículo 13 del Convenio, que prevé el derecho a un recurso efectivo ante una instancia nacional, impone la obligación de investigar con todo cuidado toda demanda por tortura. Considerando la “importancia fundamental de la prohibición de la tortura” y la vulnerabilidad de las víctimas de la tortura, el Tribunal dictaminó que “el artículo 13, sin perjuicio de cualquier otro recurso disponible en la jurisdicción interna, impone a los Estados la obligación de realizar una investigación minuciosa y efectiva de los incidentes de tortura”.³⁵

36. De acuerdo con la interpretación del Tribunal, la noción de “recurso efectivo” del artículo 13 exige una cuidadosa investigación de toda denuncia plausible de tortura. El Tribunal observó que aun cuando el Convenio no contenía una disposición expresa, como el artículo 12 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, esa exigencia estaba implícita en la noción de “recurso efectivo” del artículo 13.³⁶ El Tribunal consideró entonces que el Estado había violado el artículo 13 por el hecho de no investigar la alegación de tortura del demandante.³⁷

37. En un fallo del 28 de octubre de 1998, en el caso *Assenov y otros c. Bulgaria* (90/1997/874/1086), el Tribunal aún fue más lejos al reconocer que el Estado tiene la obligación de investigar las denuncias de tortura no sólo en virtud del artículo 13 sino también del artículo 3. En este caso, un joven romaní que había sido detenido por la policía mostraba signos físicos de haber sido golpeado, pero sobre la base de las pruebas disponibles no se podía determinar si dichas lesiones habían sido causadas por su padre o por la policía. El Tribunal reconoció que “la intensidad de los hematomas hallados por el médico que examinó al Sr. Assenov indica que las lesiones que éste presentaba, tanto si hubieran sido causadas por su padre como por la policía, eran suficientemente graves como para ser consideradas como

³⁴ *Ibid.*, párr. 64.

³⁵ *Ibid.*, párr. 98.

³⁶ *Ibid.*, párr. 98.

³⁷ *Ibid.*, párr. 100.

malos tratos dentro del marco del artículo 3”.³⁸ Al contrario de la Comisión, que consideraba que no se había violado el artículo 3, el Tribunal no se detuvo ahí. Siguió su reflexión y consideró que los hechos suscitaban “una sospecha razonable de que esas lesiones han podido ser causadas por la policía”.³⁹ En consecuencia, el Tribunal sostuvo que:

En estas circunstancias, cuando una persona presenta una denuncia plausible de que ha sido severamente maltratada por la policía o por otros agentes del Estado, en contra de la ley y en violación del artículo 3, esta disposición, leída juntamente con la del artículo 1 del Convenio, que impone al Estado la obligación de garantizar “a toda persona dependiente de su jurisdicción los derechos y libertades [...] del presente Convenio”, exige por implicación que se realice una investigación oficial efectiva. Esta investigación debe poder conducir a la identificación y el castigo de los responsables. De no ser así, la prohibición legal general de la tortura y otros tratos y penas inhumanos y degradantes, pese a su importancia fundamental, quedaría sin efecto en la práctica y en ciertos casos agentes del Estado podrían violar con virtual impunidad los derechos de las personas que se encuentran bajo su custodia.⁴⁰

38. Por vez primera, el Tribunal dictaminó que había habido violación del artículo 3, no por malos tratos en sí sino por no haberse realizado una investigación oficial efectiva de la denuncia de malos tratos. Además, el Tribunal reiteró la posición que había adoptado en el caso Aksoy y dictaminó que también se había violado el artículo 13. El Tribunal concluyó que:

Cuando una persona presenta una denuncia plausible de que ha sido maltratada en violación del artículo 3, la noción de recurso efectivo implica, además del tipo de investigación exhaustiva y efectiva que se exige asimismo en el artículo 3, que el demandante tenga un acceso efectivo al procedimiento de investigación y, en su caso, el pago de una indemnización.⁴¹

³⁸ *Ibid.*, Recueil des arrêts et décisions 1998-VIII, párr. 95.

³⁹ *Ibid.*, párr. 101.

⁴⁰ *Ibid.*, párr. 102.

⁴¹ *Ibid.*, párr. 117.

3. El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes

39. En 1987, el Consejo de Europa adoptó el Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes, que entró en vigor el 1 de febrero de 1989.⁴² Al 1 de marzo de 1999, los 40 Estados miembros del Consejo de Europa habían ratificado el Convenio. Este Convenio complementa con un mecanismo preventivo el mecanismo judicial del Convenio Europeo de Derechos Humanos. El Convenio no trata de establecer normas sustantivas. El Convenio estableció el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes, constituido por un miembro de cada Estado miembro. Los miembros elegidos para el Comité deben ser personas de gran prestigio moral, imparciales, independientes y estar en condiciones de realizar misiones en el terreno.

40. El Comité realiza visitas a los Estados miembros del Consejo de Europa, unas con carácter periódico y otras con fines específicos. La delegación visitante del Comité está constituida por miembros del Comité, acompañados de expertos médicos, jurídicos y de otras disciplinas, intérpretes y miembros de la secretaría. Estas delegaciones visitan a las personas privadas de su libertad por las autoridades del país visitado.⁴³ Las atribuciones de la delegación visitante son bastante extensas: puede visitar cualquier lugar donde se mantenga a personas privadas de su libertad; hacer visitas no anunciadas a cualquiera de esos lugares; repetir esas mismas visitas; hablar en privado con las personas privadas de libertad; visitar a todas las personas que desee y se encuentren en esos lugares; y visitar todas las instalaciones (y no sólo las celdas) sin ninguna restricción. La delegación puede tener acceso a todos los documentos y archivos relativos a las personas visitadas. Todo el trabajo del Comité se basa en la confidencialidad y la cooperación.

⁴² *Série des traités européens*, Núm. 126.

⁴³ Se entiende por persona privada de libertad a la persona que ha sido privada de su libertad por una autoridad pública como, aunque no exclusivamente, las personas arrestadas o en cualquier forma de detención, los presos en espera de juicio, los presos condenados y las personas involuntariamente internadas en hospitales psiquiátricos.

41. Después de cada visita el Comité escribe un informe. A partir de los hechos observados durante la visita, el Comité comenta las condiciones halladas, formula recomendaciones concretas y pide todas las explicaciones que necesite. El Estado Parte responde por escrito al informe y así se establece un diálogo entre el Comité y el Estado Parte que continúa hasta la siguiente visita. Los informes del Comité y las respuestas del Estado Parte son documentos confidenciales, aunque el Estado Parte (no el Comité) puede decidir que se publiquen tanto los informes como las respuestas. Hasta ahora casi todos los Estados Partes han hecho públicos los informes y las respuestas.

42. En el curso de sus actividades a lo largo de los diez últimos años, el Comité ha ido estableciendo gradualmente una serie de criterios aplicables al tratamiento de las personas detenidas que constituyen normas generales. Estas normas se refieren no sólo a las condiciones materiales sino también a las salvaguardias de procedimiento. Por ejemplo, el Comité ha propugnado las tres salvaguardias siguientes para las personas detenidas bajo custodia policial:

- a) El derecho de las personas privadas de libertad, si lo desean, a informar inmediatamente del arresto a un tercero (miembros de la familia);
- b) El derecho de las personas privadas de libertad a tener acceso de inmediato a un abogado;
- c) El derecho de las personas privadas de libertad a disponer de los servicios de un médico, incluso, si lo desean, del médico de su elección.

43. Además, el Comité ha insistido en que uno de los medios más eficaces de prevención de malos tratos de los agentes del orden consiste en que las autoridades competentes procedan sin demora al examen de todas las quejas de malos tratos que se les sometan y, cuando corresponda, a la imposición de las sanciones. Esto tiene un poderoso efecto disuasivo.

4. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Tribunal Africano de Derechos Humanos y de los Pueblos

44. En comparación con los sistemas europeo e interamericano, África no tiene una convención sobre la tortura y su prevención. La cuestión de la tortura se examina en el mismo nivel que otras violaciones de los derechos humanos. De la cuestión de la tortura se ocupa, en primer lugar, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, que fue adoptada por la Organización de la Unidad Africana el 27 de junio de 1981 y que entró en vigor el 21 de octubre de 1986.⁴⁴ El artículo 5 de la Carta Africana dispone que:

Toda persona tiene derecho a que se respete la dignidad inherente a su condición de ser humano y al reconocimiento de su situación jurídica. Se prohíben todas las formas de explotación y degradación del hombre, especialmente la esclavitud, la trata de esclavos, la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

45. De conformidad con el artículo 30 de la Carta Africana, en junio de 1987 se estableció la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos con la misión de “proteger los derechos humanos y de los pueblos y asegurar su protección en África”. En sus reuniones periódicas, la Comisión ha aprobado varias resoluciones de países sobre asuntos relativos a los derechos humanos en África, algunas de las cuales se refieren a la tortura, entre otras violaciones. En algunas de esas resoluciones sobre países, la Comisión ha expresado su inquietud por el deterioro de la situación de los derechos humanos, incluida la práctica de la tortura.

46. La Comisión ha establecido mecanismos nuevos como, por ejemplo, el Relator Especial sobre las prisiones, el Relator Especial sobre las ejecuciones arbitrarias y sumarias, y el Relator Especial sobre la mujer, con la misión de informar a la

⁴⁴ Organización de la Unidad Africana, doc. CAB/LEG/67/3, rev. 5, 21, *International Legal Materials*, Núm. 58, 1982.

Comisión durante sus sesiones públicas. Estos mecanismos han creado oportunidades para que las víctimas y las ONG informen directamente a los Relatores Especiales. Al mismo tiempo, una víctima o una organización no gubernamental puede presentar a la Comisión una denuncia de actos de tortura, según lo establecido en el artículo 5 de la Carta Africana. Mientras una demanda individual se encuentra pendiente ante la Comisión, la víctima o la ONG puede enviar la misma información a los Relatores Especiales para que la incluyan en sus informes públicos ante las sesiones de la Comisión. Con el fin de establecer una tribuna para el examen de las denuncias de violación de los derechos garantizados por la Carta Africana, la Asamblea de la Organización de la Unidad Africana adoptó un protocolo para el establecimiento del Tribunal Africano de Derechos Humanos y de los Pueblos en junio de 1998.

D. La Corte Penal Internacional

47. El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, adoptado el 17 de julio de 1998, instituyó una Corte Penal Internacional con carácter permanente y con la misión de juzgar a las personas responsables de delitos de genocidio, crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra (A/CONF.183/9). La Corte tiene jurisdicción sobre los casos de presunta tortura si se trata de actos cometidos en gran escala y de modo sistemático como parte del delito de genocidio o como crimen de lesa humanidad, o como crimen de guerra con arreglo a los Convenios de Ginebra de 1949. En el Estatuto de Roma se define la tortura como el hecho de causar intencionalmente dolor o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, a una persona que el acusado tenga bajo su custodia o control. Hasta el 25 de septiembre de 2000, el Estatuto de la Corte Penal Internacional había sido firmado por 113 países y ratificado por 21 Estados. La Corte tendrá su sede en La Haya. Su jurisdicción se limita a los casos en los que los Estados no pueden o no desean procesar a las personas responsables de los delitos que se describen en el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.

Capítulo II

CÓDIGOS ÉTICOS PERTINENTES

En todas las profesiones se trabaja de acuerdo con unos códigos éticos en los que se describen los valores comunes y deberes reconocidos de los profesionales y se establecen las normas morales que se espera que cumplan. Las normas éticas se establecen fundamentalmente de dos maneras: mediante instrumentos internacionales preparados por organismos como las Naciones Unidas y mediante códigos de principios preparados por los propios profesionales, mediante sus asociaciones representativas, en el ámbito nacional o en el internacional. Las premisas fundamentales son siempre las mismas y se centran en las obligaciones que tienen los profesionales ante sus clientes o pacientes individuales, ante la sociedad en su conjunto y ante sus colegas, con miras siempre a mantener el honor de la profesión. Estas obligaciones son reflejo y complemento de los derechos consagrados para todas las personas en los instrumentos internacionales.

A. La ética de la profesión jurídica

Como árbitros últimos de la justicia, a los jueces les incumbe una misión especial en la protección de los derechos de los ciudadanos. Las normas internacionales atribuyen a los jueces el deber ético de asegurar la protección de los derechos de los individuos. El principio 6 de los Principios básicos de las Naciones Unidas relativos a la independencia de la judicatura, “el principio de la independencia de la judicatura autoriza y obliga a la judicatura a garantizar que el procedimiento judicial se desarrolle conforme a derecho, así como el respeto

de los derechos de las partes”.⁴⁵ Del mismo modo, los fiscales tienen el deber ético de investigar y procesar todo delito de tortura cometido por funcionarios públicos. El artículo 15 de las Directrices de las Naciones Unidas sobre la Función de los Fiscales señala que “los fiscales prestarán la debida atención al enjuiciamiento de los funcionarios públicos que hayan cometido delitos, especialmente en los casos de corrupción, abuso de poder, violaciones graves de derechos humanos y otros delitos reconocidos por el derecho internacional y, cuando lo autoricen las leyes o se ajuste a la práctica local, a la investigación de esos delitos”.⁴⁶

50. Las normas internacionales también especifican los deberes de los abogados, en el desempeño de sus funciones profesionales, de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales. El principio 14 de los Principios Básicos de las Naciones Unidas sobre la Función de los Abogados señala: “Los abogados, al proteger los derechos de sus clientes y defender la causa de la justicia, procurarán apoyar los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos por el derecho nacional e internacional, y en todo momento actuarán con libertad y diligencia, de conformidad con la ley y las reglas y normas éticas reconocidas que rigen su profesión”.⁴⁷

B. La ética de la atención de salud

51. Existen claros vínculos entre los conceptos de derechos humanos y el arraigado principio de la ética en la atención de salud. Las obligaciones éticas de los profesionales de la salud se articulan en tres niveles que quedan reflejados en los documentos de las Naciones Unidas de la misma forma que lo están con respecto a la profesión jurídica. Forman asimismo parte de las declaraciones emitidas por organizaciones

⁴⁵ Adoptados por el Séptimo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Milán del 26 de agosto al 6 de septiembre de 1985, y confirmados por la Asamblea General en sus resoluciones 40/32 de 29 de noviembre de 1985 y 40/146 de 13 de diciembre de 1985.

⁴⁶ Adoptadas por el Octavo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en La Habana del 27 de agosto al 7 de septiembre de 1990.

⁴⁷ Véase la nota 46 *supra*.

internacionales representativas de los profesionales de la salud, como la Asociación Médica Mundial, la Asociación Psiquiátrica Mundial y el Consejo Internacional de Enfermeras.⁴⁸ Las asociaciones médicas nacionales y las organizaciones de enfermeras también establecen códigos deontológicos que sus miembros deben respetar. La premisa fundamental de toda ética de atención de la salud, cualquiera que sea la forma en que se enuncie, es el deber fundamental de actuar siempre en el interés del paciente, sean cuales fueren las limitaciones, presiones u obligaciones contractuales. En algunos países ciertos principios de ética médica, como el de la confidencialidad entre médico y paciente, están incorporados en la legislación nacional. Incluso cuando los principios de la ética no están legalmente establecidos de este modo, todos los profesionales de la salud están moralmente obligados a respetar las normas establecidas por sus órganos profesionales. Si se apartan de esas normas sin una justificación razonable se los considera culpables de mala conducta profesional.

1. Declaraciones de las Naciones Unidas en relación con los profesionales de la salud

52. El personal de salud que trabaja en los sistemas penitenciarios, como todas las demás personas que trabajan en ellos, están obligados a observar las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, en las que se exige que todos los reclusos, sin discriminación, tengan acceso a servicios médicos, incluidos servicios psiquiátricos, y que un médico visite diariamente a todos los reclusos que estén enfermos o soliciten tratamiento.⁴⁹ Estas exigencias vienen a reforzar la obligación ética de los médicos, que se expone a continuación de tratar a los pacientes a los que tienen el deber de atender y actuar de acuerdo con sus mejores intereses. Además, las Naciones Unidas se han ocupado específicamente de las obligaciones éticas de los médicos y

⁴⁸ Existe además cierto número de agrupaciones regionales, como la Commonwealth Medical Association y la Conferencia Internacional de Asociaciones Médicas Islámicas, que transmiten a sus miembros importantes declaraciones en materia de ética médica y derechos humanos.

⁴⁹ Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos y procedimientos para la aplicación efectiva de las Reglas mínimas, adoptadas por las Naciones Unidas en 1955.

otros profesionales de la salud en los Principios de Ética Médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁵⁰ En estos principios queda bien claro que los profesionales de la salud tienen el deber moral de proteger la salud física y mental de los detenidos. En particular, se les prohíbe utilizar sus conocimientos y técnicas de medicina de modo alguno que sea contrario a las declaraciones internacionales de derechos de la persona.⁵¹ En particular, el participar activa o pasivamente en la tortura o condonarla de cualquier forma que sea constituye una grave violación de la ética de atención de la salud.

53. “Participar en la tortura” comprende actos como el evaluar la capacidad de un sujeto para resistir a los malos tratos; el hallarse presente ante malos tratos, supervisarlos o infligirlos; el reanimar a la persona de manera que se la pueda seguir maltratando o el dar un tratamiento médico inmediatamente antes, durante o después de la tortura por instrucciones de aquellos que probablemente son responsables de ella; el transmitir a torturadores conocimientos profesionales o información acerca de la salud personal de la persona; el descartar pruebas intencionalmente y falsificar documentos como informes de autopsia y certificados de defunción.⁵² Los principios de las Naciones Unidas incorporan además una de las normas fundamentales de la ética de atención de la salud al señalar que la única relación ética entre los reclusos y los profesionales de la salud es la destinada a evaluar, proteger y mejorar la salud de los presos. Así, pues, la evaluación del estado de salud de un detenido con el fin de facilitar su castigo o tortura es manifiestamente contraria a la ética profesional.

⁵⁰ Adoptados por la Asamblea General en 1982.

⁵¹ En particular, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

⁵² De todas formas, los profesionales de la salud no deben olvidar su deber de confidencialidad ante los pacientes así como su obligación de obtener su consentimiento informado para revelar cualquier información, en particular cuando los sujetos puedan quedar expuestos a un riesgo a causa de esa revelación (véase cap. II, sec. C.3).

2. Declaraciones de órganos profesionales internacionales

54. Numerosas declaraciones de organismos profesionales internacionales se centran en los principios relativos a la protección de los derechos humanos y son expresión de un claro consenso médico internacional al respecto. Las declaraciones de la Asociación Médica Mundial definen los aspectos internacionalmente acordados de los deberes éticos que obligan a todos los médicos. La Declaración de Tokio⁵³ de la Asociación Médica Mundial reitera la prohibición de toda forma de participación de médicos o de presencia de médicos en actos de tortura o de malos tratos. Esta Declaración se ve reforzada por los Principios de las Naciones Unidas que se refieren específicamente a la Declaración de Tokio. A los médicos se les prohíbe con toda claridad el aportar información o cualquier tipo de instrumento o sustancia médica que pueda facilitar los malos tratos. La Declaración de Hawai⁵⁴ de la Asociación Psiquiátrica Mundial aplica específicamente la misma norma al prohibir el uso indebido de los conocimientos psiquiátricos para violar los derechos humanos de cualquier individuo o grupo. La Conferencia Internacional de Medicina Islámica insistió en ese mismo punto en su Declaración de Kuwait,⁵⁵ por la que prohíbe a los médicos permitir que sus conocimientos especializados se utilicen para lesionar, destruir o dañar el cuerpo, la mente o el espíritu, por cualquier razón militar o política que sea. La directiva sobre el rol de la enfermera en la atención de detenidos y presos⁵⁶ contiene disposiciones análogas para las enfermeras.

55. Los profesionales de la salud tienen además el deber de apoyar a los colegas que se oponen abiertamente a la violación de los derechos humanos. El no hacerlo supone no sólo vulnerar los derechos de los pacientes y contradecir las declaraciones citadas sino además desacreditar a las profesiones de la salud. La deshonra de la profesión se considera un comportamiento profesional de extrema gravedad. La resolución de la Asociación

⁵³ Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1975.

⁵⁴ Adoptada en 1977.

⁵⁵ Adoptada en 1981 (1401 del calendario islámico).

⁵⁶ Adoptada por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1975.

Médica Mundial sobre los derechos humanos⁵⁷ pide a todas las asociaciones médicas nacionales que examinen la situación de los derechos humanos en sus propios países y se aseguren de que los médicos no oculten pruebas de abusos por mucho que teman a las represalias. Pide a los órganos nacionales que den claras instrucciones, en particular a los médicos que trabajan en el sistema penitenciario, para que protesten contra las presuntas violaciones de derechos humanos y establezcan un sistema eficaz para investigar las actividades inmorales de los médicos en la esfera de los derechos humanos. Les pide asimismo que den apoyo a los médicos que llamen la atención sobre las violaciones de los derechos humanos. La ulterior Declaración de Hamburgo⁵⁸ de la Asociación Médica Mundial reafirma la responsabilidad que incumbe a los individuos y a los grupos médicos organizados de todo el mundo de estimular a los médicos a que se resistan a la tortura o a toda presión para que actúen en contra de los principios éticos. Pide que los médicos se expresen en contra de los malos tratos e insta a las organizaciones médicas nacionales e internacionales a que den su apoyo a los médicos que se resistan a tales presiones.

3. Códigos nacionales de ética médica

El tercer nivel de articulación de los principios éticos es el de los códigos nacionales. Estos códigos reflejan los mismos valores fundamentales ya mencionados, dado que toda ética médica es expresión de valores comunes a todos los facultativos. En prácticamente todas las culturas y códigos, se parte de las mismas premisas respecto de los deberes de evitar el daño, ayudar al enfermo, proteger al vulnerable y no discriminar entre pacientes sobre base alguna que no sea la urgencia de sus necesidades médicas. Idénticos valores aparecen en los códigos relativos a la profesión de la enfermería. Pero un aspecto problemático de los principios éticos es que no dan unas normas definitivas para cada dilema sino que requieren un cierto grado de interpretación. Al ponderar dilemas éticos es esencial que

⁵⁷ Adoptada en 1990.

⁵⁸ Adoptada en 1997.

los profesionales de la salud tengan en cuenta las obligaciones morales fundamentales expresadas en sus valores profesionales comunes, pero también que las pongan en práctica de una forma que refleje el deber básico de evitar que se haga daño a sus pacientes.

C. Principios comunes a todos los códigos de ética de la atención de salud

57. El principio de la independencia profesional exige que en todo momento el profesional de la salud se concentre en el objetivo fundamental de la medicina, que es aliviar el sufrimiento y la angustia y evitar el daño al paciente, pese a todas las circunstancias que puedan oponerse a ello. Varios otros principios éticos son tan fundamentales que figuran invariablemente en todos los códigos y enunciados éticos. Los más básicos son los mandamientos de dar una asistencia compasiva, no hacer daño y respetar los derechos de los pacientes. Estos son requisitos primordiales para todos los profesionales de la salud.

1. El deber de dar una asistencia compasiva

58. El deber de dar asistencia se enuncia de diversas formas en los diferentes códigos y declaraciones nacionales e internacionales. Un aspecto de este deber es la obligación médica de atender a los necesitados de asistencia médica. Esto se refleja en el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial,⁵⁹ que reconoce la obligación moral del médico de prestar sus servicios en caso de urgencia como un deber humanitario. Del deber de responder a la necesidad y el sufrimiento se hacen eco asimismo las declaraciones tradicionales hechas en casi todas las culturas.

59. Gran parte de la ética médica moderna se sustenta en los principios establecidos en las primeras declaraciones de valores profesionales que exigen a los médicos que presten sus servicios incluso cuando ellos mismos se expongan a un cierto riesgo. Por ejemplo, el Caraka Samhita, código hindú que data del siglo primero de nuestra era, da al médico las siguientes instrucciones:

⁵⁹ Adoptado en 1949.

“Entrégate de cuerpo y alma al alivio de tus pacientes, nunca abandones ni dañes a tu paciente para salvar tu vida o tu forma de vivir”. Instrucciones similares se dan en los antiguos códigos islámicos y en la moderna Declaración de Kuwait, que exige a los médicos que se ocupen de los necesitados, “estén cerca o lejos, sean justos o pecadores, sean amigos o enemigos”.

60. Los valores médicos occidentales han estado dominados por la influencia del Juramento de Hipócrates y votos similares, como la Plegaria de Maimónides. El juramento hipocrático constituye una solemne promesa de solidaridad con los demás médicos y el compromiso de beneficiar y atender a los pacientes evitándoles todo daño. Contiene además la promesa de mantener la confidencialidad. Estos cuatro conceptos se reflejan de diversas formas, en todos los códigos deontológicos modernos de la atención de salud. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial⁶⁰ es una reafirmación moderna de los valores hipocráticos. Es una promesa que hacen los médicos de considerar que la salud de sus pacientes es su consideración primordial y de consagrarse al servicio de la humanidad con conciencia y dignidad.

61. Diversos aspectos de la obligación de asistencia se reflejan en numerosas declaraciones de la Asociación Médica Mundial, en las que se deja bien claro que el médico siempre debe hacer lo que sea mejor para los pacientes, incluidos los reclusos y presuntos delincuentes. Este deber se expresa con frecuencia a través de la noción de la independencia profesional, que exige que los médicos hagan uso de las prácticas médicas óptimas sean cuales fueren las presiones a las que puedan estar sometidos. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial pone de relieve el deber que tiene el médico de prestar sus servicios “con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana”. También pone de relieve el deber de actuar sólo en interés del paciente y señala que el médico debe a sus pacientes toda su lealtad. La Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial y la Declaración sobre

⁶⁰ Adoptada en 1948.

Independencia y Libertad Profesional del Médico⁶¹ dejan clara constancia de que los facultativos deben insistir en actuar con plena libertad en interés de sus pacientes, independientemente de cualquier otra consideración, incluidas las instrucciones que puedan darles sus empleadores, autoridades penitenciarias o fuerzas de seguridad. Según esta última declaración, los médicos “deben tener independencia profesional para representar y defender las necesidades de sus pacientes en materia de salud contra todos los que nieguen o limiten la atención que ellos necesitan”. Principios análogos se prescriben para las enfermeras en el Código del Consejo Internacional de Enfermeras.

62. Otra forma como la Asociación Médica Mundial expresa el deber asistencial es el reconocimiento de los derechos de los pacientes. Su Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente⁶² reconoce que toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada y reitera que el médico debe actuar siempre en el mejor interés del paciente. Según la Declaración, debe garantizarse la autonomía y la justicia con el paciente, y tanto los médicos como otras personas que proporcionan atención médica deben respetar los derechos de los pacientes. “Cuando la legislación, una medida del gobierno o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurárselos o restablecerlos”. Toda persona tiene derecho a una atención de salud apropiada, independientemente de factores como origen étnico, ideas políticas, nacionalidad, género, religión o méritos individuales. Las personas acusadas o condenadas por delitos tienen el mismo derecho moral a una atención médica y de enfermería adecuada. La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial pone de relieve que el único criterio aceptable para discriminar entre los pacientes es el de la urgencia relativa de sus necesidades médicas.

⁶¹ Adoptada en 1986.

⁶² Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981; enmendada por la 47a. Asamblea General de la Asociación en septiembre de 1995.

2. Consentimiento informado

Todas las declaraciones relativas al deber asistencial ponen de relieve la obligación de actuar en el mejor interés del individuo que está siendo examinado o tratado, lo cual presupone que los profesionales de la salud saben qué es lo mejor para el paciente. Un precepto absolutamente fundamental de la ética médica moderna es que son los propios pacientes quienes mejor pueden determinar sus propios intereses. Esto requiere que los profesionales de la salud den prioridad normalmente a los deseos de un paciente adulto y competente y no a la opinión de cualquier persona con autoridad acerca de qué sería lo mejor para esa persona. Cuando el paciente esté inconsciente o por cualquier otra razón sea incapaz de dar un consentimiento válido, el profesional de salud deberá atenerse a su propio juicio acerca de cómo proteger y promover el mejor interés de la persona. Se espera que enfermeras y médicos actúen en defensa de sus pacientes y esta idea se expresa claramente en declaraciones como la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial y la Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras sobre el papel de la enfermera en la salvaguardia de los derechos humanos.⁶³

64. La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial especifica que el médico tiene la obligación de obtener el consentimiento voluntario e informado de los pacientes mentalmente competentes para cualquier examen o tratamiento. Esto significa que los pacientes necesitan conocer las consecuencias que puede tener su consentimiento o su rechazo. Por consiguiente, antes de examinar al paciente el profesional de la salud deberá explicar con toda franqueza cuál es el objetivo del examen y el tratamiento. Un consentimiento obtenido por coacción o mediando la entrega de informaciones falsas al paciente no tiene valor alguno y el médico que actúe basándose en ese consentimiento estará con toda probabilidad violando la ética profesional. Cuanto más graves puedan ser las consecuencias del procedimiento para el paciente, mayor es el

⁶³ Adoptada en 1983.

imperativo moral de obtener su consentimiento informado en las debidas condiciones. Es decir, cuando el examen y el tratamiento redunden claramente en beneficio terapéutico del individuo, un consentimiento implícito de cooperación en el procedimiento puede ser suficiente. En los casos en los que el examen no tiene principalmente una finalidad terapéutica, habrá que poner mucho cuidado en asegurarse de que el paciente lo sabe y está de acuerdo con ello, y de que de ninguna forma van a salir perjudicados los mejores intereses del individuo. Como ya se ha dicho, un examen destinado a determinar si un sujeto está en condiciones de resistir a castigos, torturas o presiones físicas durante un interrogatorio es contrario a la ética y al propósito de la medicina. La única evaluación ética que puede hacerse de la salud de un recluso es la que tiene por objeto determinar su estado de salud con el fin de preservarla y mejorarla al máximo, no para facilitar el castigo. Cuando se trate de un reconocimiento físico con el fin de encontrar pruebas en una investigación será necesario obtener un consentimiento informado en el sentido de que el paciente comprenda factores como, por ejemplo, de qué forma van a utilizarse los datos sobre su salud obtenidos en el examen, cómo se van a conservar esos datos y quién va a tener acceso a ellos. Si este y otros puntos que son pertinentes para la decisión del paciente no se explican claramente de antemano, no será válido su consentimiento para el examen y el registro de la información.

3. Confidencialidad

65. Todos los códigos éticos, desde el juramento hipocrático hasta los más modernos, incluyen el deber de confidencialidad como principio fundamental, que también se sitúa en primer plano en las declaraciones de la Asociación Médica Mundial, como la Declaración de Lisboa. En ciertas jurisdicciones, la obligación del secreto profesional se considera tan importante que se ha incorporado a la legislación nacional. El deber de confidencialidad no es absoluto y se puede suspender éticamente en circunstancias excepcionales cuando el no hacerlo podría previsiblemente provocar graves daños a personas

o graves perturbaciones a la justicia. En general, el deber de confidencialidad respecto de la información identificable sobre el estado de salud de un paciente sólo puede suspenderse con la autorización expresa de éste.⁶⁴ Una información no identificable sobre algún paciente se puede utilizar libremente con otros fines, de preferencia en situaciones en las que no sea esencial revelar la identidad del paciente. Este puede ser el caso, por ejemplo, en el acopio de datos sobre las características generales de la tortura o los malos tratos. El dilema se plantea cuando el profesional de la salud se ve presionado o requerido por la ley para que revele información identificable que pueda poner en peligro a un paciente. En esos casos prima la obligación ética fundamental de respetar la autonomía y los mejores intereses del paciente, así como hacer el bien y evitar dañarle. Esta obligación prima sobre todas las demás consideraciones. Los médicos deben dejar claro ante el tribunal o ante la autoridad que exige información que está obligado por su deber profesional de confidencialidad. Los profesionales de la salud que responden de esta forma tienen derecho a obtener el apoyo de su asociación profesional y de sus colegas. Además, durante períodos de conflicto armado, el derecho internacional humanitario protege específicamente la confidencialidad entre médico y paciente, exigiendo a los médicos que no denuncien a las personas que están enfermas o heridas.⁶⁵ En tales situaciones, los profesionales de la salud están protegidos en el sentido de que no se les puede obligar a revelar información sobre sus pacientes.

D. Profesionales de la salud con doble obligación

66. Los profesionales de la salud tienen una doble obligación, una obligación principal ante el paciente de promover sus mejores intereses, y una obligación general ante la sociedad de asegurar que se haga justicia e impedir las violaciones de los derechos humanos. Los dilemas que plantea esta doble obligación son particularmente agudos entre los profesionales de la salud que

⁶⁴ Salvo en caso de exigencias de salud pública, como la de notificar el nombre de las personas que padecen enfermedades infecciosas, toxicomanía, trastornos mentales, etcétera.

⁶⁵ Artículo 16 del Protocolo I (1977) y artículo 10 del Protocolo II (1977), adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949.

trabajan para la policía, el ejército u otros servicios de seguridad, o para el sistema penitenciario. Los intereses de su empleador y de sus colegas no médicos pueden entrar en colisión con los mejores intereses de los pacientes detenidos. Cualesquiera que sean las circunstancias de su empleo, todo profesional de la salud tiene el deber fundamental de cuidar a las personas a las que se le pide que examine o trate. No pueden ser obligados ni contractualmente ni por ninguna otra consideración a comprometer su independencia profesional. Es preciso que realicen una evaluación objetiva de los intereses de la salud de sus pacientes y actúen en consecuencia.

1. Principios orientadores de todos los médicos con doble obligación

67. En todos los casos en los que los médicos actúan en nombre de otra parte, tienen la obligación de asegurarse de que el paciente comprende la situación.⁶⁶ El médico debe identificarse ante los pacientes y explicarles el objetivo de su examen o tratamiento. Incluso si se trata de médicos nombrados y pagados por un tercero, siguen teniendo la indiscutible obligación de cuidar a todo paciente que examinen o traten. Deben negarse a seguir cualquier procedimiento que pueda dañar al paciente o dejarle física o psicológicamente vulnerable a cualquier daño. Deben asegurarse de que sus condiciones contractuales les dejan la independencia profesional necesaria para sus juicios clínicos. El médico debe asegurarse de que toda persona detenida tenga acceso a todo examen y tratamiento médicos que necesite. Cuando el detenido es un menor o un adulto vulnerable, el médico tiene el deber adicional de actuar como defensor. Los médicos mantienen siempre su deber de confidencialidad de tal forma que no deben revelar información sin conocimiento del paciente. Deben asegurarse de que sus expedientes médicos se mantienen confidenciales. Tienen el deber de vigilar los servicios en que participan y denunciarlos cuando actúen de forma contraria a la ética, abusiva, inadecuada o peligrosa para

⁶⁶ Estos principios están tomados de *Doctors with Dual Obligations*, Londres, British Medical Association, 1995.

la salud de los pacientes. En estos casos tienen el deber ético de adoptar medidas en el acto ya que si no dan a conocer de inmediato su posición, más tarde les puede resultar más difícil protestar. Deben comunicar el asunto a las autoridades competentes o a organismos internacionales que puedan realizar una investigación, pero sin exponer a los pacientes o a sus familias o exponerse a sí mismos a graves riesgos previsibles. Los médicos y las asociaciones profesionales deben dar su apoyo a los colegas que adopten esas medidas sobre la base de pruebas razonables.

2. Dilemas resultantes de la doble obligación

68. Cuando la ética y la ley están en contradicción pueden plantearse dilemas. Pueden darse circunstancias en las que el deber ético obligue al profesional de la salud a desacatar una determinada ley, como, por ejemplo, una obligación legal de revelar información médica confidencial acerca de un paciente. Las declaraciones internacionales y nacionales de preceptos éticos mantienen un consenso en el sentido de que otros imperativos, incluida la ley, no pueden obligar al profesional de la salud a actuar en contra de la ética médica y de su conciencia. En esos casos, el profesional de la salud deberá negarse a cumplir una ley o un reglamento para no comprometer los preceptos éticos básicos o exponer a sus pacientes a un grave peligro.

69. Existen casos en los que dos obligaciones éticas entran en conflicto. Los códigos internacionales y los principios éticos exigen que se notifique a un órgano responsable toda información relativa a torturas o malos tratos. En ciertas jurisdicciones, esto es también un requisito legal. Pero en ciertos casos los pacientes pueden negarse a dar su consentimiento para ser examinados con ese fin o para que se revele a otros la información obtenida mediante su examen. Pueden temer que haya represalias contra ellos mismos o sus familias. En tales situaciones, el profesional de la salud se encuentra ante una doble responsabilidad: ante el paciente y ante la sociedad en general, que tiene interés por asegurar que se haga justicia y que todo responsable de malos

tratos sea sometido a juicio. El principio fundamental de evitar el daño debe figurar en primer plano cuando se plantean esos dilemas. El profesional de la salud deberá buscar soluciones que promuevan la justicia sin violar el derecho de confidencialidad que asiste al individuo. Se pedirá consejo a organismos de confianza; en ciertos casos, puede tratarse de la asociación médica nacional o de organizaciones no gubernamentales. Otra posibilidad es que, con apoyo y aliento, algunos pacientes reacios lleguen a acceder a que el asunto se revele dentro de unos límites acordados.

70. Las obligaciones éticas de un médico pueden variar según el contexto del encuentro entre médico y paciente y la posibilidad de que el paciente pueda libremente adoptar su decisión en cuanto a la revelación de informaciones. Por ejemplo, cuando el médico y el paciente se encuentren en una situación claramente terapéutica, como la atención en el medio hospitalario, el médico tiene el firme imperativo moral de preservar las normas habituales de confidencialidad que normalmente prevalecen en la relación terapéutica. El revelar pruebas de tortura obtenidas en tales encuentros es totalmente aceptable en la medida en que el paciente no lo prohíba. Los médicos deben revelar esas pruebas si el paciente lo pide o da para ello su consentimiento debidamente informado. El médico dará su apoyo al paciente en la adopción de tales decisiones.

71. Los médicos forenses tienen una relación distinta con las personas a las que examinan y, en general, tienen la obligación de comunicar objetivamente sus observaciones. El paciente tiene menos poder y capacidad de elección en tales situaciones y también es posible que no pueda decir abiertamente qué es lo que ha ocurrido. Antes de iniciar el examen, el médico forense explicará cuáles son sus funciones al paciente y dejará bien claro que normalmente la confidencialidad médica no forma parte de ellas, como sucedería en un contexto terapéutico. Es posible que la reglamentación no permita que el paciente se niegue a ser examinado, pero éste tiene la posibilidad de elegir si revela o no cuál ha sido la causa de cualquier lesión que se observe. Los

médicos forenses no pueden falsificar sus informes pero deben exponer datos imparciales, incluido el dejar bien claro en sus informes que hay pruebas de malos tratos.⁶⁷

71. Los médicos de las prisiones son en primer lugar proveedores de tratamiento, pero tienen asimismo la función de examinar a los detenidos que llegan a la prisión tras la custodia policial. En esta función o en el tratamiento de personas recluidas pueden descubrir pruebas de violencia inaceptable que los propios presos no estén realmente en posición de denunciar. En tales casos, los médicos deben tomar en consideración cuáles son los mejores intereses del paciente y su deber de confidencialidad frente a esa persona, pero existen también fuertes argumentos morales para que el médico denuncie la evidencia de malos tratos, ya que con frecuencia los propios presos son incapaces de hacerlo efectivamente. Cuando los presos están de acuerdo en la revelación, no existe ningún conflicto y hay una evidente obligación moral. Pero si el recluso se niega a permitir que se revele el hecho, el médico debe ponderar el riesgo y el peligro potencial para ese paciente concreto contra los beneficios que para la población penitenciaria en general y para los intereses de la sociedad puede reportar el prevenir que se perpetúen esos abusos.

73. Además, los profesionales de la salud deben tener en cuenta que notificar esos abusos a las autoridades en cuya jurisdicción se supone que han sucedido puede implicar riesgos de daños para el paciente o para otros, incluido “el chivato”. Los médicos nunca deben poner conscientemente a nadie en peligro de represalias. No están exentos de adoptar medidas pero deben hacerlo con discreción y deben considerar la posibilidad de transmitir la información a un organismo responsable ajeno a la jurisdicción inmediata o, si ello no implica riesgos previsibles para los profesionales de la salud y sus pacientes, notificarlo de manera no identificable. Evidentemente, si se adopta esta última

⁶⁷ Véase V. Iacopino *et al.*, “Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey”, *Journal of the American Medical Association* (JAMA), vol. 276, 1996, pp. 396-402.

solución, los profesionales de la salud deben tener en cuenta la posibilidad de que se ejerzan presiones sobre ellos para que revelen los datos que permitan una identificación o la posibilidad de que se les requisen por la fuerza los expedientes médicos. Aunque no hay soluciones fáciles, el profesional de la salud deberá guiarse siempre por el mandamiento básico de evitar el daño por encima de todas las demás consideraciones y, cuando sea posible, pedir consejo a organismos médicos nacionales o internacionales.

Capítulo III

INVESTIGACIÓN LEGAL DE LA TORTURA

74. El derecho internacional obliga a los Estados a investigar con prontitud e imparcialidad todo caso de tortura que se notifique. Cuando la información disponible lo justifique, el Estado en cuyo territorio se encuentra una persona que presuntamente haya cometido actos de tortura o participado en ellos, deberá bien extraditar al sujeto a otro Estado que tenga la debida jurisdicción o bien someter el caso a sus propias autoridades competentes con fines de procesar al autor de conformidad con el derecho penal nacional o local. Los principios fundamentales de toda investigación viable sobre casos de tortura son competencia, imparcialidad, independencia, prontitud y minuciosidad. Estos elementos pueden adaptarse a cualquier sistema jurídico y deberán orientar todas las investigaciones de presuntos casos de tortura.

75. Cuando los procedimientos de investigación sean inadecuados por falta de recursos o de pericia, falta de imparcialidad, un cuadro manifiesto de abusos u otras razones sustanciales, los Estados procederán a las investigaciones valiéndose de una comisión de indagación independiente o algún otro procedimiento similar. Los miembros de esa comisión serán seleccionados a título personal por su imparcialidad, competencia e independencia reconocidas. En particular, deberán ser independientes de toda institución, agencia o persona que pueda ser objeto de la indagación.

76. La sección A describe el objetivo general de la investigación de casos de tortura. La sección B establece los principios básicos para una investigación y documentación efectivas de los

casos de tortura y otros tratos y penales crueles, inhumanos o degradantes. La sección C sugiere procedimientos para realizar una investigación sobre presuntas torturas, considerando en primer lugar la decisión relativa a la autoridad investigadora apropiada, ofreciendo a continuación orientaciones para el acopio de testimonios orales de la presunta víctima y otros testigos y la reunión de pruebas físicas. La sección D da directrices para el establecimiento de una comisión de indagación independiente. Estas directrices se basan en la experiencia de varios países que han establecido comisiones independientes para la investigación de presuntas violaciones de derechos humanos, incluidas ejecuciones extrajudiciales, torturas y desapariciones.

A. Objetivos de la investigación de casos de tortura

77. El objetivo general de la investigación consiste en aclarar los hechos en relación con presuntos casos de tortura, con miras a identificar a los responsables de los hechos y facilitar su procesamiento o a utilizar la información en el contexto de otros procedimientos dirigidos a obtener reparación para las víctimas. Las cuestiones que aquí se tratan pueden asimismo ser de interés para otros tipos de investigaciones sobre torturas. Para que este objetivo se cumpla será preciso que las personas encargadas de la investigación puedan, por lo menos, tratar de obtener declaraciones de las víctimas de la presunta tortura; recuperar y preservar las pruebas, incluidas pruebas médicas, en relación con las presuntas torturas para ayudar en el eventual procesamiento de los responsables; identificar a posibles testigos y obtener sus declaraciones con respecto a la presunta tortura; y determinar cómo, cuándo y dónde se han producido los presuntos hechos de tortura, así como cualquier tipo de pauta o práctica que pueda haber dado lugar a la tortura.

B. Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Los principios que a continuación se exponen representan un consenso entre individuos y organizaciones especializados en la investigación de casos de tortura. Entre los objetivos de la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (en lo sucesivo “torturas u otros malos tratos”) se cuentan los siguientes:

- a) Aclarar los hechos y 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.

79. Los Estados velarán por que se investiguen con prontitud y eficacia las quejas o denuncias de torturas o malos tratos. Incluso cuando no exista denuncia expresa, deberá iniciarse una investigación si existen otros indicios de eventuales torturas o malos tratos. Los investigadores, que serán independientes de los presuntos autores y del organismo al que éstos pertenezcan, serán competentes e imparciales. Tendrán autoridad para encomendar investigaciones a expertos imparciales, médicos o de otro tipo, y podrán acceder a sus resultados. Los métodos utilizados para llevar a cabo estas investigaciones tendrán el máximo nivel profesional, y sus conclusiones se harán públicas.

80. La autoridad investigadora tendrá la facultad y la obligación de obtener toda la información necesaria para la investigación.⁶⁸

Las personas que realicen dicha investigación dispondrán de todos los recursos presupuestarios y técnicos necesarios para una investigación eficaz, y tendrán también facultades para obligar a las personas que en ejercicio de sus funciones oficiales se hallaren presuntamente implicadas en torturas o malos tratos a comparecer y prestar testimonio. Lo mismo regirá para los testigos. A tal fin, la autoridad investigadora podrá citar a testigos, incluidos los funcionarios presuntamente implicados, y ordenar la presentación de pruebas. Las presuntas víctimas de torturas o malos tratos, los testigos, quienes realicen la investigación, así como sus familias, serán protegidos de actos o amenazas de violencia o de cualquier otra forma de intimidación que pueda surgir a resultas de la investigación. Los presuntos implicados en torturas o malos tratos serán apartados de todos los puestos que entrañen un control o poder directo o indirecto sobre los querellantes, los testigos y sus familias, así como sobre quienes practiquen las investigaciones.

81. Las presuntas víctimas de torturas o malos tratos y sus representantes legales serán informados de las audiencias que se celebren, y tendrán acceso a ellas, así como a toda la información pertinente a la investigación, y tendrán derecho a presentar otras pruebas.

82. En los casos en que los procedimientos de investigación establecidos resulten insuficientes debido a la falta de competencia técnica o a una posible falta de imparcialidad, o a indicios de la existencia de una conducta abusiva habitual, o por otras razones fundadas, los Estados velarán por que las investigaciones queden a cargo de una comisión independiente u otro procedimiento análogo. Los miembros de esa comisión serán elegidos en función de su acreditada imparcialidad, competencia e independencia personales. En particular, deberán ser independientes de cualquier presunto culpable y de

⁶⁸ En ciertas circunstancias, la ética profesional puede exigir que la información tenga carácter confidencial, lo cual debe respetarse.

las instituciones u organismos a que pertenezcan. La comisión estará facultada para obtener toda la información necesaria para la investigación, que llevará a cabo conforme a lo establecido en estos principios.⁶⁹ Se redactará, en un plazo razonable, un informe en el que se expondrán el alcance de la investigación, los procedimientos y métodos utilizados para evaluar las pruebas, así como conclusiones y recomendaciones basadas en los hechos determinados y en la legislación aplicable. El informe se publicará de inmediato. En él se detallarán también los hechos concretos establecidos por la investigación, así como las pruebas en que se basen las conclusiones, y se enumerarán los nombres de los testigos que hayan prestado declaración, a excepción de aquellos cuya identidad no se haga pública para protegerlos. El Estado responderá en un plazo razonable al informe de la investigación y, cuando proceda, indicará las medidas que hayan de adoptar al respecto.

83. Los expertos médicos que participen en la investigación de torturas o malos tratos se conducirán en todo momento conforme a las normas éticas más estrictas y, en particular, obtendrán el libre consentimiento de la persona antes de examinarla. Los exámenes deberán respetar las normas establecidas de la práctica médica. Concretamente, se llevarán a cabo en privado bajo control del experto médico y nunca en presencia de agentes de seguridad u otros funcionarios del gobierno. El experto médico redactará lo antes posible un informe fiel que deberá incluir al menos los siguientes elementos:

a) Las circunstancias de la entrevista. El nombre del sujeto y el nombre y la filiación de todas las personas presentes en el examen; la fecha y hora exactas; la ubicación, carácter y domicilio de la institución (incluida la habitación, cuando sea necesario) donde se realizó el examen (por ejemplo, centro de detención, clínica, casa, etc.); circunstancias particulares en el momento del examen (por ejemplo, la naturaleza de cualquier restricción de que haya sido objeto la persona a su llegada o durante el examen, la presencia de fuerzas de

⁶⁹ Véase la nota 68.

seguridad durante el examen, la conducta de las personas que hayan acompañado al preso, posibles amenazas proferidas contra el examinador, etc.); y cualquier otro factor pertinente.

b) Los hechos expuestos. Exposición detallada de los hechos relatados por el sujeto durante la entrevista, incluidos los presuntos métodos de tortura o malos tratos, el momento en que se produjeron los actos de tortura o malos tratos y cualquier síntoma físico o psicológico que afirme padecer el sujeto.

c) Examen físico y psicológico. Descripción de todas las observaciones físicas y psicológicas del examen clínico, incluidas las pruebas de diagnóstico correspondientes y, cuando sea posible, fotografías en color de todas las lesiones.

d) Opinión. Una interpretación de la relación probable entre los síntomas físicos y psicológicos y las posibles torturas o malos tratos. Recomendación de un tratamiento médico y psicológico o de nuevos exámenes.

e) Autoría. El informe deberá ir firmado y en él se identificará claramente a las personas que hayan llevado a cabo el examen.

84. El informe tendrá carácter confidencial y se comunicará al sujeto o a la persona que éste designe como su representante. Se recabará la opinión del sujeto y de su representante sobre el proceso de examen, que se consignará en el informe. El informe también se remitirá por escrito, cuando proceda, a la autoridad encargada de investigar los presuntos actos de tortura o malos tratos. Es responsabilidad del Estado velar por que el informe llegue a sus destinatarios. Ninguna otra persona tendrá acceso a él sin el consentimiento del sujeto o la autorización de un tribunal competente. En el capítulo IV se formulan consideraciones generales relativas a los informes que se preparen por escrito tras cualquier denuncia de tortura. En los capítulos V y VI se describen con detalle las evaluaciones física y psicológica, respectivamente.

C. Procedimientos para la investigación de casos de tortura

1. Determinación del órgano investigador adecuado

85. Cuando se sospeche que funcionarios públicos están implicados en actos de tortura, incluida la posibilidad de que hayan ordenado o tolerado el uso de la tortura, ministros, adjuntos ministeriales, funcionarios que actúen con conocimiento de los ministros, funcionarios superiores de ministerios estatales o altos jefes militares, no podrá realizarse una investigación objetiva e imparcial a menos que se cree una comisión especial de indagación. También puede ser necesaria una comisión de este tipo cuando se ponga en tela de juicio la experiencia o la imparcialidad de los investigadores.

86. Entre los factores en que puede sustentarse la idea de que el Estado está implicado en la tortura o de que existen circunstancias especiales que justifican la creación de un mecanismo especial imparcial de investigación figuran:

- a) Cuando la víctima haya sido vista por última vez en buenas condiciones de salud, detenida o bajo custodia policial;
- b) Cuando el *modus operandi* sea conocido e identificable con las prácticas de tortura patrocinadas por el Estado;
- c) Cuando agentes del Estado o personas asociadas al Estado hayan tratado de obstruir o retrasar la investigación de la tortura;
- d) Cuando una indagación independiente sea favorable al interés público;
- e) Cuando la investigación realizada por los órganos investigadores regulares se ponga en tela de juicio a causa de la falta de experiencia o de imparcialidad o por otras razones, incluida la importancia del asunto, la existencia de un cuadro manifiesto de malos tratos, quejas de la persona con respecto a las insuficiencias mencionadas o cualquier otra razón de peso.

87. Cuando el Estado decida establecer una comisión independiente de indagación deberán tenerse en cuenta varias consideraciones. Primero, a las personas objeto de investigación se les han de conceder las mínimas garantías procesales amparadas por el derecho internacional en todas las fases de la investigación. Segundo, los investigadores deberán contar con el apoyo del personal técnico y administrativo adecuado, además de tener acceso a un asesoramiento jurídico objetivo e imparcial, a fin de asegurar que la investigación se materialice en pruebas que sean admisibles en un procedimiento penal. Tercero, los investigadores deberán recibir el pleno apoyo de los recursos y potestades del Estado. Por último, los investigadores tendrán la facultad de pedir ayuda a la comunidad internacional de expertos en derecho y medicina.

2. Entrevistar a la presunta víctima y a otros testigos

88. Dada la naturaleza de los casos de tortura y el trauma que la persona sufre como consecuencia, que suele conllevar una devastadora sensación de impotencia, es particularmente importante dar muestras de sensibilidad ante la presunta víctima de tortura y demás testigos. El Estado tiene la obligación de proteger a las víctimas de la tortura, los testigos y sus familias contra toda violencia, amenaza de violencia o cualquier otra forma de intimidación en el curso de la investigación. Los investigadores informarán a los testigos sobre las consecuencias que puede tener su participación en la investigación y también sobre cualquier nuevo elemento del caso que podría afectarlos.

a) Consentimiento informado y otras medidas de protección de la presunta víctima

Siempre que sea posible y desde el primer momento se informará a la presunta víctima de la naturaleza del procedimiento, la razón por la cual se solicita su testimonio, y si y cómo se utilizará la información facilitada por la presunta víctima. Los investigadores explicarán al sujeto qué partes de la investigación serán de dominio público y cuáles van a mantenerse confidenciales. El sujeto tiene derecho a negarse a cooperar con la totalidad

o con parte de la investigación. Se hará todo lo posible por acomodar todo el proceso a su disponibilidad de tiempo y a sus deseos. A la presunta víctima de tortura se le mantendrá regularmente informada sobre el progreso de la investigación. También se le notificarán todas las audiencias importantes que se realicen en la investigación y el procesamiento del caso. Los investigadores informarán a la presunta víctima de la detención del presunto culpable. A las supuestas víctimas de tortura se les dará información para que puedan ponerse en contacto con grupos de defensa y tratamiento que puedan ayudarlas. Los investigadores trabajarán junto con los grupos de defensa de su jurisdicción para asegurarse de que haya un intercambio mutuo de información y de formación con respecto a la tortura.

b) Selección del investigador

90. Las autoridades investigadoras del caso deberán designar al principal responsable de interrogar a la presunta víctima. Aunque éste pueda necesitar examinar el caso junto con profesionales jurídicos y también médicos, el equipo investigador deberá hacer todo lo posible por evitar repeticiones innecesarias de la historia de la persona. Al seleccionar a una persona como investigador principal encargado específicamente de la presunta víctima y de torturas, se prestará atención particular a la preferencia de ésta por una persona del mismo sexo, del mismo medio cultural o con la que pueda comunicarse en su idioma materno. El investigador principal deberá tener formación o experiencia en documentación de la tortura y en el trabajo con víctimas de traumas, incluida la tortura. Cuando no se disponga de un investigador que tenga una formación previa o experiencia, antes de entrevistar al sujeto el investigador principal deberá hacer todo lo posible por informarse acerca de la tortura y sus consecuencias físicas y psicológicas. Puede obtenerse información sobre esta materia de diversas fuentes, como este manual, varias publicaciones profesionales y didácticas, cursos de formación y conferencias profesionales. Además, durante toda la investigación el investigador deberá tener acceso al asesoramiento y la asistencia de expertos internacionales.

c) Contexto de la investigación

91. Los investigadores deberán estudiar con todo cuidado el contexto en el que actúan, tomando las precauciones necesarias y, en consecuencia, ofreciendo las salvaguardias oportunas. Si han de interrogar a personas que aún se hallan en prisión o en situaciones similares en las que podrían sufrir represalias, los entrevistadores tendrán gran cuidado de no ponerlas en peligro. Cuando el hecho de hablar con un investigador pueda poner en peligro a alguien, en lugar de una entrevista individual se preferirá una “entrevista en grupo”. En otros casos, el entrevistador buscará un lugar en el que pueda mantener una entrevista privada y donde el testigo se sienta seguro para hablar con toda libertad.

92. Las evaluaciones pueden desarrollarse en muy diversos contextos políticos. Por ello pueden ser muy diferentes las formas en que éstas deben realizarse. También las normas jurídicas a que está sujeto el desarrollo de la investigación se ven afectadas por el contexto. Por ejemplo, una investigación que culmina en el juicio de un presunto culpable requerirá el máximo nivel de prueba, mientras que un informe en apoyo de una solicitud de asilo político en un tercer país sólo requerirá un nivel de prueba de torturas relativamente bajo. El investigador deberá adaptar las siguientes directrices a la situación y el objetivo particulares de la evaluación. A continuación se dan ejemplos de diversos contextos, sin que esta relación pueda considerarse exhaustiva:

- i) En prisión o detención en el país de origen del sujeto;
- ii) En prisión o detención en otro país;
- iii) No detenido en el país de origen pero en un ambiente opresivo hostil;
- iv) No detenido en el país de origen en época de paz y seguridad;
- v) En otro país que puede ser amistoso u hostil;
- vi) En un campamento de refugiados;

vii) Ante un tribunal de crímenes de guerra o comisión de esclarecimiento de la verdad.

93. El contexto político puede ser hostil hacia la víctima y el examinador, por ejemplo, cuando se está entrevistando a detenidos que son mantenidos en prisión por sus gobiernos o que se hallan detenidos por gobiernos extranjeros para su deportación. En países donde se examina a solicitantes de asilo para hallar signos de tortura, puede haber una resistencia políticamente motivada a reconocer las declaraciones de trauma y tortura. La posibilidad de poner en mayor peligro la seguridad del detenido, puede ser muy real y debe tenerse en cuenta en toda evaluación. Los investigadores deben actuar con sumo cuidado al ponerse en contacto con presuntas víctimas de torturas, incluso en casos en los que éstas no se encuentren en peligro inminente. El lenguaje y la actitud que adopte el investigador influirá en gran medida sobre la capacidad y voluntad de la víctima para la entrevista. El lugar que se elija para la entrevista será tan seguro y cómodo como sea posible, con acceso a instalaciones sanitarias y la posibilidad de tomar algún refresco. Se le dedicará el tiempo suficiente y el investigador no ha de esperar que en una primera entrevista pueda recoger la historia completa. Las preguntas de carácter privado van a ser traumatizantes para la presunta víctima. El investigador mostrará sensibilidad en el tono que utilice y la forma y secuencia en que formule las preguntas, dado el carácter traumático que para la presunta víctima tiene su testimonio. A los testigos se les advertirá que en cualquier momento pueden interrumpir el interrogatorio, tomar un descanso si lo necesitan u optar por no responder a cualquier pregunta.

94. Siempre que sea posible deberán ponerse a disposición de la presunta víctima, de los testigos y de los miembros del equipo investigador servicios psicólogos y de profesionales capacitados para trabajar con víctimas de torturas. La narración de los detalles de la tortura puede hacer que la persona reviva la experiencia o sufra otros síntomas relacionados con el trauma (véase cap. IV, sec. H). El escuchar detalles acerca de la

tortura puede provocar a los investigadores síntomas de trauma secundario por lo que debe estimulárseles a que discutan sus reacciones entre ellos, naturalmente respetando los requisitos profesionales éticos de confidencialidad. Siempre que sea posible, esto se hará con la ayuda de un facilitador con experiencia. Es preciso estar conscientes de que existen dos riesgos: primero, hay el peligro de que el entrevistador pueda identificarse con el sujeto presuntamente torturado y no ser suficientemente crítico ante la historia que relata y, segundo, el entrevistador puede acostumbrarse tanto a escuchar historias de tortura que llegue a minimizar las experiencias de la persona entrevistada.

d) Seguridad de los testigos

95. El Estado tiene la responsabilidad de proteger a las presuntas víctimas, a los testigos y a sus familias contra toda violencia, amenaza de violencia o cualquier otra forma de intimidación que pueda producirse a raíz de la investigación. Las personas que puedan estar implicadas en los actos de tortura deberán ser apartadas de todo cargo que suponga control o poder directo o indirecto sobre los demandantes, los testigos y sus familias y los investigadores. Los investigadores deberán tener en cuenta en todo momento los efectos que su investigación podría tener sobre la seguridad de la presunta víctima de torturas y los demás testigos.

96. Una técnica que se propone para conferir una cierta seguridad a los entrevistados, incluidos los que se encuentren presos en países que se hallan en situación de conflicto, consiste en anotar y mantener en seguridad las identidades de las personas visitadas de manera que los investigadores puedan comprobar la seguridad de esas personas en una futura visita. Los investigadores podrán hablar con quien deseen de forma libre y en privado, y se les permitirá repetir sus visitas a esas mismas personas (de ahí la necesidad de identificar a los entrevistados) siempre que sea necesario. No todos los países aceptan estas condiciones y los investigadores pueden tropezar con dificultades para obtener garantías similares. Cuando parezca probable que los testigos vayan a verse en peligro a

causa de su testimonio, el investigador tratará de hallar otras fuentes de información.

97. Los reclusos corren un peligro mayor que las personas que no están detenidas. Los presos pueden reaccionar de forma distinta ante diferentes situaciones. En algunas situaciones pueden inadvertidamente ponerse en peligro al expresarse con excesiva vehemencia, pensando que están protegidos por la mera presencia del investigador “externo”, cosa que podría no ser así. En otras situaciones, el investigador puede tropezarse contra una “muralla de silencio”, pues los reclusos están demasiado intimidados como para confiar en nadie, por mucho que se les haya advertido que las conversaciones son en privado. En este último caso, puede ser necesario comenzar con “entrevistas en grupo”, de manera que se pueda explicar claramente el objeto y propósito de la investigación y a continuación ofrecer entrevistas en privado con las personas que deseen hablar. Si el temor a las represalias, justificado o no, es demasiado grande, puede ser necesario entrevistar a todos los reclusos en un determinado lugar de custodia de manera que no se pueda señalar a ninguna persona en concreto. Cuando una investigación conduzca a un procesamiento o a un foro público de esclarecimiento de la verdad, el investigador deberá recomendar las medidas adecuadas para evitar todo daño a la presunta víctima valiéndose de medios como el de suprimir de las actas públicas su nombre y demás información que le identifique, o bien ofrecer a la persona la posibilidad de testimoniar a través de dispositivos que alteren la imagen o la voz, o por televisión en circuito cerrado. Estas medidas deberán ser compatibles con los derechos del acusado.

e) Utilización de intérpretes

98. El trabajar con un intérprete cuando se investiga la tortura no es nada fácil, ni siquiera tratándose de profesionales. No siempre se tendrán a mano intérpretes para todos los posibles dialectos e idiomas, por lo que a veces será necesario recurrir a algún miembro de la familia de la persona o de su grupo cultural. Esto no es lo ideal, pues es posible que el sujeto no se sienta bien

hablando de su experiencia de tortura por medio de personas que conoce. Lo mejor sería que el intérprete formara parte del equipo de investigación y que fuese conocedor de las cuestiones relativas a la tortura (véanse cap. IV, sec. I y cap. VI, sec. C.2).

f) Información que debe obtenerse de la presunta víctima de torturas

99. El investigador tratará de obtener tanta información como sea posible del testimonio de la presunta víctima (véase cap. IV, sec. E):

i) Las circunstancias que condujeron a la tortura, incluido el arresto o el rapto y la detención.

ii) Las fechas y horas aproximadas de la tortura, con mención del momento del último acto de tortura. Puede que esta información sea difícil de obtener ya que la tortura se ha podido practicar en diversos lugares y con intervención de diversos agentes (o grupos de agentes). A veces será necesario recoger historias diferentes para los distintos lugares. Las cronologías casi siempre son inexactas y a veces bastante confusas; alguien que ha sido torturado difícilmente mantiene la noción del tiempo. El recoger historias distintas para los diferentes lugares puede ser útil para poder obtener un cuadro global de la situación. Es frecuente que los supervivientes no sepan exactamente adónde se les llevó, pues llevaban los ojos tapados o no estaban plenamente conscientes. Reuniendo distintos testimonios convergentes, se podrá establecer una imagen de los distintos lugares, métodos e incluso agentes.

iii) Una descripción detallada de las personas que intervinieron en el arresto, la detención y la tortura, por ejemplo si el sujeto conocía a alguno de ellos antes de los hechos relacionados con la presunta tortura, cómo iban vestidos, si tenían cicatrices, señales de nacimiento o tatuajes, su estatura, peso (la persona puede ser capaz de describir al torturador en relación con su propia estatura), algún detalle

particular en cuanto a la anatomía, el habla y el acento de los torturadores y si éstos se hallaban bajo la influencia del alcohol o de las drogas en cualquier momento.

iv) Qué es lo que se dijo o se preguntó a la persona. Así puede obtenerse información útil para la identificación de lugares de detención secretos o desconocidos.

v) Una descripción de las actividades cotidianas en el lugar de detención y de las características de los malos tratos.

vi) Una descripción de los hechos de tortura, incluidos los métodos utilizados. Por supuesto, esto suele ser difícil y es preciso que el investigador sepa que probablemente no va a obtener la historia completa en una sola entrevista. Es importante conseguir una información precisa, pero toda pregunta sobre humillaciones y agresiones íntimas va a ser traumática, con frecuencia en grado sumo.

vii) Si el sujeto ha sufrido una agresión sexual. Ante estas preguntas la mayor parte de las personas suelen pensar en la violación o la sodomía. El investigador debe saber que con frecuencia la víctima no considera agresión sexual las agresiones verbales, el desnudamiento, el toqueteo, los actos obscenos o humillantes o los golpes o choques eléctricos en los genitales. Todos estos actos violan la intimidad del sujeto y deben ser considerados como parte de la agresión sexual. Es muy frecuente que las víctimas de agresión sexual no digan nada o incluso nieguen haberla sufrido. Es asimismo corriente que la historia no se empiece a contar hasta la segunda o incluso la tercera entrevista, y eso si se ha logrado un contacto empático y sensible a la cultura y la personalidad del sujeto.

viii) Las lesiones físicas sufridas en el curso de la tortura.

ix) Una descripción de las armas u otros objetos físicos utilizados.

x) La identidad de los testigos de los hechos de tortura. El investigador pondrá el máximo cuidado en proteger la

seguridad de los testigos y considerará la posibilidad de ocultar sus identidades o mantener sus nombres en un lugar distinto de la parte principal de las notas que tome sobre la entrevista.

g) Declaración de la presunta víctima de torturas

100. El investigador deberá registrar en cinta magnetofónica y hacer transcribir una declaración detallada de la persona. La declaración se basará en las respuestas que el sujeto dé a preguntas neutras, no sugerentes. Las preguntas no sugerentes no contienen suposiciones o conclusiones y facilitan el que la persona ofrezca el testimonio más completo y objetivo. Por ejemplo, una pregunta no sugerente sería “¿qué le sucedió y dónde?” en lugar de “¿lo torturaron mientras estaba en prisión?” Esta última pregunta presupone que lo que le sucedió al testigo es que lo torturaron y limita el lugar de la acción a una prisión. Deben evitarse asimismo las preguntas a base de listas, que pueden forzar al individuo a dar respuestas inexactas si lo que realmente sucedió no corresponde con exactitud a ninguna de las opciones que se le brindan. Debe estimularse a la persona a que utilice todos sus sentidos para describir lo sucedido. Pregúntele qué es lo que vio, olió, oyó y sintió. Esto es importante, por ejemplo, cuando se le hayan tapado los ojos al sujeto o éste haya sido agredido en la oscuridad.

h) Declaración del presunto torturador

101. Siempre que sea posible, los investigadores deberán interrogar asimismo a los presuntos agentes de la tortura. Es preciso que los investigadores les den todas las protecciones jurídicas garantizadas en el derecho internacional y nacional.

3. Asegurar y obtener pruebas físicas

102. El investigador deberá reunir todas las pruebas físicas que pueda para documentar un caso o un cuadro de tortura. El acopio y análisis de las pruebas físicas constituye uno de los aspectos más importantes de toda investigación cuidadosa e imparcial de casos de tortura. El investigador deberá documentar toda

la cadena de custodia que ha intervenido en la recuperación y preservación de las pruebas físicas de manera que pueda utilizarlas en procedimientos jurídicos futuros, incluido un posible procesamiento penal. La tortura se practica sobre todo en lugares donde el sujeto se halla detenido, sitios donde la preservación de las pruebas físicas o el acceso sin restricciones puede ser inicialmente difícil o incluso imposible. El Estado debe otorgar a los investigadores suficiente autoridad para que tengan acceso sin restricciones a cualquier lugar o instalación y puedan asegurar el sitio donde tuvo lugar la supuesta tortura. El personal investigador y otros investigadores deben coordinar sus esfuerzos para realizar una minuciosa investigación del lugar donde se supone que ocurrió la tortura. Los investigadores tendrán acceso sin restricciones al presunto escenario de la tortura. Tendrán acceso, entre otros lugares, a las zonas abiertas o cerradas, incluidos edificios, vehículos, oficinas, celdas de prisión u otras instalaciones, en las que presuntamente se haya torturado.

103. Cualquier edificio o lugar que esté bajo investigación deberá clausurarse de manera que no se pierda ninguna posible prueba. Una vez que el lugar haya sido designado como lugar en investigación, sólo podrán entrar en él los investigadores y su personal. Deberá realizarse un examen del lugar en busca de cualquier tipo de prueba material. Todas las pruebas se recogerán, manejarán, empaquetarán y marcarán adecuadamente, guardándose en lugar seguro para evitar contaminaciones, manipulaciones o pérdidas. Si se supone que la tortura ha sido tan reciente que esas pruebas vayan a ser importantes, toda muestra hallada de líquidos orgánicos (como sangre o semen), pelo, fibras y hebras se deberá recoger, etiquetar y preservar adecuadamente. Se deberá recoger y preservar todo instrumento que haya podido ser utilizado para torturar, tanto si ha sido diseñado con ese fin como si ha sido utilizado circunstancialmente. Si son tan recientes como para ser de utilidad, se tomarán y preservarán todas las huellas dactilares encontradas. Se preparará un plano a

escala y debidamente señalado de los locales o el lugar donde presuntamente se ha practicado la tortura y en él se mostrarán todos los detalles pertinentes, como la ubicación de los pisos del edificio, salas o habitaciones, entradas, ventanas, muebles y los terrenos limítrofes. Se realizarán fotografías en colores de los mismos elementos. Se preparará una lista con la identidad de todas las personas que se hallaban en el presunto escenario de la tortura, con nombres completos, direcciones y números de teléfono, o cualquier otra información de contacto. Si la tortura es suficientemente reciente como para que pueda ser importante, se hará un inventario de la ropa que llevaba la presunta víctima, que, siempre que sea posible, se analizará en un laboratorio en busca de líquidos orgánicos y otras pruebas físicas. Se obtendrá información de todos los que estuviesen presentes en los locales o en la zona bajo investigación para determinar si fueron testigos o no de los presuntos hechos de tortura. Se recogerán todos los escritos, registros o documentos importantes para su posible uso como prueba y para análisis grafológicos.

4. Indicios médicos

104. El investigador organizará el examen médico de la presunta víctima. Es particularmente importante que ese examen se haga en el momento más oportuno. De todas formas debe realizarse independientemente del tiempo que haya transcurrido desde el momento de la tortura, pero si se sostiene que ésta ha tenido lugar durante las seis últimas semanas, será urgente proceder al examen antes de que desaparezcan los indicios más palmarios. El examen deberá incluir la evaluación de la necesidad de tratar lesiones y enfermedades, de ayuda psicológica, de asesoramiento y seguimiento (véase en el capítulo V una descripción del examen físico y de la evaluación forense). Siempre es necesario realizar un examen psicológico de la presunta víctima de la tortura, y que puede formar parte del examen físico o, cuando no existen signos físicos, puede realizarse independientemente (véase en el capítulo VI una descripción de la evaluación psicológica).

105. Para preparar una opinión clínica con miras a informe de los signos físicos y psicológicos de tortura, deben formularse seis preguntas importantes:

- a) ¿Hay una relación entre los signos físicos y psicológicos observados y la denuncia de tortura?
- b) ¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico?
- c) ¿Son los signos psicológicos observados los que cabe esperar o las reacciones típicas ante un estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo?
- d) Dado el curso fluctuante de los trastornos mentales postraumáticos a lo largo del tiempo, ¿cuánto tiempo ha transcurrido desde los actos de tortura? ¿En qué punto del proceso de recuperación se encuentra el sujeto?
- e) ¿Qué otros factores de estrés afectan al individuo (por ejemplo, una persecución mantenida, migración forzada, exilio, pérdida de su papel familiar y social, etcétera)? ¿Qué impacto tienen estos problemas en la víctima?
- f) ¿El cuadro clínico hace pensar en una falsa denuncia de tortura?

5. Fotografías

106. Deberán tomarse fotografías en color de las lesiones de las personas que sostienen que han sido torturadas, de los locales donde ha tenido lugar la presunta tortura (al interior y al exterior) y de todos los demás indicios físicos que puedan encontrarse. Es fundamental una cinta métrica o cualquier otro medio que dé una idea de la escala de la fotografía. Las fotografías deberán tomarse lo antes posible, aunque sólo sea con una cámara elemental, pues algunos de los signos físicos desaparecen rápidamente y los locales pueden ser manipulados. Debe tenerse en cuenta que las fotografías de revelado instantáneo pueden irse borrando con el

tiempo. Se prefieren las fotografías profesionales, que deberán ser tomadas tan pronto se disponga del equipo necesario. De ser posible, se tomarán las fotografías con una cámara de 35 mm y que señale automáticamente la fecha. Se documentará con todo detalle la cadena de custodia de la película, los negativos y las impresiones.

D. Comisión de indagación

1. Definir el objeto de la investigación

107. Todo Estado u organización que establezca una comisión de indagación deberá determinar el objeto de la investigación especificando el mandato en su autorización. El definir el mandato de la comisión aumentará en gran medida sus probabilidades de éxito al dar legitimidad al proceso, facilitar el consenso entre los miembros de la comisión acerca del objeto de la investigación y establecer los parámetros para evaluar el informe final de la comisión. Para determinar el mandato de la comisión se formulan las siguientes recomendaciones:

- a) Deberá tener una estructura neutral de manera que no sugiera un resultado predeterminado. Para que sea neutral, el mandato no limitará las investigaciones en sectores que pudieran revelar la responsabilidad del Estado en la tortura.
- b) Deberán formularse con precisión los hechos y problemas que se van a investigar y los que se van a tratar en el informe final de la comisión.
- c) Se permitirá una cierta flexibilidad en el ámbito de la investigación de manera que la comisión pueda proceder a una investigación minuciosa asegurándose de que no se vea obstaculizada por un mandato excesivamente restrictivo o demasiado vago. Se puede obtener la necesaria flexibilidad, por ejemplo, permitiendo que la comisión modifique su mandato en caso de necesidad. Pero es importante que mantenga al público informado de cualquier modificación que introduzca en su mandato.

2. Facultades de la comisión

108. Los principios deberán determinar de modo general cuáles van a ser las facultades de la comisión. Concretamente, la comisión necesita lo siguiente:

- a) Autoridad para obtener toda la información necesaria para la investigación, incluida autoridad para obtener testimonios so pena de sanción legal, ordenar la presentación de documentos, incluidos registros estatales y médicos, y proteger a testigos, familias de la víctima y otras fuentes;
- b) Autoridad para emitir un informe público;
- c) Autoridad para realizar visitas in situ, en particular a los locales donde se sospeche que tuvo lugar la tortura;
- d) Autoridad para recibir pruebas de testigos y de organizaciones situados fuera del país.

3. Criterios para la selección de miembros

109. Los miembros de la comisión serán elegidos en función de su acreditada imparcialidad, competencia e independencia personal, cualidades que se definen de la siguiente manera:

- a) Imparcialidad. Es preciso que los miembros de la comisión no estén estrechamente asociados a ninguna persona, entidad estatal, partido político u otra organización que podría estar implicada en la tortura. Tampoco deben estar demasiado conectados con una organización o grupo del que la víctima sea miembro, pues ello puede ir en detrimento de la fiabilidad de la comisión. De todas formas, esto no debe servir de excusa para excluir de la comisión de forma generalizada, por ejemplo, a miembros de grandes organizaciones de las que la víctima sea también miembro o a personas asociadas con organizaciones dedicadas al tratamiento y rehabilitación de las víctimas de la tortura.
- b) Competencia. Los miembros de la comisión deberán ser capaces de evaluar y ponderar las pruebas que se presenten

y ejercer su buen discernimiento. Siempre que sea posible, en las comisiones de indagación se incluirá a personas con experiencia en derecho, medicina y otras especialidades apropiadas.

c) Independencia. Los miembros de la comisión tendrán en su comunidad una sólida reputación de honradez y equidad.

110. La objetividad de la investigación y los hallazgos de la comisión pueden depender, entre otras cosas, de que ésta conste de tres o más miembros, y no sólo de uno o dos. En general, una comisión de un solo miembro no está en condiciones de investigar la tortura. Un solo miembro, si actúa aisladamente y en solitario, no estará en condiciones de realizar una investigación en profundidad. Además, se verá obligado a adoptar decisiones discutibles e importantes sin ninguna clase de debate y estará particularmente expuesto a las presiones del Estado y otras presiones exteriores.

4. El personal de la comisión

111. Las comisiones de indagación deben contar con un abogado experto e imparcial. Cuando la comisión investigue denuncias de conducta indebida del Estado, convendrá nombrar a un abogado que no forme parte del Ministerio de Justicia. El abogado principal de la comisión deberá estar al margen de toda influencia política, como parte de la administración pública o miembro totalmente independiente del colegio de abogados. La investigación requerirá con frecuencia asesores expertos. La comisión deberá tener a su disposición los servicios de especialistas en patología, ciencia forense, psiquiatría, psicología, ginecología y pediatría. Para realizar una investigación totalmente imparcial y minuciosa, la comisión necesitará casi siempre contar con sus propios investigadores que persigan las distintas pistas y obtengan las pruebas. La credibilidad de una investigación se verá considerablemente incrementada en la medida en que la comisión pueda recurrir a sus propios investigadores.

5. Protección de los testigos

112. El Estado deberá proteger a los demandantes, los testigos, los investigadores y a sus familias de toda violencia, amenaza de violencia o cualquier otra forma de intimidación (véase sec. C.2.d) *supra*). Si la comisión concluye que existe un temor razonable de persecución, acoso o agresión a cualquier testigo o posible testigo, puede considerar conveniente recibir las pruebas a puerta cerrada, mantener confidencial la identidad del informante o del testigo, utilizar sólo aquellas pruebas que no expongan la identidad del testigo y adoptar otras medidas adecuadas.

6. Procedimiento

113. De los principios generales del procedimiento penal se deduce que las audiencias deben realizarse en público, a menos que se necesiten procedimientos a puerta cerrada para proteger la seguridad de un testigo. El procedimiento a puerta cerrada deberá registrarse en acta, y el acta sellada sin publicar debe mantenerse en lugar conocido. En ciertas ocasiones puede necesitarse la confidencialidad absoluta para obtener un determinado testimonio, y en esos casos la comisión puede optar por escuchar al testigo en privado, de manera informal sin registrar su declaración.

7. Aviso de la investigación

114. El establecimiento de una comisión y el tema de encuesta deberán darse a conocer ampliamente. El aviso incluirá una invitación para que se presente a la comisión toda la información pertinente y las correspondientes declaraciones escritas, así como instrucciones para las personas que deseen testimoniar. El aviso se publicará en periódicos, revistas, radio y televisión, folletos y carteles.

8. Recepción de pruebas

115. La comisión de indagación deberá tener poder suficiente para exigir testimonio y presentar documentos, más la autoridad

necesaria para obligar a testificar a los funcionarios supuestamente implicados en la tortura. En la práctica, esta autoridad puede suponer la facultad para imponer multas o sanciones si los funcionarios de gobierno u otras personas se niegan a obedecer. La comisión de indagación invitará a las personas a prestar testimonio oral o por escrito como primer paso en el acopio de información. Las declaraciones escritas pueden llegar a ser una importante fuente de pruebas si sus autores temen dar testimonio, no pueden viajar al lugar del procedimiento o por alguna otra razón no están disponibles. La comisión de indagación deberá examinar cualquier otro procedimiento por el cual se pueda obtener la información pertinente.

9. Derechos de las partes

116. Toda persona que afirme haber sido torturada y sus representantes legales deberán ser informados de toda audiencia y toda información que sea de interés para la investigación y tener acceso a ellas, y tendrán derecho a presentar sus pruebas. El acento particular que se pone en el papel del superviviente como parte en el procedimiento refleja la particular importancia que se atribuye a sus intereses en el desarrollo de la investigación. Pero también todas las demás partes deben tener la oportunidad de hacerse oír. El órgano investigador podrá convocar a testigos, incluidos los funcionarios presuntamente implicados, y exigir que se presenten pruebas. Todos estos testigos tendrán derecho a los servicios de un abogado en caso de que la investigación pueda perjudicarles, por ejemplo, cuando su testimonio pueda exponerlos a acusaciones penales o responsabilidad civil. En ningún caso se obligará a un testigo a que dé testimonio contra sí mismo. La comisión deberá tener la oportunidad de interrogar eficazmente a los testigos. A las partes en la investigación se les permitirá someter preguntas por escrito a la comisión.

10. Evaluación de las pruebas

117. La comisión deberá evaluar todas las informaciones e indicios que reciba para determinar su fiabilidad y probidad.

La comisión evaluará los testimonios orales, teniendo en cuenta el comportamiento y la credibilidad general del testigo. La comisión será sensible a las cuestiones sociales, culturales y de género que influyan en el comportamiento de la persona. La confirmación de información procedente de diversas fuentes aumentará su valor probatorio y la fiabilidad del testimonio de oídas. La comisión examinará cuidadosamente la fiabilidad de este tipo de información antes de aceptarla como un hecho. Todo testimonio no comprobado mediante interrogatorios se considerará con la máxima precaución. Los testimonios a puerta cerrada que se consignan en actas confidenciales o no se registran en acta suelen no ser objeto de interrogatorio y, por consiguiente, se les puede atribuir menos peso.

11. Informe de la comisión

La comisión emitirá un informe público dentro de un plazo razonable. Además, cuando no llegue a conclusiones unánimes, el grupo minoritario deberá expresar su opinión discordante. Los informes de la comisión de indagación deberán contener, por lo menos, la siguiente información:

- a) Objeto de la investigación y mandato;
- b) Procedimientos y métodos de evaluación de las pruebas;
- c) Una lista de todos los testigos que hayan declarado, con indicación de la edad y el sexo, excepto aquellos cuyas identidades se mantengan confidenciales para su protección o los que hayan testimoniado a puerta cerrada, así como todo el material recibido como prueba;
- d) Al momento y lugar de cada sesión (esto se puede anexar al informe);
- e) Las circunstancias en que se desarrolla la investigación, por ejemplo las condiciones sociales, políticas y económicas pertinentes;
- f) Los acontecimientos específicos sucedidos y las pruebas en que se basó el establecimiento de los hechos;

- g) La legislación en que se basó la comisión;
 - h) Las conclusiones de la comisión basadas en el derecho aplicable y los hechos establecidos;
 - i) Recomendaciones basadas en las conclusiones de la comisión.
119. El Estado deberá dar respuesta pública al informe de la comisión y, cuando corresponda, indicar qué medidas se propone adoptar en respuesta al informe.

Capítulo IV

CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVAS A LAS ENTREVISTAS

120. Cuando se entreviste a una persona que afirme haber sido torturada, se tendrá en cuenta una serie de cuestiones y factores prácticos. Las presentes consideraciones valen para todas las personas que realicen entrevistas, sean juristas, médicos, psicólogos, psiquiatras, defensores de los derechos humanos o miembros de cualquier otra profesión. A continuación se describe este “terreno común” y se trata de ponerlo en los distintos contextos que pueden hallarse cuando se investiga la tortura y se entrevista a sus víctimas.

A. Finalidad de la investigación, el examen y la documentación

121. El propósito general de la investigación consiste en determinar los hechos en relación con los presuntos casos de tortura (véase cap. III, sec. D). Las evaluaciones médicas de la tortura pueden aportar útiles pruebas en contextos legales como:

- a) La identificación de los agentes responsables de la tortura y su sometimiento a la justicia;
- b) El apoyo a solicitudes de asilo político;
- c) La determinación de las condiciones en que ciertos funcionarios del Estado han podido obtener falsas confesiones;
- d) La averiguación de prácticas regionales de tortura. También pueden utilizarse las evaluaciones médicas como base para identificar las necesidades terapéuticas de los

supervivientes y como testimonio en las investigaciones de derechos humanos.

122. El objetivo del testimonio escrito u oral del médico consiste en dar una opinión pericial sobre el grado en el que los resultados del examen médico se correlacionan con la denuncia de maltrato del paciente, y comunicar con eficacia las constataciones médicas del facultativo y sus interpretaciones a las autoridades judiciales y otras autoridades competentes. Además, con frecuencia el testimonio médico sirve para enseñar a los funcionarios judiciales y a otros agentes gubernamentales y a las comunidades locales e internacionales cuáles son las secuelas físicas y psicológicas de la tortura. Es preciso que el examinador esté en condiciones de hacer lo siguiente:

- a) Evaluar posibles lesiones y malos tratos, incluso en ausencia de denuncias concretas de la persona o de los agentes del orden o de la justicia;
- b) Documentar los indicios físicos y psicológicos de lesiones y malos tratos;
- c) Determinar el grado de coherencia existente entre los signos observados en el examen y las denuncias concretas de maltrato formuladas por el paciente;
- d) Determinar el grado de coherencia existente entre los signos observados en el examen individual y el conocimiento de los métodos de tortura utilizados en una determinada región y de sus secuelas más comunes;
- e) Dar una interpretación pericial de los resultados de las evaluaciones medicolegales y entregar una opinión pericial sobre posibles casos de malos tratos en audiencia de solicitud de asilo, procesos penales y procedimientos civiles;
- f) Utilizar la información obtenida de forma adecuada para mejorar las investigaciones de los casos de tortura y documentarlos más a fondo.

B. Salvaguardias de procedimiento con respecto a los detenidos

123. Se procederá a la evaluación médica forense de los detenidos en respuesta a una solicitud oficial escrita procedente de un fiscal público o de cualquier otro funcionario competente. Las solicitudes de evaluación médica formuladas por funcionarios de orden público no se considerarán válidas a menos que sean solicitadas por instrucciones escritas de un fiscal público. De todas formas, los propios detenidos, así como sus abogados y familiares, tienen derecho a solicitar una evaluación médica para buscar pruebas de torturas y malos tratos. El detenido será presentado al examen médico forense por funcionarios que no pertenezcan al ejército ni a la policía, ya que la tortura y los malos tratos han podido tener lugar estando la persona bajo la custodia de esos funcionarios y, por consiguiente, ejercerían una presión coercitiva inaceptable sobre el detenido o sobre el médico para que no documentase efectivamente la tortura o los malos tratos. Los funcionarios que supervisan el transporte del detenido deberán ser responsables ante el fiscal público y no ante otros agentes de la ley. El abogado del detenido deberá hallarse presente durante la solicitud de examen y durante el transporte ulterior del detenido. Durante el período de detención y después, el detenido tendrá derecho a obtener una segunda o distinta evaluación médica a cargo de un médico calificado.

124. Todo detenido deberá ser examinado en privado. Nunca estará presente en la sala de examen un funcionario de policía u otro agente de la ley. Esta salvaguardia de procedimiento sólo podrá excluirse cuando, a juicio del médico examinador, haya signos fehacientes de que el detenido plantea un grave riesgo de seguridad para el personal de salud. En tales circunstancias y a petición del médico examinador, se pondrá a su disposición personal de seguridad del servicio de salud de que se trate, pero no policías u otros agentes de la ley. En tales casos, el personal de seguridad estará situado de tal manera que sólo pueda establecer contacto visual con el paciente, pero no oír lo que dice. La evaluación médica de los detenidos se realizará en el

lugar que el médico considere más adecuado. En ciertos casos puede ser mejor insistir en que la evaluación se haga en servicios médicos oficiales y no en la prisión o en la celda. En otros casos el preso puede preferir ser examinado en la relativa seguridad de su propia celda, si supone, por ejemplo, que los servicios médicos están vigilados. Cuál ha de ser el mejor lugar dependerá de numerosos factores, pero en todos los casos el investigador se asegurará de que los presos no se vean forzados a aceptar un lugar que no les satisfaga.

125. En el informe médico oficial del facultativo se señalará, en su caso, la presencia en la sala de examen de cualquier policía, soldado, funcionario de prisiones o cualquier otro agente de la ley, sea por la razón que fuere. La presencia de estos funcionarios durante el examen puede ser motivo para descartar un informe médico negativo. En el informe se indicarán los nombres y cargos de otras personas presentes en la sala de examen durante la evaluación médica. Las evaluaciones medicolegales de los detenidos deberán utilizar un formulario estándar de informe médico (véanse en el anexo IV las directrices para preparar un formulario estándar de informe médico).

126. La evaluación original ya concluida se transmitirá directamente a la persona que haya solicitado el informe, generalmente el fiscal público. También se facilitará un informe médico a cualquier detenido o abogado que actúe en su nombre que lo solicite. El médico examinador deberá conservar copias de todos los informes médicos. Una asociación médica nacional o una comisión de indagación pueden decidir inspeccionar los informes médicos para asegurarse del cumplimiento adecuado de las salvaguardias de procedimiento y las normas de documentación, en particular tratándose de médicos empleados por el Estado. Los informes se enviarán a esa organización siempre que se hayan resuelto las cuestiones de independencia y confidencialidad. En ninguna circunstancia se enviará copia del informe médico a los agentes de la ley. Es obligatorio que el detenido sea sometido a examen médico en el momento de su detención

y que al ser puesto éste en libertad se proceda a un nuevo examen y evaluación.⁷⁰ En el momento del examen médico se debe facilitar el acceso a un abogado. En la mayor parte de las situaciones de encarcelamiento no será posible que esté presente una persona del exterior durante el examen. En estos casos, se estipulará que el médico de la cárcel que trabaje con los reclusos deberá respetar la ética médica y deberá ser capaz de desempeñar sus funciones profesionales con independencia de cualquier influencia de terceros. Si el examen médico forense viene a apoyar la denuncia de tortura, el detenido no debe regresar al lugar de detención, sino que deberá comparecer ante el fiscal o el juez para que determinen bajo qué autoridad judicial han de poner al detenido.⁷¹

C. Visitas oficiales a centros de detención

127. Las visitas a los reclusos no deben tomarse a la ligera. En ciertos casos puede ser extremadamente difícil realizarlas de forma objetiva y profesional, sobre todo en países donde aún se practica la tortura. Una visita única, sin un seguimiento que garantice la seguridad ulterior de los entrevistados, puede ser peligrosa. En ciertos casos, una visita no seguida de otra puede ser peor que ninguna visita. Ciertos investigadores de buena voluntad pueden caer en la trampa de visitar una cárcel o comisaría sin saber exactamente qué es lo que están haciendo. Pueden obtener una visión incompleta o falsa de la realidad. Inadvertidamente pueden poner en peligro a unos presos que quizá nunca vuelvan a ver. Ello puede además dar una coartada a los torturadores, que utilizarán el hecho de que personas del exterior hayan visitado su prisión y no se hayan percatado de nada.

128. Lo mejor será que las visitas se confíen a investigadores que puedan realizarlas, visita y seguimiento, de forma profesional y que por experiencia tengan ya establecidas ciertas salvaguardias de procedimiento para su trabajo. La idea de que el poseer algún conocimiento es mejor que no tener ninguno no es válida cuando

⁷⁰ Véanse los Principios básicos de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos, cap. I, sec. B.

⁷¹ "Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal", The Lancet, vol. 337, 1991, p. 647 y 648.

se trabaja con reclusos que se han podido poner en peligro al dar su testimonio. Las visitas a los lugares de detención por personas de buena voluntad representantes de instituciones oficiales y no gubernamentales pueden ser difíciles e incluso resultar contraproducentes. En el presente contexto debe hacerse una distinción entre una visita de buena fe necesaria para la investigación, que no se pone en tela de juicio, y una visita no indispensable que trasciende los fines de la indagación y que si es realizada por alguien que no es especialista puede causar más mal que bien en un país en que se practique la tortura. Las comisiones independientes constituidas por juristas y médicos deberán tener garantizado un acceso periódico a los lugares de detención y las prisiones.

129. Las entrevistas con personas mantenidas en custodia y posiblemente incluso en manos de los agentes de la tortura, evidentemente serán muy distintas de las que se hagan en privado y en la seguridad de una instalación médica externa y segura. En estas situaciones es sumamente importante poderse ganar la confianza de la persona. Pero aún más importante es no traicionar esa confianza, ni siquiera involuntariamente. Deberán tomarse todas las precauciones para que el detenido no se exponga a ningún peligro. A los detenidos que hayan sido torturados se les preguntará si se puede utilizar la información que faciliten y de qué manera. Es muy posible que tengan demasiado miedo para permitir que se utilicen sus nombres, por ejemplo, por temor a represalias. Investigadores, profesionales médicos e intérpretes están obligados a respetar lo que se haya prometido al detenido.

130. Puede plantearse un claro dilema, por ejemplo, cuando sea manifiesto que en un determinado lugar se ha torturado a gran número de reclusos pero por miedo todos ellos se nieguen a permitir que los investigadores utilicen sus historias. Enfrentado con la opción de traicionar la confianza de los reclusos en un afán de poner fin a la tortura o de respetar esa confianza y marcharse sin decir nada, habrá que encontrar alguna forma útil de salir de ese dilema. Confrontado con cierto número de reclusos que presentan señales evidentes en sus cuerpos de latigazos, golpes,

laceraciones causadas por garrotes, etcétera, todos los cuales rehúsan que se mencionen sus casos por miedo a las represalias, será conveniente organizar una “inspección sanitaria” de todo el pabellón a plena vista en el patio. De esta forma, el investigador médico visitante recorrerá las hileras de presos formados y podrá ver las señales visibles de la tortura en las espaldas de los sujetos, con lo cual estará en condiciones de preparar un informe de lo que ha visto sin necesidad de decir que los presos se han quejado de tortura. Este primer paso asegurará la confianza de los reclusos para futuras visitas de seguimiento.

131. Es evidente que otras formas más sutiles de tortura, psicológica o sexual, por ejemplo, no pueden tratarse de la misma manera. En estos casos puede ser necesario que el investigador no formule ningún comentario durante una o varias visitas hasta que las circunstancias permitan que los detenidos pierdan el temor y autoricen el uso de sus declaraciones. El médico y el intérprete darán sus nombres y explicarán cuál es su papel en la evaluación. La documentación de las señales médicas de tortura exige conocimientos específicos de profesionales calificados de salud. Además, pueden obtenerse conocimientos sobre la tortura y sus consecuencias físicas y psicológicas mediante publicaciones, cursos de formación, conferencias profesionales y experiencia. Además, es importante conocer las prácticas regionales de torturas y malos tratos ya que esa información puede corroborar el relato que la persona haga sobre éstos. Se debe adquirir una experiencia en entrevistas y exámenes de personas en busca de señales físicas y psicológicas de tortura y en la documentación de los signos observados bajo la supervisión de personal médico experimentado.

132. Las personas que permanecen detenidas a veces pueden mostrarse excesivamente confiadas en situaciones en las que un entrevistador simplemente no puede garantizar que no va a haber represalias, si no se ha negociado la repetición de las visitas y ésta ha sido aceptada sin reservas por las autoridades o si la identidad de la persona no se ha registrado de manera que, por ejemplo, quede asegurado un seguimiento. Deberán

adoptarse todas las precauciones para impedir que los reclusos se expongan a riesgos innecesarios, confiando ingenuamente en que la persona del exterior podrá protegerlos.

133. Cuando se hacen visitas a personas que están detenidas, lo mejor es que los intérpretes vengan del exterior y no estén contratados localmente. Se trata sobre todo de evitar que ellos o sus familias se vean sometidos a presiones por unas autoridades inquisitivas que deseen saber qué información se ha facilitado a los investigadores. La cuestión puede complicarse aún más cuando los detenidos pertenecen a un grupo étnico distinto del de sus carceleros. Cabe preguntarse si conviene que el intérprete local pertenezca al mismo grupo étnico que el preso, de manera que pueda ganarse su confianza, suscitando por otra parte la desconfianza de las autoridades, que probablemente tratarán de intimidarlo. Es más, el intérprete puede mostrarse reacio a trabajar en un ambiente hostil que podría ponerle en peligro. Cabe preguntarse también si no conviene que el intérprete pertenezca al mismo grupo étnico que los captores, con lo que ganará su confianza a costa de perder la del preso, quedando igualmente vulnerable a la intimidación de parte de las autoridades. La respuesta es evidentemente que ninguna de las dos soluciones es el ideal. El intérprete debe ser ajeno a la región y todos han de considerar que es tan independiente como el propio investigador.

134. Una persona entrevistada a las 20.00 horas merece tanta atención como la entrevista de las 8.00 horas. Los investigadores deben disponer del tiempo necesario y evitar toda sobrecarga de trabajo. No es justo que a la persona entrevistada a las 20.00 horas (que además ha estado esperando todo el día para contar su historia) se le corte la entrevista a causa del tiempo. Del mismo modo, la 19a. sobre la falanga merece tanta atención como recibió la primera. Es posible que los presos que no suelen encontrarse con gente del exterior no hayan tenido nunca la posibilidad de hablar sobre su tortura. Es erróneo suponer que los presos hablan continuamente entre ellos sobre de la tortura. Los presos que no tienen nada nuevo que ofrecer a la investigación merecen tanto tiempo como los demás.

D. Técnicas de interrogación

Deberán respetarse ciertas reglas básicas (véase cap. III, sec. C.2.g)). La información es sin duda importante, pero aún es más importante la persona que está siendo entrevistada y escuchar es más importante que preguntar. Si se limita a formular preguntas, no obtendrá más que respuestas. Para el detenido puede ser más importante hablar sobre su familia que sobre su tortura. Esto es algo que debe tenerse debidamente en cuenta y se dejará tiempo suficiente para hablar de cuestiones personales. La tortura, y sobre todo la tortura sexual, es un tema muy íntimo que bien podría no tratarse antes de la primera visita de seguimiento o incluso después. No se exigirá a nadie que hable de ninguna forma de tortura si se siente incómodo al hacerlo.

E. Documentación de los antecedentes

1. Historia psicosocial y previa al arresto

136. Si una presunta víctima de tortura ya no se encuentra detenida, el examinador le preguntará acerca de su vida cotidiana, sus relaciones con amigos y familiares, su trabajo o sus estudios, ocupación, intereses, planes para el futuro, y sobre el consumo de alcohol y de drogas. También se deberá obtener información sobre la situación psicosocial de la persona después de la detención. Cuando la persona se encuentre aún detenida, bastará con una historia psicosocial más limitada referente a la ocupación y el nivel de instrucción. Se preguntará qué medicamentos está tomando la persona por prescripción médica; esto es particularmente importante porque la persona detenida se puede ver privada de esos medicamentos, lo que puede dañar considerablemente su salud. Las preguntas acerca de actividades, ideas y opiniones políticas son importantes en la medida en que ayudan a explicar por qué la persona ha sido detenida o torturada, pero lo mejor es que esa información se obtenga de modo indirecto pidiendo a la persona que diga de qué se le acusa o por qué piensa que ha sido detenida y torturada.

2. Resumen de la detención y los malos tratos

137. Antes de obtener una relación detallada de los hechos, obtenga información resumida, incluidas fechas, lugares, duración de la detención, frecuencia y duración de las sesiones de tortura. Un resumen ayudará a utilizar el tiempo con eficacia. En ciertos casos, cuando los supervivientes han sido torturados en varias ocasiones, pueden ser capaces de recordar qué es lo que les ha sucedido, pero con frecuencia no recuerdan exactamente dónde y cuándo ha sucedido cada cosa. En esas circunstancias, puede ser conveniente obtener una relación histórica según los métodos de maltrato más que una relación de la serie de hechos ocurridos durante cada detención. Del mismo modo, al escribir una historia con frecuencia puede ser útil documentar al máximo posible “qué es lo que ha sucedido y dónde”. Los diferentes lugares de detención están a cargo de distintos cuerpos de seguridad, de policía o del ejército, y lo que ha sucedido en cada lugar puede ser útil para obtener un cuadro completo del sistema de tortura. El obtener un mapa de los lugares donde se ha torturado puede ser útil para reconstruir las historias de distintas personas. Esto resultará con frecuencia muy útil para la investigación en su conjunto.

3. Circunstancias de la detención

138. Pueden plantearse las siguientes preguntas: ¿Qué hora era? ¿Dónde estaba usted? ¿Qué estaba haciendo? ¿Quién estaba con usted? Describa el aspecto de los que le detuvieron. ¿Se trata de militares o de civiles, en uniforme o en ropa de calle? ¿Qué tipo de armas llevaban? ¿Qué dijeron? ¿Había testigos? ¿Fue usted objeto de un arresto formal, de una detención administrativa o de una desaparición? ¿Hicieron uso de la violencia, le amenazaron? ¿Se produjo alguna interacción con miembros de la familia? Señale si se utilizaron medios de restricción o si le vendaron los ojos, los medios de transporte empleados, el destino y los nombres de los funcionarios a cargo, de conocerse.

4. Lugar y condiciones de detención

139. Señalar si la persona disponía de alimentos y bebida, instalaciones sanitarias, alumbrado, buenas condiciones de temperatura y ventilación, con las consiguientes descripciones. Documentar asimismo todo contacto de la persona con sus familiares, abogados o profesionales sanitarios, condiciones de hacinamiento o aislamiento, las dimensiones del lugar de detención y señalar si hay otras personas que puedan corroborar la detención. Pueden formularse las siguientes preguntas: ¿Qué es lo primero que sucedió? ¿Dónde estaba usted cuando lo detuvieron? ¿Hubo un proceso de identificación (registro de información personal, huellas dactilares, fotografías)? ¿Le pidieron que firmase algo? Describir las características de la celda o habitación (tamaño, otras personas presentes, luz, ventilación, temperatura, presencia de insectos o de roedores, descripción del lecho y posibilidad de acceso a alimentos, agua y servicios sanitarios). ¿Oyó, vio y olió usted algo? ¿Tuvo usted algún contacto con personas del exterior o acceso a atención médica? ¿Cuáles son las características físicas del lugar donde estuvo usted detenido?

5. Métodos de tortura y malos tratos

140. Para obtener una información básica sobre la tortura y los malos tratos, deberá actuarse con prudencia en cuanto a sugerir modalidades de abuso a las que pueda haber sido sometida la persona. Ello ayudará a separar todo posible adorno de las verdaderas experiencias. De todas formas, las respuestas negativas a preguntas relativas a las distintas modalidades de tortura pueden contribuir a consolidar la credibilidad de la persona. Las preguntas deberán formularse de manera que se obtenga una relación coherente. Considere, por ejemplo, hacer las siguientes preguntas: ¿Dónde le maltrataron, cuándo y durante cuánto tiempo? ¿Le vendaron los ojos? Antes de examinar las distintas formas de abuso, tome nota de las personas que se hallaban presentes (con sus nombres y cargos). Describa la sala o lugar. ¿Qué objetos vio usted? Si es posible, describa con detalle

cada uno de los instrumentos de tortura; tratándose de torturas eléctricas, la corriente, el dispositivo, el número y la forma de los electrodos. Pregunte qué ropa llevaban, si se desvestían o si cambiaban de ropa. Tome nota de todo lo que se dijo durante el interrogatorio, los insultos proferidos contra la víctima, etc. ¿Qué hablaban los torturadores entre ellos?

141. Para cada forma de abuso, tome nota de los siguientes detalles: posición del cuerpo, medios de restricción, naturaleza de todo contacto, duración, frecuencia, localización anatómica y lugar del cuerpo afectado. ¿Se produjeron hemorragias, traumatismos craneales o pérdida de conocimiento? Si hubo pérdida de conocimiento, ¿se debió a traumatismo craneal, a asfixia o al dolor? El investigador deberá asimismo preguntar cómo se encontraba la persona al terminar cada “sesión”. ¿Podía andar? ¿Había que ayudarla para que pudiera regresar a la celda? ¿Podía levantarse al día siguiente? ¿Durante cuánto tiempo estuvieron hinchados sus pies? Todos estos detalles facilitan una descripción más completa que la que se hubiera obtenido mediante una lista de métodos de tortura. La historia deberá incluir la fecha de la tortura de posición, cuántas veces se practicó o cuántos días duró la tortura, período de cada episodio, estilo de suspensión (lineal inversa, cubierto con una manta gruesa o directamente atado con una cuerda, con peso sobre los pies o con estiramiento hacia abajo) o posición. En casos de tortura por suspensión, preguntar qué clase de material se utilizó (cuerda, alambre o trapos pueden dejar distintas marcas sobre la piel después de la suspensión). El examinador debe tener en cuenta que lo que el superviviente de la tortura diga de la duración de las sesiones es subjetivo y puede no ser correcto, ya que en general se ha observado que durante la tortura el sujeto suele sufrir una desorientación temporal y espacial. ¿Sufrió la persona algún tipo de agresión sexual? Pregunte qué es lo que se hablaba durante la sesión de tortura. Por ejemplo, durante la aplicación de choques eléctricos a los genitales los agentes suelen decir a las víctimas que van a quedar incapacitadas para todo tipo de relación sexual o cosas parecidas. Para una exposición detallada

de la evaluación de una denuncia de tortura sexual, incluida la violación, véase el capítulo V, sec. D.8.

F. Evaluación de los antecedentes

142. Los supervivientes de la tortura pueden tropezar con dificultades para dar detalles concretos sobre lo sucedido y ello por diversas razones importantes, como:

- a) Factores circunstanciales de la tortura, por ejemplo los ojos vendados, las drogas, las pérdidas de conocimiento, etcétera;
- b) El miedo a ponerse en peligro a sí mismos o a otros;
- c) La falta de confianza en el médico examinador o el intérprete;
- d) El impacto psicológico de la tortura y el trauma, por ejemplo la hiperexcitación emocional y las pérdidas de memoria que van asociadas a trastornos mentales relacionados con el trauma, como la depresión y el trastorno de estrés postraumático;
- e) La pérdida neuropsiquiátrica de memoria consecutiva a golpes en la cabeza, asfixia, casi ahogamiento o privación de alimentos;
- f) Mecanismos compensatorios protectores, como la denegación y la evitación;
- g) Sanciones culturalmente prescritas según las cuales la experiencia traumática sólo puede revelarse en un ambiente estrictamente confidencial.⁷²

143. Cualquiera de estos factores o todos ellos pueden explicar las incoherencias que se observen en la narración del caso de la persona. Siempre que sea posible el investigador pedirá que se le aclaren las cosas. Pero cuando no sea posible, buscará cualquier otro indicio que apoye o deniegue la historia. Una red de detalles

⁷² R. F. Mollica y Y. Caspi-Yavin, "Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms", *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed. (Cambridge, Cambridge University Press, 1992), pp. 38-55.

coherentes de apoyo puede corroborar y aclarar la historia de la persona. Aunque es posible que ella misma no sea capaz de dar los detalles que desearía obtener el investigador, como fechas, momentos, frecuencias e identidades exactas de los agentes, a lo largo del tiempo se irá configurando y estructurando un cuadro general de los hechos traumáticos y de la tortura.

G. Examen de los métodos de tortura

144. Tras obtener una relación detallada de los hechos, convendrá examinar otros posibles métodos de tortura. Es esencial aprender cuáles son las prácticas regionales de tortura y modificar en consecuencia las directrices locales. Es útil interrogar sobre formas concretas de tortura cuando:

- a) Los síntomas psicológicos perturben el recuerdo;
- b) El trauma vaya asociado a una reducción de la capacidad sensorial;
- c) Existen posibles daños orgánicos cerebrales;
- d) Existen factores educacionales y culturales mitigantes.

145. La distinción entre métodos de tortura física y psicológica es artificial. Por ejemplo, la tortura sexual casi siempre causa síntomas físicos y también psicológicos, incluso cuando no se ha producido una agresión física. La lista que a continuación se da de métodos de tortura muestra algunas de las categorías de posible maltrato. No se pretende que los investigadores la utilicen como lista de comprobación o como modelo para preparar listas de métodos de tortura en sus informes. El método de hacer listas puede ser contraproducente ya que el cuadro clínico total resultante de la tortura contiene mucho más que la simple suma de las lesiones producidas por los métodos enumerados en una lista. En efecto, la experiencia indica que los torturadores, cuando se enfrentan con ese enfoque de la tortura en forma de “paquete” de tortura, suelen concentrarse en uno u otro de los métodos y discutir que ese método particular constituya una forma de tortura. Entre los métodos de tortura que deben tenerse en cuenta figuran los siguientes:

- a) Traumatismos causados por golpes, como puñetazos, patadas, tortazos, latigazos, golpes con alambres o porras o caídas;
- b) Tortura por posición, como suspensión, estiramiento de los miembros, limitación prolongada de movimientos, posturas forzadas;
- c) Quemaduras con cigarrillos, instrumentos calientes, líquidos hirviendo o sustancias cáusticas;
- d) Choques eléctricos;
- e) Asfixia, con métodos húmedos y secos, ahogamiento, sofocación, estrangulamiento o uso de sustancias químicas;
- f) Lesiones por aplastamiento, como aplastamiento de los dedos o utilización de un rodillo pesado para lesionar los muslos o la espalda;
- g) Lesiones penetrantes, como puñaladas o heridas de bala, introducción de alambres bajo las uñas;
- h) Exposiciones químicas a la sal, pimienta picante, gasolina, etcétera (en heridas o en cavidades orgánicas);
- i) Violencia sexual sobre los genitales, vejaciones, introducción de instrumentos, violación;
- j) Lesiones por aplastamiento o amputación traumática de dedos y miembros;
- k) Amputación médica de dedos o miembros, extracción quirúrgica de órganos;
- l) Tortura farmacológica con dosis tóxicas de sedantes, neurolépticos, paralizantes, etcétera;
- m) Condiciones de detención, como celdas pequeñas o atestadas, confinamiento en solitario, condiciones antihigiénicas, falta de instalaciones sanitarias, administración irregular de alimentos y agua o de alimentos y agua contaminados,

exposición a temperaturas extremas, negación de toda intimidad y desnudez forzada;

n) Privación de la estimulación sensorial normal, como sonidos, luz, sentido del tiempo, aislamiento, manipulación de la luz de la celda, desatención de necesidades fisiológicas, restricción del sueño, alimentos, agua, instalaciones sanitarias, baño, actividades motrices, atención médica, contactos sociales, aislamiento en la prisión, pérdida de contacto con el mundo exterior (con frecuencia se mantiene a las víctimas en aislamiento para evitar toda formación de vínculos o identificación mutua, y fomentar una vinculación traumática con el torturador);

o) Humillaciones, como abuso verbal, realización de actos humillantes;

p) Amenazas de muerte, daños a la familia, nuevas torturas, prisión, ejecuciones simuladas;

q) Amenazas de ataques por animales, como perros, gatos, ratas o escorpiones;

r) Técnicas psicológicas para quebrar al individuo, incluidas traiciones forzadas, agudización de la sensación de desvalimiento, exposición a situaciones ambiguas o mensajes contradictorios;

s) Violación de tabúes;

t) Forzamiento de la conducta, como realización forzada de prácticas contra la propia religión (por ejemplo, forzar a los musulmanes a comer cerdo), inducción forzada a dañar a otras personas mediante tortura o cualquier otro maltrato, inducción forzada a destruir propiedades, inducción forzada a traicionar a otra persona exponiéndola a riesgos;

u) Inducción forzada de la víctima a presenciar torturas u otras atrocidades que se están cometiendo con otros.

H. Riesgo de nueva traumatización del entrevistado

146. Teniendo en cuenta que los métodos de tortura utilizados pueden producir distintos tipos y niveles de lesiones, los datos obtenidos mediante una historia médica completa y el examen físico deberán evaluarse conjuntamente con los exámenes de laboratorio y radiológicos apropiados. Es importante facilitar información y dar explicaciones sobre cada proceso que se va a aplicar durante el examen médico, así como dar a conocer en detalle los métodos de laboratorio que se empleen (véase cap. VI, sec. B.2.a).

147. La presencia de secuelas psicológicas en los supervivientes de la tortura, en particular las diversas manifestaciones del trastorno de estrés postraumático, puede dar lugar a que el superviviente tema revivir su experiencia de tortura en el curso de la entrevista, el examen físico o las pruebas de laboratorio. Una parte importante del proceso consiste en que antes del reconocimiento médico se explique a la persona qué es lo que le van a hacer. Los que sobreviven a la tortura y siguen en sus países pueden experimentar un intenso miedo y sospechar que se les podría arrestar de nuevo, y es cierto que con frecuencia se ven forzados a esconderse para evitar una nueva detención. Por otra parte, los exiliados o refugiados han tenido que dejar detrás su idioma nativo, cultura, familia, amigos, trabajo y todo lo que les era familiar.

148. Las reacciones personales del superviviente de la tortura ante el entrevistador (y, cuando corresponda, ante el intérprete) pueden influir sobre el proceso de la entrevista y más adelante sobre el resultado de la investigación. Del mismo modo, las reacciones personales del investigador ante la persona también pueden afectar al proceso de la entrevista y al resultado de la investigación. Es importante examinar qué obstáculos se oponen a una comunicación efectiva y comprender que esas reacciones personales pueden afectar a una investigación. El investigador deberá mantener una evolución constante del proceso de entrevista e investigación mediante consultas y discusiones con colegas

que estén familiarizados con el campo de la evaluación y el tratamiento psicológico de los supervivientes de la tortura. Este tipo de supervisión por colegas puede constituir un eficaz medio de vigilar el proceso de entrevista e investigación con miras a evitar sesgos y obstáculos para una comunicación efectiva y a obtener informaciones precisas (véase cap. VI, sec. C.2).

149. 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 recuerdos dolorosos (véase cap. VI, sec. B.2). En la mayor parte de las sociedades tradicionales hay un tabú sobre las preguntas relativas a toda angustia psicológica y, en particular, a las cuestiones sexuales, y el formular tal tipo de pregunta se considera como poco respetuoso o insultante. Si la tortura sexual formó parte de las violaciones sufridas, el demandante puede sentirse irremediabilmente estigmatizado y manchado en su integridad moral, religiosa, social o psicológica. Para que una entrevista esté bien realizada tiene importancia fundamental, por consiguiente, que se exprese un conocimiento respetuoso de esas condiciones y que se explique el concepto de confidencialidad y sus límites. El evaluador deberá realizar una apreciación subjetiva de la medida en que sea necesario recabar los detalles para que el informe sea eficaz en los tribunales, sobre todo cuando el demandante en la entrevista da muestras evidentes de angustia.

1. Uso de intérpretes

150. En ciertos casos es necesario recurrir a un intérprete para que el entrevistador pueda comprender qué es lo que se está diciendo. Aunque es posible que el entrevistador y el entrevistado dominen en pequeña medida un idioma común, con frecuencia la información que se trata de obtener es demasiado importante como para exponerse a errores por malos entendidos. Al intérprete se le deberá advertir que todo lo que escuche y diga en las entrevistas es estrictamente confidencial. Es el intérprete

el que va a obtener toda la información, de primera mano y sin ninguna censura. A los entrevistados se les deberá asegurar que ni el investigador ni el intérprete van en ningún sentido a hacer mal uso de la información (véase cap. VI, sec. C.2).

151. Cuando el intérprete no sea un profesional, siempre habrá el riesgo de que el investigador pierda el control de la entrevista. Las personas pueden dejarse arrastrar a mantener su propia conversación con un sujeto que habla su misma lengua y la entrevista puede apartarse de las cuestiones de que se trata. Existe asimismo el riesgo de que un intérprete con sus propios prejuicios pueda influir sobre el entrevistado o distorsionar sus respuestas. Cuando se trabaja con interpretación es inevitable una cierta pérdida de información, a veces pertinente y a veces no. En casos extremos, incluso podría ser necesario que el investigador se abstuviese de tomar notas durante las entrevistas y las realizase en varias sesiones breves, de manera que después, entre las sesiones, tuviera tiempo de anotar los principales puntos tratados.

152. El investigador no debe olvidar que es necesario que sea él mismo el que se dirige a la persona manteniendo contacto visual con ella, aun cuando ésta tenga la tendencia natural a dirigirse al intérprete. Cuando se habla a través de un intérprete es útil emplear la segunda persona y decir, por ejemplo, “qué hizo usted después”, en lugar de la tercera, diciendo “pregúntele qué hizo después”. Con excesiva frecuencia los investigadores toman notas mientras el intérprete está traduciendo la pregunta o el entrevistado la está respondiendo. Algunos investigadores parecen no estar escuchando mientras la entrevista se desarrolla en un idioma que ellos no comprenden. Esto es un error, pues es fundamental que el investigador observe no sólo las palabras que se pronuncian sino también la expresión corporal, las expresiones faciales, el tono de voz y los gestos del entrevistado, ya que sólo así podrá obtener una imagen completa. Los investigadores deben familiarizarse con las palabras relacionadas con la tortura en el idioma del entrevistado de manera que puedan mostrar que conocen la materia. El investigador adquirirá una mayor

credibilidad si reacciona, en lugar de mostrarse impasible, cuando se pronuncian palabras relacionadas con la tortura, como submarino o *darmashakra*.

153. Cuando se visita a un preso no conviene utilizar intérpretes locales si existe la posibilidad de que el entrevistado no confíe en ellos. El trabajar con presos políticos también puede ser injusto para el intérprete local, que tras la visita podría ser interrogado por las autoridades locales o sometido a cualquier tipo de presión. Lo mejor será recurrir a intérpretes independientes que se vea claramente que vienen del exterior. El mejor de los casos es que el entrevistador conozca bien el idioma local pero, si no es así, la siguiente opción será trabajar con un intérprete calificado y experimentado que sea sensible a la cuestión de la tortura y a la cultura local. En general, no conviene recurrir a un codetenido para la interpretación, salvo en el caso de que sea evidente que el entrevistado elige a alguien en quien confía. Muchas de estas reglas son asimismo aplicables a los casos en que las personas no están detenidas, pero en estos casos puede ser más fácil ir con alguien (de la localidad) que venga del exterior, lo cual rara vez es posible cuando la persona está en prisión.

J. Cuestiones de género

154. Lo mejor es que en el equipo de investigación haya especialistas de ambos sexos, con lo cual la propia persona que diga que ha sido torturada pueda elegir el sexo del investigador y, en su caso, del intérprete. Esto es particularmente importante cuando una mujer haya sido detenida en una situación en que haya constancia de casos de violación sexual, aunque hasta el momento ella no la haya denunciado. Pero incluso si no ha habido agresión sexual, la mayor parte de las torturas tienen aspectos sexuales (véase cap. V, sec. D.8). Volverá a sentirse traumatizada, incluso con mayor gravedad, si la mujer piensa que debe describir lo que le sucedió ante una persona físicamente similar a sus torturadores, que inevitablemente serán principal o exclusivamente hombres. En ciertos medios culturales un investigador del sexo masculino no podrá interrogar a una víctima

del sexo femenino, característica cultural que debe respetarse. Pero en la mayor parte de las culturas, si sólo hay un médico disponible, muchas mujeres preferirán dirigirse a él antes que a una mujer de otra profesión, con la esperanza de obtener de esa manera la información y consejos médicos que desean. En tales casos, es fundamental que, si se usa un intérprete, se trate de una mujer. Además, algunas entrevistadas pueden preferir que el intérprete no sea de su localidad inmediata, no tanto por el peligro de que se les haga recordar su tortura sino también por la sensación de que peligra la confidencialidad (véase cap. IV, sec. I). Si no se necesita intérprete, deberá recurrirse a un miembro femenino del equipo de investigación para que esté presente por lo menos durante el examen físico y, si la paciente lo desea, durante la totalidad de la entrevista.

155. Cuando la víctima sea un hombre que haya sido víctima de abuso sexual, la situación es más compleja pues también él habrá sido agredido sexualmente principal o exclusivamente por hombres. Por consiguiente, algunos hombres prefieren describir su experiencia a mujeres a causa del miedo que les suscitan los demás hombres, mientras que otros no desearán tratar asuntos tan personales en presencia de una mujer.

K. Indicaciones para la remisión a otros especialistas

156. Siempre que sea posible, los exámenes destinados a documentar la tortura por razones medicolegales deberán combinarse con la evaluación de otras necesidades, como la de enviar al sujeto a otros médicos especializados, psicólogos, fisioterapeutas o personas que puedan facilitar asesoramiento y apoyo social. Es preciso que el investigador conozca los servicios locales de rehabilitación y apoyo. Cuando en una evaluación médica el médico considere necesario algún tipo de consulta o examen, no vacilará en insistir en que se haga. Mientras están investigando pruebas clínicas de tortura y malos tratos los médicos no están exentos de respetar sus obligaciones éticas. Toda persona que parezca necesitar una atención médica o psicológica adicional deberá ser remitida a los servicios correspondientes.

L. Interpretación de los hallazgos y conclusiones

157. Las manifestaciones físicas de la tortura pueden variar según la intensidad, frecuencia y duración de los malos tratos, la capacidad de autoprotección que tenga el superviviente y su estado físico previo a la tortura. Ciertas formas de tortura pueden no dejar huellas físicas, pero pueden asociarse a otros trastornos. Así, por ejemplo, los golpes en la cabeza que provocan pérdida del conocimiento pueden causar una epilepsia postraumática o una disfunción orgánica cerebral. Además, una dieta y una higiene deficientes durante la detención pueden originar síndromes de carencias vitamínicas.

158. Ciertas formas de tortura se asocian estrechamente a determinadas secuelas. Por ejemplo, los golpes en la cabeza que provocan pérdida del conocimiento son particularmente importantes para el diagnóstico clínico de una disfunción orgánica cerebral. Los traumatismos genitales suelen asociarse a ulteriores disfunciones sexuales.

159. Es importante darse cuenta de que los torturadores pueden tratar de ocultar sus actos. Para evitar toda huella física de golpes, la tortura a menudo se practica con objetos anchos y romos, y a veces a la víctima de la tortura se la recubre con una alfombra, o con zapatos en el caso de la falanga, de manera que se difumine la fuerza de cada golpe. El estiramiento y aplastamiento y la asfixia también son formas de tortura con las que se trata de provocar un máximo de dolor y sufrimiento dejando un mínimo de pruebas. Por la misma razón se utilizan toallas húmedas cuando se administran choques eléctricos.

160. El informe deberá hacer mención de las calificaciones y experiencia del investigador. Siempre que sea posible se darán los nombres de los testigos o del paciente. Pero si de esta forma se expone al sujeto a un riesgo importante, se puede utilizar un código que le permita al equipo investigador saber quién es la persona a la que alude el informe pero que nadie más pueda identificarla. Deberá asimismo indicarse si en el momento de la entrevista o en cualquiera de sus partes había alguien más en

la habitación. Se describirá con detalle el caso correspondiente evitando todo testimonio de oídas y, cuando corresponda, se especificarán las constataciones. El informe se habrá de firmar y fechar, incluyendo cualquier declaración que pueda ser exigida por la jurisdicción a la que esté destinado (véase anexo IV).

Capítulo V

SEÑALES FÍSICAS DE TORTURA

161. Las declaraciones de testigos y supervivientes son componentes necesarios de la documentación de la tortura. Las pruebas físicas, en la medida en que existan, son importantes informaciones que confirman que la persona ha sido torturada. De todas formas, en ningún caso se considerará que la ausencia de señales físicas indica que no se ha producido tortura, ya que es frecuente que estos actos de violencia contra las personas no dejen marcas ni cicatrices permanentes.

162. La evaluación médica con fines legales deberá ser realizada de forma objetiva e imparcial. La evaluación se basará en la pericia clínica del médico y su experiencia profesional. La obligación ética de beneficencia exige una exactitud y una imparcialidad sin compromiso de manera que se cree y mantenga la credibilidad profesional. Siempre que sea posible, los médicos que realizan evaluaciones de detenidos deberán poseer una formación básica especializada en documentación forense de torturas y otras formas de maltrato físico y psicológico. Es preciso que conozcan las condiciones de la prisión y los métodos de tortura que se utilizan en la región particular donde se encarceló al paciente, así como los más frecuentes efectos secundarios de la tortura. El informe médico deberá atenerse a los hechos y redactarse cuidadosamente. Se evitará la jerga profesional. Toda terminología médica deberá definirse de manera que puedan comprenderla los legos. El médico no debe partir del supuesto de que una petición oficial de evaluación medicolegal haya revelado todos los datos materiales. Es responsabilidad del médico descubrir y notificar todo hallazgo material que considere pertinente, aun cuando pueda ser considerado trivial

o adverso para el caso de la parte que haya solicitado el examen médico. Sean cuales fueren las circunstancias, nunca deberán excluirse del informe medicolegal los hallazgos que puedan ser indicativos de torturas u otras formas de malos tratos.

A. Estructura de la entrevista

163. Estos comentarios se aplican especialmente a las entrevistas realizadas con personas que ya no están detenidas. El lugar donde se realicen la entrevista y el examen deberá ser tan seguro y cómodo como sea posible. Deberá contarse con el tiempo necesario para realizar una entrevista y un reconocimiento exhaustivos. Una entrevista de dos a cuatro horas podría ser insuficiente para evaluar las señales físicas o psicológicas de torturas. Además, puede suceder que en cualquier momento ciertas variables específicas de la situación, como la dinámica de la entrevista, la sensación de impotencia de un paciente frente a la intromisión en su intimidad personal, el temor a futuras persecuciones, la vergüenza ante lo sucedido y una sensación de culpabilidad del superviviente puedan simular las circunstancias de una experiencia de tortura. Esto puede aumentar la ansiedad del paciente y su resistencia a revelar la información deseada. Para completar la evaluación puede ser preciso prever una segunda y posiblemente una tercera entrevista.

164. La confianza es un componente esencial para recabar una relación fidedigna de malos tratos. El ganarse la confianza de alguien que ha experimentado tortura u otras formas de malos tratos exige una escucha activa, una comunicación meticulosa, cortesía y empatía y honestidad genuinas. Los médicos habrán de ser capaces de establecer un clima de confianza en el que puedan revelarse hechos cruciales, por dolorosos o vergonzantes que sean. Es importante tener en cuenta que esos hechos son a veces secretos íntimos que la persona puede estar revelando por vez primera en ese momento. Además de prever un medio ambiente cómodo, un lapso de tiempo adecuado para las entrevistas, refrescos y acceso a servicios sanitarios, será preciso que el médico explique al paciente qué es lo que va

a suceder durante la evaluación. Es preciso que el médico sea consciente del tono que adopta, de las frases que pronuncia y de la secuencia de las preguntas (las preguntas más delicadas sólo deberán formularse cuando ya se haya establecido un cierto grado de relación) y que señale al paciente que puede descansar un momento si lo necesita u optar por no responder a ninguna pregunta.

165. Médicos e intérpretes tienen la obligación de mantener la confidencialidad de la información, que sólo revelarán con el consentimiento del paciente (véase cap. III, sec. C). Cada persona deberá ser examinada individualmente y respetando su intimidad. Deberá ser informada de cualquier límite que el Estado o las autoridades judiciales puedan imponer al carácter confidencial de la evaluación. El objetivo de la entrevista debe ser expuesto con toda claridad a la persona. Los médicos deben asegurarse de que el consentimiento informado se basa en una información adecuada y la comprensión de los posibles beneficios y las consecuencias adversas que puede reportar una evaluación médica y que el consentimiento se dé voluntariamente, sin ningún tipo de coerción por otras partes, en particular por las autoridades de policía o judiciales. La persona tiene derecho a rehusar la evaluación. En esas circunstancias, el médico expondrá las razones del rechazo de una evaluación. Además, si la persona está detenida, el informe deberá ser firmado por su abogado y algún otro funcionario de salud.

166. Es posible que el paciente tema que no pueda impedirse que los gobiernos perseguidores tengan acceso a la evaluación. El miedo y la desconfianza pueden ser especialmente intensos en los casos en que médicos u otros agentes de salud hayan participado en la tortura. En muchas circunstancias, el evaluador será un miembro de la cultura y etnia mayoritaria, mientras que el paciente, en la situación y lugar de la entrevista, probablemente pertenezca a un grupo o cultura minoritaria. Esta dinámica de la desigualdad puede reforzar el desequilibrio de poder percibido y real, y puede incrementar la posible sensación de miedo, desconfianza y sumisión forzada en el paciente.

167. La empatía y el contacto humano pueden ser lo más importante que las personas detenidas reciban del investigador. Puede que la investigación en sí misma no contribuya en nada a favorecer a la persona que está siendo entrevistada, pues en la mayoría de los casos la tortura ya habrá sucedido. Pero el mero consuelo de saber que la información puede tener una utilidad futura se verá en gran medida reforzado si el investigador muestra la debida empatía. Esto puede parecer evidente, pero con demasiada frecuencia los investigadores en sus visitas a las cárceles están tan interesados en obtener información que no atinan a establecer una relación de empatía con el preso entrevistado.

B. Historial médico

168. Obtenga una historia médica completa, incluida información sobre antecedentes médicos, quirúrgicos o psiquiátricos. Asegúrese de dejar constancia de todas las lesiones sufridas antes del período de detención y de sus posibles efectos ulteriores. Evite las preguntas capciosas. Organice las preguntas para obtener un relato abierto y cronológico de las experiencias vividas durante la detención.

169. Para establecer una correlación entre las prácticas regionales de tortura y las denuncias individuales de maltrato puede ser útil una información histórica específica. Son ejemplos de información útil las descripciones de instrumentos de tortura, posiciones del cuerpo, métodos de sujeción, descripciones de heridas y discapacidades agudas o crónicas y cualquier tipo de información que permita identificar a los autores y los lugares de detención. Aunque es esencial obtener información precisa sobre las experiencias de un superviviente de la tortura, los métodos abiertos de interrogación exigen que el paciente revele estas experiencias con sus propias palabras y en libre evocación. Una persona que ha sobrevivido a la tortura puede experimentar dificultades para expresar en palabras sus propias experiencias y síntomas. En ciertos casos puede ser útil utilizar listas de comprobación o cuestionarios sobre experiencias traumáticas

y síntomas. Si el entrevistador piensa que puede ser útil utilizarlos, se dispone de numerosos cuestionarios distintos, pero ninguno destinado específicamente a las víctimas de la tortura. Todas las quejas de un superviviente de la tortura son significativas. Todas deberán ser notificadas, aunque no exista una correlación con las observaciones físicas. Deberá dejarse constancia documental de los síntomas y discapacidades agudos o crónicos asociados con formas específicas de maltrato, así como los procesos ulteriores de curación.

1. Síntomas agudos

170. Deberá pedirse al sujeto que describa toda lesión que pueda haber sido consecuencia de los métodos específicos de los presuntos malos tratos. Por ejemplo, puede tratarse de hemorragias, hematomas, inflamaciones, heridas abiertas, laceraciones, fracturas, luxaciones, elongaciones tendinosas, hemoptisis, pneumotórax, perforaciones del tímpano, lesiones del sistema genitourinario, quemaduras (coloración, ampollas o necrosis, según el grado de la quemadura), lesiones por electricidad (tamaño y número de lesiones, coloración y características de la superficie), lesiones químicas (coloración, signos de necrosis), dolor, adormecimiento, estreñimiento y vómitos. Deberá anotarse la intensidad, frecuencia y duración de cada síntoma. Se describirá la evolución de cualquier lesión cutánea ulterior indicando si ha dejado o no cicatrices. Interrogar sobre el estado de salud en el momento de la puesta en libertad: ¿Estaba la persona en condiciones de andar o hubo de permanecer en cama? En ese caso, ¿durante cuánto tiempo? ¿Cuánto tiempo tardaron en curarse las heridas? ¿Se infectaron? ¿Qué tratamiento se aplicó? ¿Se ocupó de ello un médico o un sanador tradicional? Téngase presente que la propia tortura o sus efectos ulteriores pueden comprometer la capacidad del detenido para hacer esas observaciones, y en tal caso tómese nota de ello.

2. Síntomas crónicos

171. Obtener información sobre dolencias físicas que a juicio de la persona estén asociadas a la tortura o a los malos tratos. Se ha de tomar nota de la gravedad, frecuencia y duración de cada síntoma y de cualquier discapacidad asociada o de la necesidad de atención médica o psicológica. Incluso si durante meses o años no se observan efectos secundarios de las lesiones agudas, es posible que queden ciertas señales físicas como escaras de quemadura eléctrica o térmica, deformidades esqueléticas, consolidación incorrecta de fracturas, lesiones dentales, pérdidas de cabello y miofibrosis. Entre las quejas somáticas más frecuentes figuran dolores de cabeza, dolores de espalda, síntomas gastrointestinales, disfunciones sexuales y dolores musculares. Entre los más frecuentes síntomas psicológicos figuran estados depresivos, angustia, insomnio, pesadillas, rememoraciones súbitas y dificultades de memoria (véase cap. VI, sec. B.2).

3. Resumen de la entrevista

172. Las víctimas de la tortura pueden presentar lesiones considerablemente distintas de otras formas de traumatismos. Aunque las lesiones agudas pueden ser características de los presuntos traumatismos, la mayor parte de las veces se curan al cabo de seis semanas del acto de tortura, sin dejar cicatrices o, a lo más, dejando cicatrices indefinidas. Éste suele ser el caso cuando los torturadores utilizan técnicas que evitan o limitan las señales detectables de lesiones. En estos casos, el reconocimiento físico puede no revelar anomalías, pero ello no contradice en modo alguno la denuncia de tortura. Con frecuencia, la relación detallada de las observaciones del paciente sobre lesiones agudas y su ulterior proceso de curación son una importante fuente de información que puede corroborar denuncias concretas de tortura o malos tratos.

C. El examen físico

173. Ya en posesión de los antecedentes y con el consentimiento informado del paciente, un médico calificado procederá a un

examen físico completo. Se procurará que siempre que sea posible el paciente pueda elegir el género del médico y, en su caso, del intérprete. Si el médico no pertenece al mismo sexo que el paciente, y siempre que éste no oponga ninguna objeción, se añadirá un testigo que sea del mismo género que el paciente. El paciente debe darse cuenta de que controla la situación y de que tiene derecho a limitar el examen o a ponerle fin en cualquier momento (véase cap. IV, sec. J).

174. En esta sección se hacen numerosas referencias a la remisión de personas a especialistas y a investigaciones ulteriores. Siempre que el paciente no esté detenido, es importante que los médicos tengan acceso a instalaciones de tratamiento físico y psicológico, de manera que pueda atenderse cualquier necesidad que identifiquen. En muchas situaciones no se podrá disponer de determinadas técnicas de pruebas de diagnóstico, pero su ausencia no deberá invalidar el informe (para más detalles sobre posibles pruebas de diagnóstico, véase el anexo II).

175. Ante denuncias de tortura reciente y cuando el superviviente de la tortura todavía lleve la ropa que llevó durante la tortura, ésta se recogerá para su examen sin previo lavado y al sujeto se le facilitará la nueva ropa que necesita. Siempre que sea posible, la sala de examen estará suficientemente iluminada y dotada del equipo médico necesario para el reconocimiento. Cualquier carencia se señalará en el informe. El examinador tomará nota de todos los hallazgos positivos y negativos utilizando diagramas de un cuerpo en que inscribirán la ubicación y naturaleza de todas las lesiones (véase anexo III). Ciertas formas de tortura, como los choques eléctricos o los traumatismos por golpes, pueden ser indetectables en un primer momento pero se harán patentes durante un examen ulterior. Aunque raramente se podrá hacer un registro fotográfico de las lesiones de los presos aún detenidos por sus torturadores, la fotografía deberá ser parte habitual de los exámenes. Si se dispone de una cámara, siempre será mejor tomar fotografías de escasa calidad que no disponer después de ninguna. Tan pronto como sea posible deberá solicitarse la ayuda de fotógrafos profesionales (véase cap. III, sec. C.5).

1. La piel

176. El examen deberá extenderse a toda la superficie del cuerpo para detectar signos de enfermedad cutánea generalizada, por ejemplo de carencias de vitaminas A, B y C, lesiones anteriores a la tortura o lesiones provocadas por ésta, como abrasiones, contusiones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras de cigarrillos o de instrumentos calientes, lesiones por electricidad, alopecia y extracción de las uñas. Las lesiones por tortura se describirán mencionando la ubicación, simetría, forma, tamaño, color y superficie (por ejemplo, escamosa, con costra o ulcerada), así como su delimitación y nivel en relación con la piel circundante. Siempre que sea posible se recurrirá a la fotografía como elemento esencial. Por último, el examinador deberá exponer su opinión en cuanto al origen de las lesiones: provocadas o autoprovocadas, accidentales o resultantes de un proceso morboso.^{73 y 74}

2. La cara

177. Deberán palpase los tejidos faciales en busca de signos de fractura, crepitación, inflamación o dolor. Deberán examinarse los componentes motores y sensoriales, incluido el olfato y el gusto, de todos los nervios craneales. La tomografía computadorizada (TC) es el medio diagnóstico más completo, mejor que la radiografía rutinaria, y permite observar fracturas faciales, determinar alineamientos y diagnosticar lesiones y complicaciones conexas de los tejidos blandos. A los traumatismos faciales se asocian con frecuencia lesiones intracraneales y de la columna cervical.

a) Los ojos

178. Existen muy diversas formas de traumatismos oculares, como la hemorragia de la conjuntiva, la dislocación del cristalino, la hemorragia subhialoidea, la hemorragia retrobulbar, la

⁷³ O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", *Danish Medical Bulletin*, vol. 37, Suplemento 1, 1990, pp. 1-88.

⁷⁴ R. Bunting, "Clinical examinations in the police context", *Clinical Forensic Medicine*, D. S. McLay, ed., Londres, Greenwich Medical Media, 1996, pp. 59-73.

hemorragia retiniana y la pérdida de campo visual. Dadas las graves consecuencias que puede tener la falta de tratamiento o un tratamiento inadecuado, siempre que se sospeche la existencia de un traumatismo o una enfermedad ocular deberá obtenerse una consulta oftalmológica. La tomografía computadorizada ofrece la mejor técnica de diagnóstico de las fracturas orbitales y de las lesiones de tejidos blandos con implicaciones bulbares y retrobulbares. La imagen obtenida por resonancia magnética nuclear (IRM) puede ser un medio auxiliar para la identificación de lesiones de tejidos blandos. El ultrasonido de alta resolución es otro método para evaluar los traumatismos del globo ocular.

b) Los oídos

179. Los traumatismos del oído, en particular la perforación de la membrana timpánica, son consecuencia frecuente de los golpes fuertes. Con un otoscopio se examinarán los canales auditivos y las membranas timpánicas y se describirán las lesiones observadas. Una forma frecuente de tortura, que en América Latina se conoce como el “teléfono”, consiste en un fuerte golpe con la palma de la mano sobre una o ambas orejas, lo que aumenta rápidamente la presión del canal auditivo y rompe el tímpano. Para detectar perforaciones de membrana de un diámetro inferior a 2 milímetros es necesario que el examen se haga rápidamente, dado que pueden curarse en un lapso de diez días. Se puede observar la presencia de líquido en el oído medio o en el externo. Si los análisis de laboratorio confirman la otorrea, deberá recurrirse a la resonancia magnética o a la tomografía computadorizada para determinar el lugar de la fractura. Se investigará una posible pérdida de audición mediante métodos sencillos de detección. Si es necesario, se recurrirá a un especialista en audiometría para que realice las pruebas audiométricas. Para realizar un examen radiográfico de las fracturas del hueso temporal o de la cadena osicular, lo mejor será recurrir a la tomografía computadorizada, después la tomografía hipocicloidal y, por último, la tomografía lineal.

c) La nariz

180. En la exploración de la nariz se tendrá en cuenta la alineación, crepitaciones y desviaciones del tabique nasal. Para las fracturas nasales sencillas bastará con unas radiografías nasales estándar. Si se trata de fracturas nasales más complejas y cuando se encuentre desplazado el tabique cartilaginoso, deberá realizarse una tomografía computadorizada. Si hay rinorrea se recomienda la tomografía computadorizada o la resonancia magnética.

d) La mandíbula, la orofaringe y el cuello

181. Fracturas o luxaciones de la mandíbula pueden ser consecuencia de golpes recibidos. El síndrome de la articulación temporomaxilar suele ser consecuencia de golpes propinados sobre la parte inferior de la cara y la mandíbula. Se buscarán signos de crepitación del hueso hioides o del cartílago laríngeo resultantes de golpes recibidos en el cuello. Todo hallazgo relativo a la orofaringe deberá ser anotado con detalle, incluyendo toda lesión que pudiera ser resultado de quemaduras, choques eléctricos u otros traumatismos. También se señalará la existencia de hemorragias gingivales y el estado de las encías.

e) La cavidad bucal y los dientes

182. El examen de un dentista deberá considerarse parte del reconocimiento médico periódico durante la detención. Este examen se descuida con frecuencia y sin embargo es un importante componente del reconocimiento físico. Es posible que se impida deliberadamente la atención dental de manera que caries, gingivitis y abscesos vayan empeorando. Deberá establecerse un historial odontológico detallado y se pedirán los expedientes odontológicos que puedan existir. Los golpes directos o la tortura a base de choques eléctricos pueden provocar avulsión, fractura de dientes, desplazamiento de rellenos y fractura de prótesis. Se tomará nota asimismo de caries dentales y gingivitis. Una mala dentadura puede deberse a las condiciones de detención o haber precedido a ésta. Será preciso

examinar con todo cuidado la cavidad bucal. Durante la aplicación de la corriente eléctrica pueden producirse mordeduras de lengua, encías o labios. También puede haber lesiones que son consecuencia de la introducción forzada de objetos o materiales en la boca, así como de la aplicación de corrientes eléctricas. Para determinar la magnitud de los traumatismos en los tejidos blandos, la mandíbula y los dientes se puede recurrir a los rayos X y a la resonancia magnética.

3. El tórax y el abdomen

183. Además de observar las lesiones cutáneas, la exploración del tronco debe tener por objeto detectar zonas dolorosas, sensibles o molestas que pudieran ser reflejo de lesiones subyacentes de la musculatura, las costillas o los órganos abdominales. El examinador deberá ponderar la posibilidad de hematomas intramusculares, retroperitoneales e intrabdominales, así como de laceraciones o perforaciones de algún órgano interno. Para confirmar estas lesiones, se recurrirá a la ultrasonografía, la tomografía computadorizada y la escintigrafía ósea, de estar estas técnicas disponibles. Se procederá de la forma habitual a exámenes rutinarios del sistema cardiovascular, los pulmones y el abdomen. Ciertos trastornos respiratorios preexistentes pueden agravarse durante la detención, en la cual con frecuencia aparecen nuevos trastornos respiratorios.

4. El sistema musculoesquelético

184. Los supervivientes de la tortura se quejan con mucha frecuencia de dolores musculoesqueléticos.⁷⁵ Éstos pueden ser el resultado de golpes repetidos, suspensiones y otras torturas de posición o del ambiente físico general de la detención.⁷⁶ Pueden asimismo tener un origen psicosomático (véase cap. VI, sec. B.2). Aunque no se trate de problemas específicos, deberán ser documentados. Con frecuencia responden bien a una fisioterapia benevolente.⁷⁷ La exploración física del esqueleto deberá incluir la

⁷⁵ Véase la nota 73 *supra*.

⁷⁶ D. Forrest, "Examination for the late physical after-effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine*, vol. 6 (1999), pp. 4-13.

⁷⁷ Véase la nota 73 *supra*.

comprobación de la movilidad de las articulaciones, la columna y las extremidades. Se tomará nota de cualquier dolor que se manifieste con el movimiento, de contracturas, de tensiones, de signos del síndrome compartimental, de fracturas con o sin deformidad y de luxaciones. Toda luxación, fractura y osteomielitis sospechosas deberán evaluarse mediante radiografías. Si se trata de osteomielitis sospechosas, se recurrirá a la radiografía rutinaria, seguida de una escintigrafía ósea en tres fases. Las lesiones de los tendones, de los ligamentos y de los músculos se evalúan mejor con la resonancia magnética, pero también puede recurrirse a la artrografía. En la fase aguda pueden detectarse con ello las hemorragias y posibles desgarros musculares. En general, los músculos se restablecen totalmente y sin dejar cicatrices; por consiguiente, cualquier imagen ulterior dará resultados negativos. Con la resonancia magnética y la tomografía computadorizada los músculos denervados y el síndrome compartimental crónico aparecerán como fibrosis musculares. Las contusiones óseas se pueden detectar mediante la resonancia magnética o la escintigrafía. En general, estas contusiones se curan sin dejar señales.

5. El sistema genitourinario

185. La exploración genital sólo se realizará con el consentimiento del paciente y, si es necesario, se dejará para un examen ulterior. Si el médico examinador es de distinto género que el paciente, la exploración se hará en presencia de un testigo. Para más información, véase el capítulo IV, sec. J. Véase además en la sección D.8 la información sobre el examen de las víctimas de agresiones sexuales. Para detectar traumatismos genitourinarios pueden utilizarse la ultrasonografía y la escintigrafía dinámica.

6. Sistemas nerviosos central y periférico

186. En el examen neurológico se evaluarán los nervios craneales, los órganos sensoriales y el sistema nervioso periférico, en busca de neuropatías motrices y sensoriales relacionadas con posibles traumatismos, carencias vitamínicas o enfermedades. Se evaluarán asimismo la capacidad cognitiva y el estado mental

(véase cap. VI, sec. C). Cuando el paciente comunique que ha sido colocado en posición suspendida, la exploración tratará en particular de determinar una posible plexopatía braquial (más fuerza en una mano que en otra, caída de la muñeca, debilidad del brazo con reflejos sensoriales y tendinosos variables). Radiculopatías, otras neuropatías, deficiencias de los nervios craneales, hiperalgesias, parestesias, hiperestesias y cambios en la posición, las sensaciones térmicas, las funciones motrices, el modo de andar y la coordinación pueden ser consecuencia de traumatismos derivados de la tortura. Cuando el paciente tenga antecedentes de mareos y vómitos deberá buscarse una exploración del aparato vestibular y se consignarán las señales de nistagmus. La evaluación radiológica ha de incluir la resonancia magnética o la tomografía computadorizada. La imagen obtenida por resonancia magnética es preferible a la tomografía computadorizada para la evaluación radiológica del cerebro y la fosa posterior.

D. Examen y evaluación tras modalidades específicas de tortura

187. En la siguiente exposición no se trata de describir exhaustivamente todas las formas de tortura sino sólo describir con más detalle los aspectos médicos de muchas de las modalidades de tortura más frecuentes. Para cada lesión y para el conjunto de las lesiones, el médico deberá indicar el grado de correlación entre ellas y el origen que les atribuye el paciente. En general se utilizan los siguientes términos:

- a) No hay relación: la lesión no puede haber sido causada por el traumatismo que se describe;
- b) Hay una relación probable: la lesión puede haber sido causada por el traumatismo que se describe pero no es privativa de éste y podría obedecer a otras muchas causas;
- c) Hay una firme relación: la lesión puede haber sido causada por el traumatismo que se describe y son pocas las otras causas posibles;

d) Es típica de: este es el cuadro que normalmente se observa con este tipo de traumatismo, aunque podría haber otras causas;

e) Da un diagnóstico de: el cuadro no puede haberse constituido de un modo distinto del descrito.

188. En último término, para evaluar una historia de tortura lo importante es la evaluación general del conjunto de las lesiones y no la correlación de cada una de ellas con una forma particular de tortura (véase una lista de métodos de tortura en el capítulo IV, sec. G).

1. Golpes y otras formas de traumatismo contuso

a) Lesiones cutáneas

189. Las lesiones agudas suelen ser características de la tortura pues muestran un cuadro de lesión, infligida, que difiere de las no infligidas, por ejemplo, por su forma, repetición o distribución por el cuerpo. Como la mayor parte de las lesiones se curan al cabo de unas seis semanas del acto de tortura, no dejan cicatrices o dejan cicatrices inespecíficas, una historia característica de lesiones agudas y su evolución hasta la curación podría ser el único elemento de apoyo a una denuncia de tortura. Los cambios permanentes en la piel causados por traumatismos contusos son infrecuentes, inespecíficos y en general carecen de valor diagnóstico. Una secuela de este tipo de violencia que tiene valor para diagnosticar ataduras prolongadas con estrechas ligaduras, es una zona lineal que se extiende circularmente alrededor del brazo o la pierna, en general en la muñeca o en el tobillo. Esta zona estará casi desprovista de vello o de folículos pilosos y representa probablemente una forma de alopecia cicatricial. No hay ningún diagnóstico diferencial que pueda establecerse con alguna enfermedad espontánea de la piel, y es difícil imaginar que un traumatismo de esta naturaleza pueda darse como cosa normal en la vida cotidiana.

190. Entre las lesiones agudas, las abrasiones resultantes de lesiones abrasivas superficiales de la piel pueden aparecer

como arañazos, lesiones como las producidas por un contacto quemante o lesiones abrasivas de mayor superficie. Ciertas abrasiones pueden mostrar un cuadro que refleje los contornos del instrumento o de la superficie que ha causado la lesión. Abrasiones repetidas y profundas pueden crear zonas de hipo o de hiperpigmentación, según el tipo de piel de que se trate. Esto puede ocurrir en el interior de las muñecas si la persona ha sido fuertemente maniatada.

191. Las contusiones y los hematomas corresponden a zonas de hemorragia en tejidos blandos causadas por la rotura de vasos sanguíneos a raíz de un golpe. La magnitud y gravedad de una contusión dependen no sólo de la fuerza aplicada sino también de la estructura y vascularidad del tejido contuso. Las contusiones se producen con más facilidad en los lugares donde la piel es más fina y recubre un hueso, o en lugares de tejido más graso. Numerosos cuadros clínicos, entre ellos carencias vitamínicas o nutricionales de otros tipos, se pueden asociar a la propensión a los hematomas o púrpuras. Las contusiones y las abrasiones indican que en una determinada zona se ha aplicado una fuerza contundente. A su vez, la ausencia de hematomas o de abrasiones no indica lo contrario. Las contusiones pueden adoptar una forma que refleje los contornos del instrumento utilizado. Por ejemplo, cuando se utiliza una porra o un palo se pueden producir hematomas en forma de raíl. Así pues, de la forma del hematoma puede deducirse la del objeto utilizado. A medida que van reabsorbiéndose, las contusiones experimentan una serie de cambios de coloración. En un primer momento muestran un color azul oscuro, púrpura o rojo vivo. A medida que la hemoglobina del hematoma se va descomponiendo el color va cambiando a violeta, verde, amarillo oscuro o amarillo claro y después desaparece. Pero es muy difícil determinar en qué fecha precisa se produjo la contusión. En ciertos tipos de piel ésta puede provocar una hiperpigmentación que puede durar varios años. Es posible que las contusiones que evolucionan en tejidos subcutáneos más profundos sólo aparezcan varios días después de la lesión cuando la sangre extravasada llega a la superficie.

Cuando se produzca una denuncia sin que haya contusión, será preciso volver a examinar a la víctima varios días después. Deberá tenerse en cuenta que la posición final y la forma de los hematomas no guardan relación con el trauma original y que es posible que ciertas lesiones hayan desaparecido en el momento del nuevo examen.⁷⁸

192. Las laceraciones, un desgarro o aplastamiento de la piel y tejidos blandos subyacentes por la presión de una fuerza contundente se dan sobre todo en las partes prominentes del cuerpo, donde la piel se ve comprimida entre el objeto contundente y la superficie ósea situada bajo los tejidos subdérmicos. Pero si la fuerza es suficiente la piel se puede desgarrar en cualquier parte del cuerpo. Las cicatrices asimétricas, cicatrices en lugares no habituales y una distribución difusa de cicatrices son indicios de lesiones deliberadas.⁷⁹

193. Las cicatrices que deja la flagelación representan laceraciones curadas. Estas cicatrices se han despigmentado y con frecuencia son hipertróficas y están rodeadas de estrías angostas e hiperpigmentadas. El diagnóstico diferencial deberá establecerse únicamente con las dermatitis por plantas, pero en éstas domina la hiperpigmentación y las cicatrices son más cortas. En cambio, ciertas rayas simétricas, atróficas y despigmentadas en el abdomen, axilas y piernas que a veces se toman como secuelas de tortura corresponden a estrías de distensión y normalmente no guardan relación con la tortura.⁸⁰

194. Las quemaduras son la forma de tortura que con más frecuencia deja cambios permanentes en la piel. Estos cambios pueden a veces tener un valor de diagnóstico. Las quemaduras con cigarrillos suelen dejar unas cicatrices maculares de 5 a 10 milímetros de longitud, circulares u ovoides, con un centro hiper o hipopigmentado y una periferia hiperpigmentada y

⁷⁸ S. Gürpınar y S. Korur Fincancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu" [Violaciones de los derechos humanos y responsabilidad del médico], *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı* [Manual de medicina forense para médicos generalistas], Ankara, Asociación Médica Turca, 1999.

⁷⁹ Véase la nota 73 *supra*.

⁸⁰ L. Danielsen, "Skin changes after torture", *Torture*, Vol. 2, Suplemento Núm. 1, 1992, pp. 27 y 28.

relativamente indistinta. También se han comunicado casos de tortura en que se han quemado tatuajes con cigarrillos para hacerlos desaparecer. La forma característica de la cicatriz resultante y cualquier resto del tatuaje que quede facilitarán el diagnóstico.⁸¹ Las quemaduras con objetos calientes provocan cicatrices marcadamente atróficas que reflejan la forma del instrumento y que quedan claramente delimitadas, con zonas marginales estrechas hipertróficas o hiperpigmentadas que corresponden a una zona inicial de inflamación. Esto se puede ver, por ejemplo, tras una quemadura con una varilla metálica eléctricamente calentada o un encendedor de gas. Si hay múltiples cicatrices el diagnóstico diferencial es difícil. Los procesos inflamatorios espontáneos no presentan la característica zona marginal y sólo raramente muestran una pérdida pronunciada de tejido. La quemadura puede provocar cicatrices hipertróficas o queloides, como también sucede tras una quemadura de caucho ardiendo.

195. Cuando se quema la matriz de la uña, la que después crece aparece rayada, fina y deforme, partida a veces en segmentos longitudinales. Si se ha arrancado la uña, a partir del pliegue ungular proximal se puede producir una proliferación de tejidos que forma un pterigio. Sólo cabe establecer con diagnóstico diferencial los cambios que puede causar en la uña el lichen planus, pero normalmente éstos van acompañados de lesiones cutáneas muy difundidas. Por otra parte, las micosis se caracterizan por unas uñas engrosadas, amarillentas y quebradizas que no se parecen a los cambios descritos.

196. Las heridas cortantes se producen cuando la piel es cortada por un objeto afilado como un cuchillo, una bayoneta o vidrios rotos e incluye heridas profundas, heridas incisas o cortantes y heridas punzantes. En general, su aspecto agudo es fácilmente distinguible del aspecto irregular y desgarrado de las laceraciones, y las cicatrices que se encuentran en reconocimientos ulteriores también pueden ser distintivas. Un cuadro regular de pequeñas cicatrices de incisiones pueden estar

⁸¹ *Idem.*

causadas por sanadores tradicionales.⁸² Si a la herida abierta se le aplica pimienta o cualquier otra sustancia dañina, la cicatriz puede hacerse hipertrófica. Un cuadro asimétrico y cicatrices de distintos tamaños pueden ser importantes en un diagnóstico de torturas.

b) Fracturas

197. Las fracturas provocan una pérdida de la integridad del hueso debido a la aplicación de una fuerza mecánica contundente sobre varios planos vectoriales. La fractura directa se produce en el punto de impacto o en el punto donde se aplica la fuerza. La situación, forma y otras características de la fractura reflejan la naturaleza y dirección de la fuerza aplicada. A veces se puede distinguir la fractura provocada de la accidental por su imagen radiológica. Para determinar la antigüedad de fracturas relativamente recientes deberá recurrirse a un radiólogo con experiencia en traumatismos. En la evaluación de la naturaleza y antigüedad de lesiones traumáticas contusas deberá evitarse todo juicio especulativo, ya que una lesión puede variar según la edad, el sexo, las características tisulares, el estado y la salud del paciente y también según la gravedad del traumatismo. Así, por ejemplo, un sujeto en buenas condiciones, musculoso y joven resistirá mejor a los hematomas que personas más delicadas y de mayor edad.

c) Traumatismos craneales

198. Los golpes en la cabeza constituyen una de las formas más frecuentes de tortura. En casos de traumatismos craneales recurrentes, incluso si no siempre son de gran intensidad, puede esperarse una atrofia cortical y un daño axonal difuso. En los traumatismos causados por caídas, pueden observarse lesiones cerebrales por contragolpe (en el lado opuesto al del choque). En cambio, en casos de traumatismo directo se pueden observar contusiones cerebrales directamente bajo la región donde se propinó el golpe. Los hematomas del cuero cabelludo son con frecuencia invisibles, a no ser que se acompañen de inflamación.

⁸² Véase la nota 76 *supra*.

Los hematomas en individuos de piel oscura pueden ser difíciles de ver, pero se manifiestan sensibles a la palpación.

199. Un superviviente de la tortura que se haya visto expuesto a golpes en la cabeza puede quejarse de cefaleas continuas. Estas cefaleas son con frecuencia somáticas o pueden arrancar desde el cuello (véase sec. C supra). Es posible que la víctima declare que la región le duele al tacto y por medio de la palpación del cuero cabelludo puede apreciarse una inflamación difusa o local o una mayor firmeza. Cuando se han producido laceraciones del cuero cabelludo se pueden observar cicatrices. El dolor de cabeza puede ser el síntoma inicial de un hematoma subdural en expansión. Puede asociarse al comienzo agudo de trastornos mentales y deberá realizarse con toda urgencia una tomografía computadorizada. La hinchazón de tejidos blandos o las hemorragias se detectan habitualmente mediante la tomografía computadorizada o la resonancia magnética. También puede ser conveniente solicitar consulta psicológica o neuropsicológica (véase cap. VI, sec. C.4).

200. Las sacudidas violentas como forma de tortura pueden provocar lesiones cerebrales sin dejar ninguna señal exterior, aunque a veces pueden observarse hematomas en la parte superior del tórax o en los hombros, de donde se agarró a la víctima o su ropa. En los casos más extremos, las sacudidas pueden provocar lesiones idénticas a las que se observan en el síndrome del bebé sacudido: edema cerebral, hematoma subdural y hemorragias retinianas. Comúnmente, las víctimas se quejan de cefaleas recurrentes, desorientación o alteraciones mentales. Los episodios de sacudida suelen ser breves, de algunos minutos o menos, pero pueden repetirse muchas veces a lo largo de un período de días o de semanas.

d) Traumatismos torácicos o abdominales

201. Las fracturas de costillas son una consecuencia frecuente de los golpes en el tórax. Si los fragmentos se desplazan, la fractura puede acompañarse de laceraciones del pulmón y posible

pneumotórax. Los golpes directos pueden provocar fracturas de las apófisis espinosas de las vértebras.

202. Ante un traumatismo abdominal agudo la exploración física buscará signos de lesiones de los órganos abdominales y el tracto urinario. Sin embargo, este examen suele dar resultados negativos. Una hematuria fresca es la señal más indicativa de contusión renal. Un lavado peritoneal puede detectar una hemorragia abdominal oculta. El líquido abdominal libre detectado por tomografía computadorizada tras el lavado peritoneal puede proceder del propio lavado o de una hemorragia, lo cual invalida el hallazgo. En la tomografía computadorizada la hemorragia abdominal aguda suele ser isointensa o revela una densidad de agua distinta de la que se observa en la hemorragia aguda del sistema nervioso central, que es hiperintensa. Otras lesiones de órganos pueden manifestarse como gas libre, líquido extraluminal o zonas de escasa atenuación, y pueden representar edemas, contusiones, hemorragias o laceraciones. El edema peripancreático es una de las señales de pancreatitis aguda, traumática o no. Los ultrasonidos son particularmente útiles para detectar los hematomas subcapsulares del bazo. Tras severas palizas puede aparecer una insuficiencia renal aguda debido al síndrome de aplastamiento. Una complicación tardía de la lesión renal puede ser la hipertensión renal.

2. Golpes en los pies

203. Falanga es la denominación más común de la aplicación repetida de golpes en los pies (o, más raramente, en las manos o las caderas), utilizando en general una porra, un trozo de tubería o un arma similar. La complicación más grave de la falanga es el síndrome de compartimiento cerrado, que puede provocar necrosis muscular, obstrucción vascular o gangrena de la porción distal de los pies o los dedos de los pies. Aunque no con mucha frecuencia pueden producirse deformidades permanentes de los pies y también fracturas de carpos, metacarpos y falanges. Como las lesiones suelen limitarse a los tejidos blandos, la tomografía computadorizada o la resonancia magnética son los métodos de

elección para la documentación radiográfica de la lesión, pero debe advertirse que en la fase aguda la exploración física debe ser de diagnóstico. La falanga puede producir una invalidez crónica. El andar puede hacerse doloroso y difícil. Los huesos del tarso pueden quedar fijos (espásticos) o exageradamente móviles. La presión sobre la planta del pie y la dorsiflexión del dedo gordo pueden ser dolorosas. A la palpación la totalidad de la aponeurosis plantar puede ser dolorosa y las fijaciones distales de la aponeurosis pueden estar desgarradas, en parte en la base de las falanges proximales y en parte en la piel. La aponeurosis pierde su flexibilidad normal, con lo cual la marcha se hace difícil y la fatiga muscular rápida. La extensión pasiva del dedo gordo del pie puede revelar si hay desgarros de la aponeurosis. Si ésta está intacta, a la palpación se sentirá el comienzo de tensión en la aponeurosis cuando el dedo gordo se ponga en dorsiflexión de 20 grados; la extensión normal máxima es de unos 70 grados. Valores más elevados indicarían la existencia de lesiones en las fijaciones de la aponeurosis.^{83, 84, 85 y 86} Por otra parte, una limitación de la dorsiflexión y el dolor en la hiperextensión del dedo gordo del pie serían indicios de *Hallux rigidus*, resultante de un osteofito dorsal en la cabeza del primer metatarsiano o en la base de la falange proximal.

204. Pueden producirse numerosas complicaciones y síndromes:

a) Síndrome del compartimiento cerrado. Esta es la complicación más grave. Un edema en un compartimiento cerrado provoca obstrucción vascular y necrosis muscular, de lo que puede resultar fibrosis, contractura o gangrena de la parte distal del pie o de los dedos. En general se diagnostica midiendo las presiones en el compartimiento.

⁸³ G. Sklyv, "Physical sequelae of torture", *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 38-55.

⁸⁴ Véase la nota 76 *supra*.

⁸⁵ K. Prip, L. Tived, N. Holten, *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction*, Copenhagen, Consejo Internacional de Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura, 1995.

⁸⁶ F. Bojsen-Møller y K. E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and internal architecture of the ball of the foot", *Journal of Anatomy*, vol. 121, 1976, pp. 599-611.

b) Aplastamiento del talón y de las almohadillas anteriores. Las almohadillas elásticas bajo el calcáneo y las falanges proximales se aplastan durante la falanga, bien directamente o bien a causa del edema asociado al traumatismo. Además se desgarran las bandas de tejido conjuntivo que se extienden por el tejido adiposo y conectan los huesos a la piel. El tejido adiposo se ve privado de riego sanguíneo y se atrofia. Se pierde el efecto amortiguador y los pies no absorben las tensiones que se producen durante la marcha.

c) Tras la aplicación de la falanga se pueden observar cicatrices rígidas e irregulares que afectan a la piel y los tejidos subcutáneos del pie. En un pie normal los tejidos dérmicos y subdérmicos están conectados a la aponeurosis plantar mediante bandas de ajustado tejido conjuntivo. Pero estas bandas pueden quedar parcial o totalmente destruidas por el edema que se produce tras la exposición a la falanga.

d) Rotura de la aponeurosis plantar y de los tendones del pie. El edema posterior a la falanga puede romper esas estructuras. Cuando desaparece la función de soporte necesaria para el arco del pie, la marcha se hace muy difícil y los músculos del pie, en particular el *quadratus plantaris longus*, se ven excesivamente forzados.

e) Fascitis plantar. Esta puede ser una complicación más de este tipo de lesiones. En casos de falanga la inflamación se extiende con frecuencia a toda la aponeurosis, provocando una aponeurositis crónica. En estudios sobre este tema, se observaron escáners óseos positivos de puntos hiperactivos del calcáneo o de los metatarsianos en presos salidos en libertad tras 15 años de encarcelamiento que decían que habían sido sometidos a la falanga en los primeros días de su detención.⁸⁷

⁸⁷ V. Lök, M. Tunca *et al.*, "Bone scintigraphy as clue to previous torture", *The Lancet*, vol. 337, Núm. 8745, 1991, pp. 846 y 847. Véase también M. Tunca y V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors", *The Lancet*, vol. 352, Núm. 9143, 1998, p. 1859.

205. Métodos radiográficos como la resonancia magnética, la tomografía computadorizada y los ultrasonidos pueden con frecuencia confirmar casos de traumatismos resultantes de la aplicación de la falanga. También pueden encontrarse signos radiológicos positivos secundariamente a otras enfermedades o traumatismos. Para el examen inicial se recomienda la radiografía rutinaria. La resonancia magnética es el método radiológico de elección cuando se trata de determinar lesiones de tejidos blandos. Las imágenes obtenidas por resonancia magnética o por escintigrafía permiten detectar lesiones óseas en forma de hematomas, que no se detectarían en radiografías rutinarias o mediante la tomografía computadorizada.⁸⁸

3. Suspensión

206. La suspensión del individuo es una forma frecuente de tortura que puede producir extraordinarios dolores pero que apenas deja señales visibles de lesión, si las deja. La persona que sigue recluida puede ser reacio a admitir que está siendo torturada, pero el hallazgo de déficit neurológicos periféricos que señalaría un diagnóstico de plexopatía braquial prácticamente demuestra que ha habido tortura por suspensión. La suspensión se puede aplicar de diversas maneras:

- a) Suspensión en cruz. Se aplica extendiendo los brazos y atándolos a una barra horizontal.
- b) Suspensión de carnicería. Se aplica fijando las manos en posición levantada, conjuntamente o una por una.
- c) Suspensión de carnicería inversa. Se aplica por fijación de los pies hacia arriba, con la cabeza abajo.
- d) Suspensión “palestina”. Se aplica suspendiendo a la víctima con los dos antebrazos atados juntos a la espalda, los codos flexionados en 90 grados y los antebrazos atados a una barra horizontal. Otra forma consiste en que se suspende al preso

⁸⁸ Véanse las notas 76 y 83 *supra*, y V. Lök et al., “Bone scintigraphy as an evidence of previous torture”, *Treatment and Rehabilitation Center Report of the Human Rights Foundation of Turkey*, Ankara, 1994, pp. 91-96.

de una ligadura atada alrededor de sus brazos o sus muñecas con los brazos detrás de la espalda.

e) Suspensión en “percha de loro”. Se aplica suspendiendo a la víctima por las rodillas flexionadas de una barra que pasa bajo la región poplítea, en general con las muñecas atadas a los tobillos.

207. La suspensión puede durar desde 15 ó 20 minutos hasta varias horas. La suspensión “palestina” puede provocar en muy poco tiempo lesiones permanentes del plexo braqueal. La “percha del loro” puede producir desgarros en los ligamentos cruzados de la rodilla. Con frecuencia se propina a las víctimas golpes u otros maltratos mientras están suspendidas. En la fase crónica es frecuente que persistan los dolores y la sensibilidad en la región de las articulaciones del hombro mientras que el levantamiento de pesos y la rotación, sobre todo interna pueden causar intensos dolores incluso muchos años después. Entre las complicaciones del período agudo que sigue a la suspensión figuran debilidad de los brazos o manos, dolores y parestesias, adormecimiento, insensibilidad al tacto, dolor superficial y pérdida del reflejo tendinoso. Un intenso dolor profundo puede enmascarar la debilidad muscular. En la fase crónica puede mantenerse la debilidad y progresar la pérdida de musculatura. Se observa adormecimiento y, más frecuentemente, parestesias. La elevación de los brazos o el levantamiento de pesos puede causar dolor, adormecimiento o debilidad. Además de la lesión neurológica, puede haber rupturas de los ligamentos de las articulaciones del hombro, dislocación de la escápula y lesiones musculares también en la región del hombro. A la inspección visual del dorso, puede observarse una “escápula alada” (con el borde vertebral prominente) con lesión del nervio torácico largo o dislocación de la escápula.

208. Las lesiones neurológicas de los brazos suelen ser asimétricas. La lesión del plexo braquial se manifiesta en disfunciones motrices, sensoriales y reflejas:

a) Exploración de la motricidad. El signo más importante es la debilidad muscular asimétrica particularmente visible en sentido distal. La agudeza del dolor puede dificultar la interpretación del examen de la fuerza muscular. Si la lesión es grave, en la fase crónica puede apreciarse una atrofia muscular.

b) Exploración sensorial. Es frecuente la pérdida completa de la sensibilidad o la presencia de parestesias a lo largo de las vías nerviosas sensitivas. Deberán examinarse la percepción postural, la discriminación de dos puntos, la evaluación de la sensación de pinchazo y la percepción del calor y el frío. Si después de un mínimo de tres semanas aún se mantienen la deficiencia o la pérdida de reflejos o su reducción, deberá recurrirse a un neurólogo experimentado que realice los estudios electrofisiológicos adecuados y los interprete.

c) Exploración de reflejos. Pueden observarse pérdida de los reflejos, reducción de éstos o diferencias entre los de una extremidad y otra. En la suspensión “palestina”, aunque ambos plexos braquiales se ven sometidos al traumatismo, puede aparecer una plexopatía asimétrica debida a la forma como se ha suspendido a la víctima, dependiendo de qué brazo se haya puesto en posición superior o del método de atadura. Aunque según los estudios las plexopatías braquiales son en general unilaterales, no es así en el contexto de la tortura, donde es frecuente la lesión bilateral.

209. Entre los tejidos de la región del hombro, el plexo braquial es la estructura más sensible a las lesiones por tracción. La suspensión “palestina” provoca una lesión del plexo braquial debido a la extensión posterior forzada de los brazos. Como se observa en el tipo clásico de suspensión “palestina”, cuando el cuerpo queda suspendido con los brazos en hiperextensión posterior, si la fuerza ejercida sobre el plexo es suficientemente fuerte, normalmente se ven afectadas las fibras del plexo inferior, y luego las del plexo medio y superior. Si se trata de una suspensión de tipo “crucifixión”, pero sin hiperextensión,

lo más probable es que empiecen por afectarse las fibras del plexo medio a causa de la hiperabducción. Las lesiones del plexo braquial pueden clasificarse de la siguiente manera:

- a) Lesiones del plexo inferior. Las deficiencias se localizan en los músculos del antebrazo y la mano. Pueden observarse deficiencias sensoriales en el antebrazo y en el cuarto y quinto dedos en el lado medial de la mano en una distribución del nervio ulnar.
- b) Lesiones del plexo medio. Se ven afectados los músculos extensores del antebrazo, el codo y los dedos. Debilidad en la pronación del antebrazo y la flexión radial de la mano. Se observa una deficiencia sensorial en el antebrazo y en las caras dorsales del primer, segundo y tercer dedos de la mano en una distribución del nervio radial. Pueden perderse los reflejos tricipitales.
- c) Lesiones del plexo superior. Se afectan especialmente los músculos del hombro. Pueden ser deficientes la abducción del hombro, la rotación axial y la pronación-supinación del antebrazo. Se observa deficiencia sensorial en la región deltoidea, que puede extenderse al brazo y a las partes exteriores del antebrazo.

4. Otras torturas de posición

210. Existen muy diversas formas de torturas de posición, consistentes todas ellas en atar o sujetar a la víctima en posiciones retorcidas, hiperextendidas o de cualquier otra manera antinaturales, lo que causa grandes dolores y puede producir lesiones en los ligamentos, tendones, nervios y vasos sanguíneos. Es característico de todas estas formas de tortura que apenas dejan o no dejan señales exteriores o signos que puedan detectarse por radiología, pese a que después son frecuentes las graves discapacidades crónicas.

211. Todas las torturas de posición atacan a tendones, articulaciones y músculos. Existen varios métodos: la “suspensión del loro”, la “posición de banana” o la clásica “atadura de banana”

sobre una silla o simplemente sobre el suelo, o sobre una motocicleta, el mantenimiento de la posición de pie forzada, esta misma posición pero sobre un solo pie, de pie y con los brazos y las manos estirados hacia lo alto de una pared, la posición forzada y prolongada en cuclillas o la inmovilidad forzada en una pequeña jaula. En función de las características de cada una de estas posiciones, las quejas se refieren a dolores en una determinada región del cuerpo, limitación de los movimientos articulares, dolor dorsal, dolor en las manos o en las partes cervicales del cuerpo e hinchazón de la parte inferior de las piernas. A estas formas de tortura de posición se aplican los mismos principios de exploración neurológica y musculoesquelética que a la suspensión. Para la evaluación de las lesiones asociadas a todas estas formas de tortura de posición la exploración radiológica de preferencia es la imagen por resonancia magnética.

5. Tortura por choques eléctricos

212. La corriente eléctrica se transmite a través de electrodos colocados en cualquier parte del cuerpo. Los lugares más comunes son las manos, pies, dedos de las manos, dedos de los pies, orejas, areolas mamarias, boca, labios y zona genital. La electricidad procede de un generador accionado a mano o por combustión, el tendido eléctrico doméstico, un arma aturdidora (*stun gun*), una varilla eléctrica del ganado u otros dispositivos eléctricos. La corriente eléctrica sigue el camino más corto entre los dos electrodos. Los síntomas que provoca la corriente eléctrica respetan esta característica. Así, por ejemplo, si los electrodos se colocan en un dedo del pie derecho y en la región genital, se producirá dolor, contracción muscular y calambres en los músculos del muslo y la pantorrilla derechos. Se sentirá un dolor irresistible en la región genital. Como todos los músculos a lo largo de la corriente eléctrica están tetánicamente contraídos, si esta corriente es moderadamente alta pueden observarse dislocación del hombro y radiculopatías lumbares y cervicales. Pero la exploración física de la víctima no permite determinar con certeza el tipo, el momento de aplicación, la intensidad y el voltaje de la energía utilizada. Los torturadores utilizan con

frecuencia agua o geles para aumentar la eficiencia de la tortura, ampliar el punto de entrada de la corriente eléctrica y prevenir quemaduras eléctricas detectables. Las quemaduras eléctricas suelen dejar una lesión circular pardo-rojiza de un diámetro de 1 a 3 milímetros, en general sin inflamación, que puede dejar una cicatriz hiperpigmentada. Es preciso examinar con todo cuidado la superficie de la piel pues estas lesiones suelen ser difíciles de detectar. Es discutible la conveniencia de realizar biopsias de las lesiones recientes para determinar su origen. Las quemaduras eléctricas pueden producir cambios histológicos específicos, pero éstos no siempre se dan y su ausencia en ninguna forma puede interpretarse como excluyente de la quemadura eléctrica. Por consiguiente, en cada caso debe determinarse si los posibles resultados del procedimiento van a compensar el dolor y las molestias que ocasiona una biopsia cutánea (véase anexo II, sec. 2).

6. Tortura dental

213. La tortura dental puede consistir en rotura o extracción de dientes o aplicación de corrientes eléctricas a los dientes. El resultado puede ser pérdidas o roturas de dientes, inflamación de las encías, hemorragias, dolor, gingivitis, estomatitis, fracturas de la mandíbula o pérdida de empastes de dientes. El síndrome de la articulación temporomaxilar se caracteriza por dolor en esta articulación, limitación de los movimientos de la mandíbula y, en ciertos casos, subluxación de esta articulación causada por espasmos musculares resultantes de las corrientes eléctricas o de golpes a la cara.

7. Asfixia

214. La sofocación hasta casi llegar a la asfixia es un método de tortura cada vez más frecuente. En general no deja huellas y la recuperación es rápida. Este método de tortura fue tan difundido en la América Latina que su nombre en español, el “submarino”, ha pasado a formar parte del vocabulario de los derechos humanos. Se puede impedir la respiración normal mediante distintos métodos como recubrir la cabeza con una bolsa de plástico, obturar la boca y la nariz, ejercer una presión o

aplicar una ligadura alrededor del cuello u obligar a la persona a aspirar polvo, cemento, pimienta, etc. Estas últimas modalidades se conocen como el “submarino seco”. Pueden producirse diversas complicaciones como Petequias en la piel, hemorragias nasales o auriculares, congestión de la cara, infecciones de la boca y problemas respiratorios agudos o crónicos. La inmersión forzada de la cabeza en agua, frecuentemente contaminada con orina, heces, vómitos u otras impurezas, puede dar lugar a que el sujeto casi se ahogue o se ahogue. La aspiración de agua al pulmón puede provocar una pulmonía. Esta forma de tortura se llama “submarino húmedo”. En los casos de ahorcadura u otras formas de asfixia por ligadura suelen observarse abrasiones o contusiones características alrededor del cuello. El hueso hioides y el cartílago laríngeo pueden ser fracturados por una estrangulación parcial o por golpes administrados al cuello.

8. Tortura sexual, incluida la violación

215. La tortura sexual empieza por la desnudez forzada, que en muchos países es un factor constante en las situaciones de tortura. La persona nunca es tan vulnerable como cuando se encuentra desnuda y desvalida. La desnudez aumenta el terror psicológico de todos los aspectos de la tortura pues abre siempre la posibilidad de malos tratos, violación o sodomía. Además, las amenazas verbales, los insultos y las burlas sexuales forman parte de la tortura sexual pues incrementan la humillación y sus aspectos degradantes, todo lo cual forma parte del procedimiento. Para la mujer el toqueo es traumático en todos los casos y se considera tortura.

216. Existen diferencias entre la tortura sexual del hombre y la de la mujer, si bien hay varios aspectos que se aplican a ambos. La violación siempre va asociada al riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, en particular la causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).⁸⁹ En la actualidad, la única profilaxis eficaz contra el VIH debe aplicarse en las horas que

⁸⁹ D. Lunde y J. Ortmann, “Sexual torture and the treatment of its consequences”, *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 310-331.

siguen al incidente y, en general, no está disponible en los países donde la tortura es habitual. En la mayor parte de los casos interviene un elemento sexual perverso y en otros la tortura se dirige a los genitales. En el hombre la mayor parte de las veces los choques eléctricos y los golpes se dirigen a los genitales, con o sin tortura anal adicional. Al traumatismo físico resultante se le añade el maltrato verbal. Son frecuentes las amenazas de pérdida de la masculinidad, con la consiguiente pérdida de dignidad ante la sociedad. A los presos se les puede colocar desnudos en celdas junto con miembros de sus familias, amigos o extraños, violando los tabúes culturales. Viene a empeorar la situación la falta de intimidad en el uso de los servicios sanitarios. Además se puede obligar a los presos a que se fuercen sexualmente los unos a los otros, algo que puede ser particularmente difícil de encajar emocionalmente. En cuanto a las mujeres, su traumatismo puede verse potenciado por el miedo a la violación, dado el profundo estigma cultural que va vinculado a ésta. No hay que descuidar el trauma de un posible embarazo (que lógicamente no afecta a los hombres) el temor a perder la virginidad y a quedar infecundas (aun cuando la violación pueda después ocultarse ante un posible marido y el resto de la sociedad).

217. Si en determinados casos de abuso sexual la víctima no desea que el hecho se dé a conocer por razones socioculturales o personales, el médico encargado del examen, los organismos investigadores y los tribunales tienen la obligación de cooperar en el respeto de la intimidad de la víctima. El trato con supervivientes de la tortura que han sufrido recientemente una agresión sexual exige una formación psicológica especial y un apoyo psicológico adecuado. Deberá evitarse todo tipo de tratamiento que pueda aumentar el daño psicológico sufrido por el superviviente de la tortura. Antes de iniciar cualquier examen deberá obtenerse la autorización de la persona, que deberá ser confirmada por la víctima antes de que se proceda a la exploración de las partes más íntimas. Con toda claridad y de la forma más comprensible deberá informarse a la persona acerca de la importancia que reviste ese examen y de sus posibles resultados.

a) Revisión de los síntomas

218. Tal como se ha descrito en páginas anteriores de este manual (véase sec. B supra), deberá consignarse una historia minuciosa de la presunta agresión. Pero hay algunas preguntas concretas que sólo guardan relación con esa denuncia de abuso sexual. Con ellas se trata de determinar qué síntomas del momento pueden ser resultado de una agresión reciente, por ejemplo hemorragias, flujos vaginales o anales y localización del dolor, hematomas o llagas. En casos de antiguos abusos sexuales, las preguntas apuntarán a los síntomas continuos que siguieron a la agresión, como frecuencia de la micción, incontinencia o disuria, irregularidades menstruales, historial ulterior de embarazos, abortos o hemorragias vaginales, problemas con la actividad sexual, como dolor y hemorragias en la copulación, dolor y hemorragias anales, estreñimiento o incontinencia.

219. Lo mejor sería que se pudiera disponer de instalaciones físicas y técnicas adecuadas para poder examinar debidamente a los supervivientes de violaciones sexuales, con una dotación de psiquiatras, psicólogos, ginecólogos y enfermeras experimentados y especializados en el tratamiento de los supervivientes de la tortura sexual. Un objetivo adicional de la consulta siguiente a la agresión sexual es el de ofrecer apoyo, consejo y tranquilidad, cuando corresponda. Allí se tratarían problemas como las enfermedades de transmisión sexual, el VIH, el embarazo, si la víctima es una mujer, y cualquier daño físico permanente, pues con frecuencia los torturadores dicen a sus víctimas que ya nunca podrán volver a vivir una sexualidad normal, lo cual puede transformarse en una profecía que se cumple por sí misma.

b) Exploración tras una agresión sexual reciente

220. Es raro que la víctima de violación en el curso de la tortura sea puesta en libertad cuando aún se pueden hallar indicios patentes del acto. En estos casos, deberá tenerse en cuenta que hay muchos factores que pueden dificultar la evaluación médica. Las víctimas de una agresión reciente pueden sentirse

aprobledas y confusas en cuanto a la idea de solicitar ayuda médica o jurídica a causa de sus temores, problemas socioculturales o la naturaleza destructiva de la agresión. En estos casos, el médico deberá explicar a la víctima todas las posibles opciones médicas y jurídicas, y actuar de acuerdo con los deseos expresados por la víctima. Entre los deberes del médico figura el de obtener el consentimiento informado y voluntario para proceder al reconocimiento, el registro de los hallazgos médicos relacionados con el abuso y la obtención de muestras para el estudio forense. Siempre que sea posible, este reconocimiento deberá ser realizado por un experto en documentación de la agresión sexual. Si no es así, el médico examinador deberá hablar con un experto o consultar un texto estándar de medicina forense clínica.⁹⁰ Cuando el médico sea de sexo distinto que la víctima, ofrecerá a ésta la posibilidad de solicitar que otra persona de su mismo sexo esté presente en la sala. Si se utiliza un intérprete, éste puede al mismo tiempo desempeñar el papel de acompañante. Dado el carácter delicado de la investigación de una agresión sexual, normalmente los parientes de la víctima no son las personas ideales para desempeñar ese papel (véase cap. IV, sec. I). Es preciso que el paciente se sienta cómodo y relajado antes del examen. Deberá realizarse una minuciosa exploración física, junto con una meticulosa documentación de todos los signos físicos observados, con indicaciones de tamaño, ubicación y color de los elementos pertinentes, y, siempre que sea posible, se fotografiarán estos elementos y se tomarán muestras para su examen.

221. La exploración física no se iniciará por la zona genital. Se tomará nota de toda deformidad observada. Deberá concederse particular atención a un examen minucioso de la piel en busca de lesiones cutáneas que puedan haber sido consecuencia de la agresión: hematomas, laceraciones, equimosis y petequias que podrían obedecer a succiones o mordiscos. Esto puede contribuir a que el paciente se vaya relajando para un examen completo. Cuando las lesiones genitales sean mínimas, las situadas

⁹⁰ Véase J. Howitt y D. Rogers, "Adult sexual offenses and related matters", *Journal of Clinical Forensic Medicine*, W. D. S. McLay, ed., Londres, Greenwich Medical Media, 1996, pp. 193-218.

en otras partes del organismo pueden constituir el síntoma más significativo de la agresión. Incluso cuando los genitales femeninos se exploran inmediatamente después de la violación, sólo en menos de la mitad de los casos se encuentran daños identificables. El examen anal de hombres y mujeres tras una violación anal apenas muestra lesiones en un 30% de los casos. Evidentemente, cuando para penetrar la vagina o el ano se hayan utilizado objetos relativamente grandes la probabilidad de lesiones identificables será muy superior.

222. Cuando se disponga de un laboratorio forense se establecerá contacto con éste antes del examen para averiguar qué tipos de especímenes pueden analizarse y, por consiguiente, qué muestras han de tomarse y de qué manera. Muchos laboratorios facilitan estuches con los que el médico puede tomar todas las muestras necesarias de las personas que dicen haber sido violadas. Aunque no se disponga de laboratorio, convendrá de todas formas obtener frotis que luego se sequen al aire. Estas muestras pueden servir después para las pruebas de ADN. El esperma puede ser identificado hasta cinco días después mediante muestras tomadas con escobilla vaginal profunda y hasta tres días después si se usa un muestreo rectal. Cuando se tomen muestras de varias víctimas, en particular si también se han tomado de los presuntos autores, deberán adoptarse estrictas precauciones para evitar toda alegación de contaminación cruzada. Todas las muestras forenses deberán estar plenamente protegidas y su cadena de custodia perfectamente documentada.

c) Examen después de la fase inmediata

223. Cuando la presunta agresión haya tenido lugar más de una semana antes y no queden signos de hematomas o laceraciones, la exploración pélvica será menos urgente. Se puede dejar tiempo para hallar a la persona mejor calificada para documentar los hallazgos y el medio ambiente óptimo para entrevistar a la persona. Pero siempre que sea posible convendrá fotografiar adecuadamente las lesiones residuales.

224. Deberán registrarse los antecedentes en la forma ya descrita, y después se examinarán y documentarán los signos físicos generales que se detecten. Tratándose de mujeres que hayan parido antes de la violación, y en particular las que hayan parido después, no es probable que se encuentren signos patognomónicos, si bien un médico con experiencia en la atención de mujeres puede inferir datos importantes del comportamiento de la mujer al relatar su historia.⁹¹ Puede pasar algún tiempo antes de que la persona esté dispuesta a narrar aquellos aspectos de la tortura que encuentra más perturbadores. Del mismo modo es posible que el paciente desee aplazar la exploración de sus partes más íntimas hasta una consulta ulterior, siempre que el tiempo y las circunstancias lo permitan.

d) Seguimiento

225. La agresión sexual puede transmitir numerosas enfermedades infecciosas, incluidas enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea, la clamidiasis, la sífilis, el VIH, las hepatitis B y C, el herpes simple y el Condyloma acuminatum (verrugas venéreas), vulvovaginitis asociadas al abuso sexual, como tricomonas, Moniliasis vaginitis, Gardenarella vaginitis y Enterobius vermicularis (lombriz intestinal), así como infecciones del tracto urinario.

226. En todos los casos de abuso sexual se prescribirán las pruebas de laboratorio y el tratamiento adecuados. En casos de gonorrea y clamidiasis, en la exploración se considerará la posibilidad de que haya una infección concomitante del ano o de la orofaringe. En los casos de agresión sexual se obtendrán cultivos iniciales y se practicarán pruebas serológicas y se iniciará la terapéutica correspondiente. La disfunción sexual es común entre los supervivientes de la tortura, en particular, aunque no exclusivamente, entre las víctimas de tortura sexual o violación. En su origen los síntomas pueden ser físicos o psicológicos, o una combinación de ambos, e incluyen:

⁹¹ G. Hinshelwood, *Gender-based persecution*, Toronto, United Nations Expert Group Meeting on Gender-based Persecution, 1997.

i) Aversión a los miembros del sexo opuesto o pérdida de interés por la actividad sexual.

ii) Temor al acto sexual porque la pareja se enterará de que la víctima ha sido objeto de una agresión sexual o por temor de haber sufrido daño sexual. Los torturadores han podido formular esa amenaza o instalar un miedo a la homosexualidad en los hombres que han sufrido abusos anales. Algunos hombres heterosexuales han experimentado una erección e incluso a veces han eyaculado durante un coito anal no consentido. Es preciso tranquilizarles advirtiéndoles que se trata únicamente de una respuesta fisiológica.

iii) Incapacidad para confiar en la pareja sexual.

iv) Dificultades para alcanzar la excitación sexual y la erección.

v) Dispareunia (relaciones sexuales dolorosas en la mujer) o infertilidad causada por una enfermedad de transmisión sexual, el trauma directo de los órganos reproductores o abortos malamente realizados de embarazos consecutivos a una violación.

e) Exploración genital de la mujer

227. En muchas culturas es totalmente inaceptable que en la vagina de una mujer virgen se introduzca cualquier cosa, incluso un espéculo, un dedo o una torunda. Si la mujer muestra claras señales de violación a la inspección externa, puede ser innecesaria la exploración pélvica interna. Entre las señales observadas en un examen genital pueden figurar:

i) Pequeñas laceraciones o desgarros de la vulva. Pueden ser agudos y estar causados por un estiramiento excesivo. Normalmente sanan por completo pero, si el traumatismo ha sido repetido, pueden quedar cicatrices.

ii) Abrasiones de los genitales femeninos. Las abrasiones pueden estar causadas por el contacto con objetos duros como uñas o anillos.

iii) Laceraciones vaginales. Son raras, pero cuando existen se pueden asociar a una atrofia de los tejidos o a una cirugía previa. No pueden diferenciarse de las incisiones causadas por la introducción de objetos cortantes.

228. Si la exploración física de los genitales femeninos se realiza más de una semana después de la agresión, es raro que se pueda hallar ningún indicio físico. Más adelante, cuando la mujer haya reanudado su actividad sexual, consensual o no, o haya parido, puede ser casi imposible atribuir al presunto abuso cualquier señal que se detecte. Por consiguiente, el componente más importante de una evaluación médica puede ser la evaluación que haga el examinador de los antecedentes (por ejemplo, la correlación existente entre las denuncias de agresión y las lesiones agudas observadas por el individuo) así como el comportamiento de la persona, teniendo en cuenta el contexto cultural de la experiencia de la mujer.

f) Exploración genital del hombre

229. Los hombres que han sido sometidos a tortura en la región genital, incluidos aplastamientos, retorcimientos o tironeos del escroto o golpes directos a esa región, durante el período agudo se quejan normalmente de dolor y de sensibilidad. Pueden observarse hiperemia, marcada inflamación y equimosis. La orina puede contener gran número de eritrocitos y leucocitos. Si a la palpación se detecta una masa deberá determinarse si se trata de un hidrocele, un hematocele o una hernia inguinal. En caso de hernia inguinal, el examinador no puede palpar la cuerda espermática sobre la masa. En cambio, si se trata de un hidrocele o de un hematocele, en general por encima de la masa se palpan las normales estructuras del cordón espermático. El hidrocele se produce por una acumulación excesiva de líquido en el interior de la tunica vaginalis, debida a la inflamación de los testículos y sus anexos o a una disminución del drenaje por obstrucción linfática o venosa en el cordón o en el espacio retroperitoneal. El hematocele consiste en una acumulación de sangre dentro de la tunica vaginalis debido a un traumatismo. A diferencia del hidrocele, éste no se transilumina.

230. También la torsión testicular puede ser resultado de un traumatismo en el escroto. Así los testículos se retuercen en su base obstruyendo el flujo sanguíneo. Esto causa gran dolor e inflamación y constituye una emergencia quirúrgica. Si la torsión no se reduce inmediatamente puede producirse un infarto testicular. En condiciones de detención en que suele negarse la atención médica, cabe preverse las secuelas tardías de esta lesión.

231. Las personas que fueron sometidas a tortura escrotal pueden sufrir infecciones crónicas del tracto urinario, disfunciones de la erección o atrofia testicular. No son infrecuentes los síntomas de trastorno de estrés postraumático. En la fase crónica puede ser imposible distinguir entre una patología escrotal causada por tortura y la resultante de otros procesos morbosos. Si en una exploración urológica completa no pueden descubrirse anomalías físicas habrá que pensar que los síntomas urinarios, la impotencia u otros trastornos sexuales tienen un origen psicológico. Las cicatrices en la piel del escroto y del pene pueden ser difíciles de percibir. Por esta razón, la ausencia de cicatrices en esos lugares concretos no demuestra la ausencia de tortura. Por otra parte, la presencia de cicatrices indica normalmente que el sujeto ha sufrido un traumatismo considerable.

g) Exploración de la región anal

232. Tras la violación anal o la introducción de objetos en el ano, sea cual fuere el sexo de la víctima, el dolor y la hemorragia pueden durar días o semanas. Esto con frecuencia es causa de estreñimiento, que puede exacerbarse con la dieta deficiente de muchos lugares de detención. Pueden asimismo observarse síntomas gastrointestinales y urinarios. En la fase aguda toda exploración que vaya más allá de la inspección visual exigirá una anestesia local o general y deberá ser realizada por un especialista. En la fase crónica pueden persistir varios síntomas, que deben ser investigados. Es posible que se observen cicatrices anales atípicas por su tamaño o posición, que deberán

documentarse. Las fisuras anales pueden persistir durante muchos años, pero normalmente es imposible establecer un diagnóstico diferencial entre las causadas por la tortura y las que obedecen a otros mecanismos. Al examinar el ano deberán buscarse y documentarse las siguientes señales:

- i) Las fisuras tienden a representar señales no específicas pues pueden darse en cierto número de situaciones “normales” (estreñimiento o higiene defectuosa). Pero cuando se observan en situación aguda (es decir dentro de las primeras 72 horas), las fisuras constituyen una señal más específica y se pueden considerar como prueba de penetración.
- ii) Pueden observarse desgarros anales con o sin hemorragia.
- iii) La rotura del dispositivo rugal puede manifestarse en forma de cicatriz suave en abanico. Cuando se vean estas cicatrices fuera de la línea mediana (es decir, fuera de los puntos de las 12 ó las 6 horas), puede ser indicio de traumatismo por penetración.
- iv) Papilomas cutáneos, que pueden ser resultado de traumatismos en curación.
- v) Exudación purulenta del ano. En todos los casos de presunta penetración rectal, se observe o no una exudación, deberán realizarse cultivos por si existe gonorrea o clamidiasis.

E. Pruebas de diagnóstico especializadas

233. Las pruebas de diagnóstico no constituyen parte esencial de la evaluación clínica de una persona que dice haber sido torturada. En muchos casos basta con la historia médica y el reconocimiento físico. Pero en ciertas circunstancias, estas pruebas pueden aportar valiosa información auxiliar. Ello es así, por ejemplo, cuando se ha presentado una demanda judicial contra miembros de la autoridad o una demanda de indemnización. En estos casos, una prueba positiva puede ser decisiva para que una demanda tenga éxito o no. Por otra parte, si las pruebas de diagnóstico se realizan por razones terapéuticas,

sus resultados deberán agregarse al informe clínico. Es preciso darse cuenta de que la ausencia de un resultado positivo en una prueba de diagnóstico, al igual que sucede con los resultados del examen físico, no debe utilizarse como indicativo de que no ha habido tortura. En muchas situaciones no se puede disponer de pruebas de diagnóstico por razones técnicas, pero en ningún caso su ausencia invalidará un informe que por lo demás esté correctamente preparado. No será apropiado utilizar unos medios de diagnóstico limitados para documentar las lesiones por razones legales únicamente cuando haya una mayor necesidad de utilizar esos medios con fines clínicos (véanse más detalles en el anexo II).

Capítulo VI

INDICIOS PSICOLÓGICOS DE LA TORTURA

A. Generalidades

1. El papel central de la evaluación psicológica

234. Está muy generalizada la idea de que la tortura constituye una experiencia vital extraordinaria que puede dar origen a muy diversos sufrimientos físicos y psicológicos. La mayor parte de los médicos e investigadores están de acuerdo en que el carácter extremo de la experiencia de tortura es suficientemente poderoso por sí mismo como para surtir consecuencias mentales y emocionales, sea cual fuere el estado psicológico previo del individuo. Pero las consecuencias psicológicas de la tortura se dan en el contexto de la significación que personalmente se le atribuya, del desarrollo de la personalidad y de factores sociales, políticos y culturales. Por esta razón, no cabe suponer que todas las formas de tortura dan el mismo resultado. Por ejemplo, las consecuencias psicológicas de una ejecución simulada no son las mismas que las de una agresión sexual, y el confinamiento en solitario y en aislamiento no va a producir los mismos efectos que los actos físicos de tortura. Del mismo modo, no puede suponerse que los efectos de la detención y la tortura van a ser iguales en un adulto que en un niño. De todas formas, existen conjuntos de síntomas y reacciones psicológicas que se han podido observar y documentar con bastante regularidad en los supervivientes de la tortura.

235. Los agentes de la tortura tratan con frecuencia de justificar sus actos de tortura y malos tratos por la necesidad de obtener información. Esa racionalización viene a enmascarar cuál es el objetivo de la tortura y sus consecuencias deseadas. Uno de los

objetivos fundamentales de la tortura es reducir a la persona a una situación de desvalimiento y angustia extremos que puede producir un deterioro de las funciones cognitivas, emocionales y conductuales.⁹² Así, por ejemplo, la tortura constituye un ataque a los modos fundamentales de funcionamiento psicológico y social de la persona. En esas circunstancias, el torturador trata no sólo de incapacitar a la víctima físicamente sino también de desintegrar su personalidad. El torturador aspira a destruir la sensación de arraigo de la víctima en una familia y una sociedad como ser humano con sus sueños, esperanzas y aspiraciones. Al deshumanizar y quebrar la voluntad de sus víctimas, el torturador sienta precedentes aterradoros para todos aquellos que después se pongan en contacto con la víctima. De esta forma, la tortura puede quebrar o dañar la voluntad y la coherencia de comunidades enteras. Además, la tortura puede infligir daños profundos a las relaciones íntimas entre cónyuges, padres e hijos y otros miembros de la familia, así como a las relaciones entre las víctimas y sus comunidades.

236. Es importante darse cuenta de que no todos los que han sido torturados llegan a padecer una enfermedad mental diagnosticable. Pero muchas víctimas experimentan profundas reacciones emocionales y síntomas psicológicos. Los principales trastornos psiquiátricos asociados a la tortura son el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión profunda. Si bien estos trastornos se dan también en la población general, su prevalencia es mucho más elevada entre las poblaciones traumatizadas. Las repercusiones culturales, sociales y políticas singulares que la tortura tiene para cada persona influyen en su capacidad para describirla y hablar de ella. Estos son factores importantes que contribuyen al impacto psicológico y social de la tortura y que deben tomarse en consideración cuando se proceda a evaluar el caso de un individuo procedente de otro medio cultural. La investigación transcultural revela que los métodos fenomenológicos o descriptivos son los más

⁹² G. Fischer y N. F. Gurrus, "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", *Praxis der Psychotherapie-Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*, W. Senf y W. Broda, eds., Stuttgart, Thieme, 1996.

indicados para tratar de evaluar los trastornos psicológicos o psiquiátricos. Lo que se considera comportamiento perturbado o patológico en una cultura puede no ser considerado patológico en otra.^{93, 94 y 95} Desde la segunda guerra mundial se ha adelantado en la comprensión de las consecuencias psicológicas de la violencia. Entre los supervivientes de la tortura y de otros tipos de violencia se han observado y documentado ciertos síntomas y síndromes psicológicos.

237. En estos últimos años se ha aplicado el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático a una diversidad cada vez mayor de personas que padecen las consecuencias de muy variados tipos de violencia. De todas formas, aún no se ha determinado la utilidad de este diagnóstico en medios culturales no occidentales. Pero todo indica que entre las poblaciones traumatizadas de refugiados de muy distintos medios étnicos y culturales hay una elevada incidencia del trastorno de estrés postraumático y de depresión.^{96, 97 y 98} El estudio transcultural de la depresión preparado por la Organización Mundial de la Salud facilita útil información.⁹⁹ Aunque ciertos síntomas pueden observarse en distintas culturas, éstos pueden no ser siempre los síntomas que más preocupan a la persona.

⁹³ A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", ponencia presentada en el simposio regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre la psiquiatría y las disciplinas conexas, en 1986.

⁹⁴ H. T. Engelhardt "The concepts of health and disease", *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, H. T. Engelhardt y S. F. Spicker, eds., Dordrecht: D. Reidel Publishing Co., 1975, pp. 125-141.

⁹⁵ J. Westermeyer "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries", *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, Núm. 7, 1985, pp. 798-805.

⁹⁶ R. F. Mollica, et al., "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 270, 1993, pp. 581-586.

⁹⁷ J. D. Kinzie et al., "The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, Núm. 7, 1990, pp. 913-917.

⁹⁸ K. Alden et al., "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile", *American Journal of Public Health*, vol. 86, 1996, pp. 1561-1569.

⁹⁹ N. Sartorius, "Cross-cultural research on depression", *Psycho-pathology*, vol. 19, Núm. 2, 1987, pp. 6-11.

2. El contexto de la evaluación psicológica

238. Las evaluaciones se realizan en diversos contextos políticos. De ello resultan importantes diferencias en la forma como ha de realizarse una evaluación. El médico o el psicólogo deberá adaptar las directrices que a continuación se dan a la situación y los objetivos particulares de la evaluación (véase cap. III, sec. C.2).

239. El que ciertas preguntas puedan o no formularse sin riesgo variará en gran medida dependiendo del grado de confidencialidad y seguridad que pueda garantizarse. Por ejemplo, un examen hecho por un médico visitante en una prisión que se limite a 15 minutos no podrá seguir el mismo derrotero que un examen forense en un consultorio privado que pueda durar varias horas. Se plantean problemas adicionales cuando se trata de determinar si los síntomas psicológicos o el comportamiento son patológicos o adaptativos. Cuando se examina a una persona que está detenida o que vive en un ambiente de amenaza o de opresión considerable, algunos síntomas pueden ser adaptativos. Así, por ejemplo, una disminución del interés por actividades y una sensación de desapego y distanciamiento son comprensibles en una persona que se halla en confinamiento solitario. Del mismo modo, las personas que viven en sociedades represivas pueden encontrar necesario mantener actitudes de hipervigilancia y evitación.¹⁰⁰ De todas formas, las limitaciones que impongan ciertas condiciones a las entrevistas no impedirán que traten de aplicarse las directrices que se establecen en este manual. En circunstancias difíciles es particularmente importante que los gobiernos y las autoridades implicados respeten esas normas en la mayor medida posible.

¹⁰⁰ M. A. Simpson, "What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa", *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*, R. J. Kleber, C. R. Figley, B. P. R. Gersons, eds., Nueva York, Plenum Press, 1995, pp. 188-210.

B. Secuelas psicológicas de la tortura

1. Precauciones aconsejables

240. Antes de comenzar una descripción técnica de síntomas y clasificaciones psiquiátricas, debe advertirse que en general se considera que las clasificaciones psiquiátricas corresponden a conceptos médicos occidentales y que su aplicación a poblaciones no occidentales presenta ciertas dificultades, implícitas o explícitas. Puede argüirse que las culturas occidentales están afectadas por una excesiva medicalización de los procesos psicológicos. La idea de que el sufrimiento mental representa un trastorno que reside en un individuo y que presenta una serie de síntomas típicos puede ser inaceptable para muchos miembros de sociedades no occidentales. Ello no obstante, hay pruebas considerables de que en el trastorno de estrés postraumático se producen ciertos cambios biológicos y, desde ese punto de vista, este trastorno es un síndrome diagnosticable que puede ser tratado tanto biológica como psicológicamente.¹⁰¹ El médico o psicólogo encargado de la evaluación deberá procurar establecer una relación entre el sufrimiento mental y el contexto de las creencias y normas culturales del individuo. Ello incluye el respeto por el contexto político así como por la cultura y las creencias religiosas. Dada la gravedad de la tortura y sus consecuencias, cuando se realice una evaluación psicológica deberá adoptarse una actitud de aprendizaje informado en lugar de precipitarse a establecer diagnósticos y clasificaciones. Lo ideal sería que esta actitud transmitiese a la víctima la idea de que sus quejas y su sufrimiento se reconocen como reales y previsibles dadas las circunstancias. En este sentido, una actitud empática y sensible puede dar a la víctima algún alivio de su experiencia de alienación.

¹⁰¹ M. Friedman y J. Jaranson, "The applicability of the post-traumatic stress disorder concept to refugees", *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, A. Marsella, et al., eds., Washington D.C., American Psychological Association Press, 1994, pp. 207-227.

2. Reacciones psicológicas más frecuentes

a) Reexperimentación del trauma

241. La víctima puede tener súbitas rememoraciones o recuerdos intrusivos en los que una vez y otra vive el incidente traumático, y esto incluso estando la persona despierta y consciente, o puede sufrir pesadillas recurrentes que incluyen elementos del hecho traumático en su forma original o en forma simbólica. La angustia ante la exposición a elementos que simbolizan o se asemejan al trauma se manifiesta con frecuencia en desconfianza y miedo a las personas dotadas de autoridad, incluidos médicos y psicólogos. En países o situaciones en los que las autoridades participan en violaciones de los derechos humanos, no deben considerarse sistemáticamente patológicos la desconfianza y el temor ante los representantes de la autoridad.

b) Evitación y embotamiento emocional

- i) Evitación de todo tipo de pensamiento, conversación, actividad, lugar o persona que despierte recuerdos del trauma;
- ii) Profunda constricción afectiva;
- iii) Profunda desafectación personal y aislamiento social;
- iv) Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.

c) Hiperexcitación

- i) Dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo;
- ii) Irritabilidad o estallidos de cólera;
- iii) Dificultad de concentración;
- iv) Hipervigilancia, reacciones de sobresalto exagerado;
- v) Ansiedad generalizada;
- vi) Respiración superficial, sudoración, sequedad de boca o mareos y problemas gastrointestinales.

d) Síntomas de depresión

242. Pueden observarse los siguientes síntomas de depresión: estado de ánimo depresivo, anhedonia (clara disminución del interés o del placer en cualquier actividad), alteraciones del apetito o pérdida de peso, insomnio o hipersomnio, agitación o lentificación psicomotriz, cansancio y pérdida de energía, sensación de inutilidad y excesivo sentimiento de culpa, dificultad de prestar atención, concentrarse o recordar algún acontecimiento, pensamientos de muerte, ideas de suicidio o intentos de suicidio.

e) Disminución de la autoestima y del sentido del futuro

243. La víctima tiene la sensación de haber sufrido daños irreparables y un cambio irreversible de su personalidad.¹⁰² El sujeto tiene la sensación de pérdida de sentido del futuro, sin expectativas de carrera, matrimonio, hijos o una duración normal de vida.

f) Disociación, despersonalización y comportamiento atípico

244. La disociación es un quiebre en la integración de la conciencia, la autopercepción, la memoria y las acciones. La persona puede verse separada o estar inconsciente de ciertas acciones o puede sentirse dividida en dos como si se observase a sí misma desde una cierta distancia. La despersonalización es un sentirse desprendido de uno mismo o de su propio cuerpo. Los problemas de control de los impulsos dan lugar a comportamientos que el superviviente considera muy atípicos con respecto a lo que era su personalidad pretraumática. Una persona que antes era cauta puede lanzarse a comportamientos de alto riesgo.

¹⁰² N. R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care", *Caring for Victims of Torture*, J. M. Jaranson and M. K. Popkin, eds., Washington D.C., American Psychiatric Press, 1998, pp. 107-113.

g) Quejas somáticas

245. Entre las víctimas de la tortura son frecuentes los síntomas somáticos como dolores, cefaleas u otros síntomas físicos, que pueden o no tener una base objetiva. La única queja que se manifieste puede ser el dolor, que puede variar tanto en ubicación como en intensidad. Los síntomas somáticos pueden deberse directamente a las consecuencias físicas de la tortura o tener un origen psicológico. Por ejemplo, todos los tipos de dolores pueden ser consecuencia física directa de la tortura o tener un origen psicológico. Entre las quejas somáticas típicas figuran las de dolor dorsal, dolores musculoesqueléticos y cefaleas, que obedecen con frecuencia a lesiones craneales. Los dolores de cabeza son muy frecuentes entre los supervivientes de la tortura y muchas veces se convierten en cefaleas crónicas postraumáticas. También pueden estar causados o exacerbados por la tensión y el estrés.

h) Disfunciones sexuales

246. Las disfunciones sexuales son frecuentes entre los supervivientes de la tortura, en particular, aunque no exclusivamente, entre los que han sufrido torturas sexuales o violaciones (véase cap. V, sec. D.8).

i) Psicosis

247. Las diferencias culturales y lingüísticas se pueden confundir con síntomas psicóticos. Antes de diagnosticar a alguien como psicótico, será preciso evaluar sus síntomas dentro del contexto cultural propio de la persona. Las reacciones psicóticas pueden ser breves o prolongadas, y los síntomas pueden aparecer mientras la persona está detenida y torturada o después. Pueden hallarse los siguientes síntomas:

- i) Delirios.
- ii) Alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y olfativas.
- iii) Ideas y comportamiento extravagantes.

iv) Ilusiones o distorsiones perceptivas que pueden adoptar la forma de pseudoalucinaciones y estados borderline o francamente psicóticos. Las falsas percepciones y las alucinaciones que se producen en el momento de dormirse o de despertarse son frecuentes entre la población general y no denotan la existencia de una psicosis. No es infrecuente que las víctimas de tortura comuniquen que a veces oyen gritos, que se les llama por su nombre o que ven sombras, pero sin presentar señales o síntomas de psicosis plenamente desarrollada.

v) Paranoia y delirios de persecución.

vi) Las personas que tienen antecedentes de enfermedad mental pueden sufrir una recurrencia de trastornos psicóticos o trastornos del humor con síntomas psicóticos. Las personas con antecedentes de trastorno bipolar, depresión grave recurrente con síntomas psicóticos, esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos pueden experimentar un nuevo episodio del trastorno.

j) Consumo excesivo de sustancias psicotrópicas

248. Es frecuente que los supervivientes de la tortura desarrollen cuadros de alcoholismo o toxicomanía como forma de obliterar sus recuerdos traumáticos, de regular sus afectos y de controlar la ansiedad.

k) Daño neuropsicológico

249. La tortura puede causar un traumatismo físico que dé lugar a diversos grados de daño cerebral. Los golpes en la cabeza, la asfixia y la malnutrición prolongada pueden tener consecuencias neurológicas y neuropsicológicas a largo plazo que no sean fáciles de detectar en un reconocimiento médico. Como sucede en todos los casos de daño cerebral que no puede documentarse mediante técnicas de formación de imágenes u otros procedimientos médicos, la evaluación y la realización de pruebas neuropsicológicas pueden ser la única forma segura de documentar esos efectos. Frecuentemente los síntomas que tratan de hallarse en esas evaluaciones son muy similares a los

que componen el trastorno de estrés postraumático y la depresión grave. Las fluctuaciones o deficiencias en el nivel de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento ejecutivo pueden deberse a trastornos funcionales o a causas orgánicas. Por consiguiente, para poder realizar un diagnóstico diferencial se necesitarán conocimientos especializados en evaluación neuropsicológica y también conocimiento de los problemas propios de la validación transcultural de los instrumentos neuropsicológicos (véase sec. C.4 *infra*).

3. Clasificaciones de diagnóstico

250. Aunque las principales quejas y los hallazgos más importantes que se han hecho entre los supervivientes de la tortura son muy diversos y están relacionados con la experiencia vital propia de cada persona y con su contexto cultural, social y político, convendrá que los evaluadores estén familiarizados con los trastornos más frecuentemente diagnosticados a los supervivientes de traumatismos y torturas. Además, no es infrecuente la presencia de más de un trastorno mental y los trastornos mentales relacionados con traumatismos presentan una comorbilidad considerable. Diversas manifestaciones de ansiedad y depresión son los síntomas más frecuentes derivados de la tortura. No es infrecuente que la sintomatología ya descrita se clasifique dentro de las categorías de ansiedad y trastornos del humor. Los dos sistemas de clasificación más destacados son la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10),¹⁰³ por una parte, y el manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV),¹⁰⁴ por otra parte. Véase una descripción completa de las categorías de diagnóstico en CIE-10 y DSM-IV. El presente examen se centrará en los diagnósticos más frecuentes relacionados con los traumatismos: el trastorno de estrés postraumático, la depresión grave y los cambios duraderos de la personalidad.

¹⁰³ Organización Mundial de la Salud, *Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento y Directrices para el Diagnóstico de la CIE-10*, Ginebra, 1994.

¹⁰⁴ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, 4a. ed., Washington D.C., 1994.

a) Trastornos depresivos

251. Los estados depresivos son casi universales entre los supervivientes de la tortura. En el contexto de la evaluación de las consecuencias de la tortura, es problemático dar por supuesto que el TEPT y la depresión grave son dos entidades morbosas distintas con etiologías claramente diferenciables. Entre los trastornos depresivos figuran la depresión grave, el trastorno depresivo grave de un solo episodio, y los trastornos depresivos recurrentes (más de un episodio). Los trastornos depresivos pueden presentarse con o sin síntomas psicóticos, catatónicos, melancólicos o atípicos. Según el DSM-IV, para poder hacer un diagnóstico del episodio de depresión grave será preciso que en un mismo período de dos semanas se presenten cinco o más de los síntomas que se mencionan a continuación y que representen un cambio del funcionamiento anterior (por lo menos uno de los síntomas deberá ser un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer): 1) estado de ánimo deprimido; 2) clara disminución del interés o el placer en toda o prácticamente toda actividad; 3) pérdida de peso o alteración del apetito; 4) insomnio o hipersomnio; 5) agitación o lentificación psicomotriz; 6) cansancio o pérdida de energía; 7) sensación de inutilidad o de culpa excesiva o inadecuada; 8) disminución de la capacidad de pensamiento o de concentración; y 9) ideas recurrentes de muerte o suicidio. Para poder hacer este diagnóstico es preciso que los síntomas sean causa de una angustia considerable o de grave perturbación del funcionamiento social o profesional, no obedezcan a un trastorno fisiológico y no se expliquen en el marco de otro diagnóstico del DSM-IV.

b) Trastorno de estrés postraumático

252. El diagnóstico que más frecuentemente se asocia a las consecuencias psicológicas de la tortura es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). La asociación entre la tortura y este diagnóstico está bien arraigada entre los profesionales de la salud, los tribunales de inmigración y los legos informados. Así se ha creado la impresión errónea y simplista de que el TEPT es la principal consecuencia psicológica de la tortura.

253. La definición que da el DSM-IV del TEPT se basa sobre todo en la presencia de trastornos de la memoria en relación con el trauma, como, por ejemplo, recuerdos intrusivos, pesadillas e incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. El sujeto puede ser incapaz de recordar con precisión detalles específicos de los actos de tortura pero sí podrá recordar los principales aspectos de su experiencia de la tortura. Por ejemplo, la víctima puede recordar que fue violada en varias ocasiones pero no así las fechas exactas, los lugares donde sucedió y detalles sobre el entorno o los torturadores. En esas circunstancias, la incapacidad de recordar detalles precisos refuerza, en lugar de reducir, la credibilidad de la historia que narra el superviviente. Los principales aspectos de la historia mantendrán su coherencia en las distintas entrevistas. El diagnóstico que la CIE-10 da del TEPT es muy similar al del DSM-IV. Según el DSM-IV, el TEPT puede ser agudo, crónico o diferido. Los síntomas pueden durar más de un mes y el trastorno puede provocar considerable angustia o grave perturbación del funcionamiento de la persona. Para diagnosticar un trastorno de estrés postraumático, es preciso que el sujeto haya estado expuesto a un acontecimiento traumático que haya entrañado experiencias amenazadoras de su vida o de la vida de otros y causado sensaciones intensas de temor, desvalimiento u horror. El acontecimiento habrá de ser revivido persistentemente de una o más de las siguientes maneras: rememoración angustiosa intrusiva del hecho, sueños angustiosos recurrentes del acontecimiento, actuación o sensaciones como si el hecho se repitiera, incluidas alucinaciones, rememoraciones súbitas e ilusiones, intensa angustia psicológica ante la exposición a elementos que hacen recordar el acontecimiento y reactividad fisiológica frente a aspectos que se asemejan al acontecimiento o lo simbolicen.

254. El sujeto dará muestra persistente de que evita todo estímulo asociado al hecho traumático o de un embotamiento general de la reactividad, según un mínimo de tres de los siguientes indicios: 1) esfuerzos por evitar pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionados con el trauma; 2) esfuerzos por

evitar actividades, lugares o personas que recuerden el trauma a la víctima; 3) incapacidad para recordar algún aspecto importante del acontecimiento; 4) disminución del interés por actividades importantes; 5) desapego o distanciamiento de otros; 6) constricción afectiva; y 7) disminución del sentido del futuro. Otra razón para diagnosticar un TEPT según el DSM-IV es la persistencia de síntomas de excitación que no estaban presentes antes del trauma, según un mínimo de dos de los siguientes indicios: dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, irritabilidad o estallidos de cólera, dificultades para la concentración, hipervigilancia y reacciones de sobresalto exagerado.

255. Los síntomas del TEPT pueden ser crónicos o fluctuar durante largos períodos de tiempo. A lo largo de algunos intervalos el cuadro clínico está dominado por los síntomas de hiperexcitabilidad e irritabilidad. En esos momentos el superviviente suele experimentar un aumento de los recuerdos intrusivos, las pesadillas y las rememoraciones súbitas. En otros momentos, puede parecer relativamente asintomático o constreñido y retraído emocionalmente. Debe recordarse que el hecho de que no se satisfagan los criterios de diagnóstico del TEPT no significa que no haya habido tortura. Según la CIE-10, en cierta proporción de los casos el TEPT puede evolucionar crónicamente a lo largo de muchos años con transición ulterior a un cambio de personalidad duradero.

c) Transformación duradera de la personalidad

256. Tras un estrés extremo catastrófico o de carácter prolongado, pueden aparecer trastornos de la personalidad adulta en sujetos que antes no habían padecido ningún trastorno de la personalidad. Entre los tipos de estrés extremo que pueden alterar la personalidad figuran las experiencias en campos de concentración, las catástrofes, una cautividad prolongada con la posibilidad inminente de ser asesinado, la exposición a situaciones amenazadoras de la vida, como el ser víctima del terrorismo, y la tortura. Según la CIE-10, el diagnóstico de transformación duradera de la personalidad sólo se formulará

cuando haya señales de un cambio claro, significativo y persistente de la forma como el individuo percibe, relaciona o piensa habitualmente sobre su entorno y sobre sí mismo, asociado a comportamientos inflexibles y maladaptativos que no se manifestaban antes de la experiencia traumática. El diagnóstico excluye cambios que sean manifestación de otro trastorno mental o síntoma residual de cualquier trastorno mental previo, así como las alteraciones de la personalidad y el comportamiento causadas por enfermedad, disfunción o daño cerebrales.

257. Para poder diagnosticar conforme a la CIE-10 de transformación duradera de la personalidad tras una vivencia catastrófica, es preciso que los cambios de la personalidad se mantengan durante un mínimo de dos años tras la exposición al estrés catastrófico. La CIE-10 especifica que el estrés debe ser tan extremo que “no sea necesario tomar en consideración la vulnerabilidad personal para explicar sus profundos efectos sobre la personalidad”. Esta alteración de la personalidad se caracteriza por una actitud hostil o desconfiada hacia el mundo, el distanciamiento social, sensaciones de vacío o de desesperanza, una impresión crónica de “hallarse al borde”, como ante una amenaza constante, y extrañamiento.

d) Consumo excesivo de sustancias psicotrópicas

258. Los especialistas han observado que los supervivientes de la tortura con frecuencia desarrollan secundariamente un cuadro de alcoholismo y toxicomanía como forma de obliterar los recuerdos traumáticos, regular emociones desagradables y controlar la ansiedad. Aunque es frecuente la presencia simultánea del TEPT y otros trastornos, apenas se han realizado estudios sistemáticos sobre el consumo excesivo de sustancias por supervivientes de la tortura. Las publicaciones relativas a los grupos que sufren el TEPT pueden incluir a supervivientes de la tortura, como refugiados, prisioneros de guerra y ex combatientes de conflictos armados, y pueden aportar algunas ideas. Los estudios de estos grupos revelan que la prevalencia del abuso de sustancias varía entre los distintos grupos étnicos

o culturales. Los ex prisioneros de guerra con TEPT estaban más expuestos al consumo excesivo de sustancias, mientras que los ex combatientes presentaban índices elevados de coexistencia del trastorno de estrés postraumático con el abuso de sustancias.^{105,106, 107, 108, 109, 110, 111 y 112} En resumen, en otros grupos expuestos al trastorno de estrés postraumático se han recogido pruebas importantes en el sentido de que el abuso de sustancias puede acompañar al TEPT en los supervivientes de la tortura.

e) Otros diagnósticos

259. Como se pone de manifiesto en el catálogo de síntomas descrito en esta sección, además del trastorno de estrés postraumático debe considerarse la posibilidad de otros diagnósticos, como el trastorno depresivo grave y la transformación duradera en la personalidad (véase *infra*). Entre los demás diagnósticos posibles figuran los siguientes:

- i) El trastorno de la ansiedad generalizada, caracterizado por una ansiedad y preocupación excesivas acerca de gran diversidad de distintos acontecimientos o actividades, la tensión motriz y un aumento de la actividad del sistema autónomo;
- ii) El trastorno de pánico se manifiesta por ataques recurrentes e inesperados de intenso miedo o incomodidad, e incluye

¹⁰⁵ P. J. Farias, "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15 (1991), pp. 167 a 192.

¹⁰⁶ A. Dadfar, "The Afghans: bearing the scars of a forgotten war", *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, A. Marsella et al., Washington D.C., American Psychological Association, 1994.

¹⁰⁷ G. W. Beebe, "Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners: II: Morbidity, disability, and maladjustments", *American Journal of Epidemiology*, vol. 101, 1975, pp. 400-422.

¹⁰⁸ B. E. Engdahl et al., "Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war", *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, 1998, pp. 1740-1745.

¹⁰⁹ T. M. Keane y J. Wolfe, "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies", *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, Núm. 21, 1990, pp. 1776-1788.

¹¹⁰ R. A. Kulka et al., *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, (New York, Brunner/Mazel, 1990).

¹¹¹ K. Jordan et al., "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, Núm. 3, 1991, pp. 207-215.

¹¹² A. Y. Shalev, A. Bleich, R. J. Ursano, "Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance", *Psychosomatics*, vol. 31, 1990, pp. 197-203.

síntomas como sudoración, ahogo, temblores, aceleración del ritmo cardíaco, mareos, náuseas, escalofríos o sofocos;

iii) El trastorno de estrés agudo presenta esencialmente los mismos síntomas que el TEPT, pero se diagnostica durante el primer mes después de la exposición a la vivencia traumática;

iv) Ciertos trastornos de aspecto somático con síntomas físicos que no se explican por ninguna dolencia;

v) Trastorno bipolar con episodios maníacos o hipomaníacos que se acompañan de un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, ideas de grandeza, reducción de la necesidad de dormir, fuga de ideas, agitación psicomotriz y fenómenos psicóticos asociados;

vi) Trastornos causados por una dolencia general que suele consistir en daño cerebral con fluctuaciones o déficit en el nivel de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento excesivo;

vii) Fobias como la fobia social y la agorafobia.

C. Evaluación psicológica/psiquiátrica

1. Consideraciones éticas y clínicas

260. Las evaluaciones psicológicas pueden hallar indicios críticos de malos tratos entre las víctimas de la tortura por varias razones: con frecuencia la tortura provoca devastadores síntomas psicológicos, los métodos de tortura suelen estar diseñados para no dejar lesiones físicas y los métodos físicos de tortura pueden dejar huellas físicas que desaparecen o son inespecíficas.

261. Las evaluaciones psicológicas facilitan información útil para los exámenes medicolegales, las solicitudes de asilo político, la determinación de las condiciones en las que han podido obtenerse falsas confesiones, el conocimiento de las prácticas regionales de tortura, la identificación de las necesidades terapéuticas de las víctimas y para dar testimonio en las investigaciones relativas

a los derechos humanos. El objetivo general de toda evaluación psicológica consiste en determinar el grado de coherencia que existe entre el relato que el individuo hace de la tortura y las señales psicológicas que se observan en el curso de la evaluación. Con este fin, la evaluación deberá dar una descripción detallada de la historia del individuo, un examen de su estado mental, una evaluación de su funcionamiento social y una formulación de las impresiones clínicas (véanse cap. III, sec. C y cap. IV, sec. E). Siempre que esté indicado se hará un diagnóstico psiquiátrico. Como los síntomas psicológicos son tan prevalentes entre los supervivientes de la tortura, es muy de recomendar que toda evaluación de tortura incluya una evaluación psicológica.

262. Al proceder a una evaluación del estado psicológico y a un diagnóstico clínico siempre se tendrá en cuenta el contexto cultural. Para realizar la entrevista y formular una impresión y conclusión clínicas es fundamental conocer los síndromes específicos de la cultura y las expresiones de angustia vehiculadas por el idioma nativo con el que se comunican los síntomas. Si el entrevistador no tiene un buen conocimiento o no conoce en absoluto el medio cultural de la víctima, es esencial la ayuda de un intérprete. Lo mejor es que el intérprete sea nacional del país de la víctima y conozca el idioma, costumbres, tradiciones religiosas y otras creencias que deben tenerse en cuenta en el curso de la investigación. La entrevista puede despertar temores y desconfianza en la víctima y es posible que le recuerde sus anteriores interrogatorios. Para reducir los efectos de una traumatización adicional, el especialista clínico deberá dar la impresión de que comprende bien cuáles son las experiencias y el medio cultural del sujeto. Aquí no conviene observar la estricta “neutralidad clínica” que se aplica en ciertas formas de psicoterapia, durante las cuales el especialista adopta un papel pasivo y apenas abre la boca. El especialista debe hacer ver que es aliado del sujeto y adoptar una actitud de apoyo exenta de todo juicio.

2. El proceso de la entrevista

263. El especialista clínico debe comenzar la entrevista explicando con detalle qué procedimientos se van a seguir (y las preguntas que se han de hacer sobre los antecedentes psicosociales, incluidos la relación del caso de tortura y el actual funcionamiento psicológico), lo que prepara al sujeto para las difíciles reacciones emocionales que pueden provocar las preguntas. Es preciso que en cualquier momento el entrevistado pueda pedir una pausa e interrumpir la entrevista e incluso suspenderla si el estrés llega a resultarle intolerable, con la posibilidad de una cita ulterior. El especialista ha de ser sensible y empático en la manera de formular sus preguntas, pero permaneciendo siempre objetivo en su evaluación clínica. Al mismo tiempo, el entrevistador debe ser consciente de sus posibles reacciones personales ante el superviviente y las descripciones de tortura que éste haga, que pueden influir sobre sus percepciones y juicios propios.

264. El proceso de la entrevista puede recordar al superviviente los interrogatorios a que fue sometido bajo tortura. Por consiguiente, puede manifestar fuertes sentimientos negativos contra el especialista a cargo como miedo, rabia, rechazo, desvalimiento, confusión, pánico u odio. El especialista debe permitir que se expresen y expliquen esos sentimientos y mostrarse comprensivo ante la difícil situación del sujeto. Además, no se debe descuidar la posibilidad de que la persona aún pueda ser perseguida u oprimida. Cuando sea necesario se evitará toda pregunta sobre actividades clandestinas. Es importante tomar en consideración las razones por las cuales se procede a la evaluación psicológica, pues son éstas las que van a determinar el nivel de confidencialidad que debe respetar el experto. Si la evaluación de la fiabilidad de una denuncia de tortura de un sujeto se ha solicitado en el marco de un proceso judicial iniciado por una autoridad oficial, deberá advertirse a la persona objeto de la evaluación que ello implica el levantamiento del secreto médico en lo que respecta a todas las informaciones presentadas en el informe. Pero si la solicitud de evaluación

psicológica procede de la propia persona torturada, el experto deberá respetar la confidencialidad médica.

265. Los especialistas que realicen evaluaciones físicas o psicológicas deben conocer las reacciones emocionales que las evaluaciones de traumas graves pueden suscitar en el entrevistado y en el entrevistador. Esas reacciones emocionales se denominan transferencia y contratransferencia. Entre las típicas reacciones que experimentan los supervivientes de la tortura, sobre todo si se les está pidiendo que vuelvan a contar o recuerden detalles de su vivencia traumática, figuran la desconfianza, el miedo, la vergüenza, la rabia y los sentimientos de culpabilidad. Se denomina transferencia al conjunto de sentimientos que un superviviente concibe hacia el especialista que guarda relación con sus pasadas experiencias pero se consideran erróneamente dirigidas hacia el especialista personalmente. Por otra parte, la reacción emocional del especialista hacia el superviviente de la tortura, conocida como contratransferencia, puede influir en la evaluación psicológica. Transferencia y contratransferencia son mutuamente interdependientes e interactivas.

266. El posible impacto de las reacciones de transferencia en el proceso de evaluación resulta evidente cuando se considera que una entrevista o un examen que supongan describir y rememorar los detalles de una historia traumática va a exponer a la persona a recuerdos, pensamientos y sensaciones angustiosos e indeseables. Por consiguiente, aunque la víctima de la tortura consienta en la evaluación con la esperanza de beneficiarse de ella, la exposición resultante puede hacerla revivir la propia experiencia traumática. Pueden darse los fenómenos que a continuación se describen.

267. Las preguntas del evaluador pueden ser sentidas por el sujeto como una exposición forzada equivalente a un interrogatorio. Éste puede sospechar que el evaluador tiene motivaciones escotofílicas o sádicas, y el entrevistado puede preguntarse, por ejemplo: “¿Por qué quiere obligarme a describir, hasta el último terrible detalle, lo que me ha sucedido? ¿Cómo se explica que una

persona normal decida ganarse la vida escuchando historias como la mía? Es probable que el evaluador obedezca a alguna motivación extraña”. Puede haber prejuicios contra el evaluador, que nunca ha sido detenido y torturado. Esto puede hacer que el sujeto sienta que el evaluador está del lado del enemigo.

268. El evaluador es percibido como persona en posición de autoridad, lo que suele ser el caso, y por ello no se le pueden confiar ciertos aspectos de la historia traumática. Otras veces, sobre todo cuando el sujeto sigue detenido, éste puede mostrarse demasiado confiado en circunstancias en que el entrevistador no puede garantizarle que no va a haber represalias. Deberán adoptarse todas las precauciones necesarias para impedir que los presos se expongan a riesgos innecesarios confiando ingenuamente en que ese alguien del exterior va a protegerlos. Las víctimas de la tortura pueden temer que la información que se revela en el contexto de una evaluación no se pueda poner a salvo de gobiernos persecutores. El miedo y la desconfianza pueden ser particularmente agudos en casos en los que médicos u otros agentes de salud han sido participantes en el acto de tortura.

269. En muchas circunstancias el evaluador será miembro de la cultura o de la etnia mayoritaria, mientras que el sujeto de la entrevista pertenece a un grupo o cultura minoritarios. Esta dinámica de desigualdad puede reforzar el desequilibrio de poder percibido o real y puede aumentar la posible sensación de miedo, desconfianza y sumisión forzada en el sujeto. En ciertos casos, sobre todo cuando el sujeto sigue detenido, esta dinámica puede dirigirse más al intérprete que al evaluador. Por consiguiente, lo mejor será que el intérprete también venga del exterior y no sea reclutado localmente, de manera que pueda ser considerado por todas las partes como alguien tan independiente como el propio investigador. Por supuesto, en ningún caso se utilizará como intérprete a algún miembro de la familia al cual después las autoridades podrían presionar para que revelase lo tratado en la evaluación.

270. Si el evaluador y el torturador son del mismo sexo, es más fácil que la entrevista le aparezca a la víctima como semejante a la situación de tortura que cuando son de sexos diferentes. Por ejemplo, una mujer que ha sido violada o torturada en prisión por un guardián de sexo masculino experimentará probablemente más angustia, desconfianza y miedo si se enfrenta con un evaluador de ese mismo sexo que si ha de tratar con una entrevistadora. Distinto es el caso de hombres que han sido agredidos sexualmente y que pueden avergonzarse de dar detalles sobre su tortura a una evaluadora. La experiencia ha demostrado que, sobre todo cuando las víctimas siguen detenidas, en todas las sociedades salvo las más tradicionalmente fundamentalistas (donde está excluido que un hombre entreviste y aún menos examine a una mujer), por ejemplo en un caso de violación, puede ser más importante el hecho de que el entrevistador sea un médico al que la víctima pueda formular preguntas precisas que el sexo al que pertenezca. Se han conocido casos de mujeres víctimas de violación sexual que no revelan nada a investigadoras no médicas pero sí solicitan hablar con un médico aunque sea varón para poder hacerle preguntas médicas concretas. Las preguntas típicas se refieren a posibles secuelas, como un embarazo, la capacidad de concebir más adelante o el futuro de las relaciones sexuales en la pareja. En el contexto de las evaluaciones realizadas con fines legales, es fácil que la atención que necesariamente se ha de conceder a los detalles y la precisión de las preguntas relativas a la historia se perciba como una señal de desconfianza o de duda de parte del examinador.

271. A causa de las presiones psicológicas antes mencionadas, los supervivientes pueden sufrir un nuevo traumatismo y verse abrumados por sus recuerdos y, en consecuencia, utilizar o movilizar fuertes defensas que los suman en un profundo retraimiento e indiferencia afectiva en el curso del examen o la entrevista. Para la preparación del informe, el retraimiento y la indiferencia oponen especiales dificultades ya que la víctima de la tortura puede verse en la incapacidad de comunicar efectivamente su historia y sus sufrimientos actuales, por muy beneficioso que ello pueda resultarle.

272. Las reacciones de contratransferencia suelen ser inconscientes y precisamente por serlo pueden plantear problemas. Es absolutamente normal tener sentimientos cuando se escucha a alguien que habla de su tortura. Esos sentimientos pueden atentar contra la eficacia del especialista clínico, pero si éste los comprende pueden servirle de guía. Los médicos y psicólogos que intervienen en la evaluación y el tratamiento de víctimas de tortura están de acuerdo en que el conocimiento y la comprensión de las reacciones típicas de contratransferencia son fundamentales pues ésta puede limitar considerablemente la capacidad de evaluar y documentar las consecuencias físicas y psicológicas de la tortura. Para bien documentar la tortura y otras formas de malos tratos, es preciso que se lleguen a comprender bien las motivaciones personales que inducen a trabajar en este sector. Hay consenso en que los profesionales que se dedican habitualmente a realizar este tipo de exámenes deben obtener supervisión y apoyo profesional de colegas experimentados en este campo. Entre las más frecuentes reacciones de contratransferencia figuran:

- i) Evitación, retraimiento e indiferencia defensiva en reacción a la exposición a material perturbador. Esto puede hacer que se olviden algunos detalles y se subestime la gravedad de las consecuencias físicas o psicológicas.
- ii) Desilusión, desalimiento, desesperanza y sobreidentificación, que pueden provocar síntomas de depresión o de traumatización vicaria, como pesadillas, ansiedad y miedo.
- iii) Sensación de omnipotencia y grandeza, que llevan al individuo a sentirse el salvador, el gran experto en traumas o la última esperanza de recuperación y bienestar del superviviente.
- iv) Sentimientos de inseguridad acerca de las propias aptitudes profesionales frente a la gravedad de la historia o los sufrimientos comunicados. Esto se puede manifestar en falta de confianza en la propia capacidad para hacer justicia al

superviviente y una preocupación poco realista por normas médicas idealizadas.

v) Los sentimientos de culpa por no compartir la experiencia de tortura del superviviente y su dolor o por la conciencia de lo que no se ha hecho en el plano político pueden dar lugar a actitudes demasiado sentimentales o idealizadas hacia el superviviente.

vi) La indignación y la rabia contra los torturadores y persecutores son de esperar, pero pueden ir en menoscabo de la objetividad si están abonados por experiencias personales no concientizadas y de esta forma volverse crónicas o excesivas.

vii) La exposición a niveles desacostumbrados de ansiedad puede provocar indignación o repugnancia contra la víctima. Esto también puede suceder si el sujeto se siente utilizado por la víctima cuando el especialista tiene dudas acerca de la veracidad de la historia de tortura narrada y la víctima tenga probabilidades de beneficiarse de una evaluación que documenta las consecuencias del presunto incidente.

viii) Algunas diferencias importantes entre los sistemas de valores culturales del especialista y los del individuo que sostiene haber sido torturado pueden ser la creencia en mitos relativos a ciertos grupos étnicos, las actitudes de condescendencia y la subestimación del grado de desarrollo del individuo o de su perspicacia. En sentido contrario, cuando los especialistas son miembros del mismo grupo étnico que la víctima podría formarse una alianza no verbalizada que también vendría a menoscabar la objetividad de la evaluación.

273. La mayor parte de los especialistas consideran que muchas de las reacciones de contratransferencia no son meros ejemplos de distorsión sino que son fuentes importantes de información acerca del estado psicológico de la víctima de la tortura. La eficacia del especialista puede verse comprometida cuando la contratransferencia es objeto de acción y no de reflexión.

Se aconseja a los especialistas encargados de la evaluación y el tratamiento de las víctimas de la tortura que examinen sus reacciones de contratransferencia y, siempre que sea posible, obtengan supervisión y asesoramiento de un colega.

274. Las circunstancias pueden exigir que las entrevistas sean realizadas por un especialista que no pertenezca al mismo grupo cultural o lingüístico que el superviviente. Para esos casos existen dos posibles estrategias, cada una de las cuales ofrece sus ventajas y sus inconvenientes. El entrevistador puede utilizar la traducción literal, palabra por palabra, que le da un intérprete (véase cap. IV, sec. I). Otra posibilidad es que el entrevistador dé un enfoque bicultural a la entrevista. Este enfoque consiste en recurrir a un equipo entrevistador compuesto por el especialista que investiga y un intérprete, que facilita la interpretación lingüística y al mismo tiempo explica el significado cultural de acontecimientos, vivencias, síntomas y expresiones. Con frecuencia el especialista no percibe los factores culturales, religiosos y sociales de interés, de forma que un buen intérprete será capaz de señalar esos factores y explicar su importancia al médico. Si el entrevistador se basa estrictamente en una interpretación literal, palabra por palabra, no podrá disponer de este tipo de interpretación en profundidad de la información. Por otra parte, si se espera que los intérpretes señalen al especialista los factores culturales, religiosos y sociales importantes, es fundamental que al mismo tiempo se abstengan de influir en modo alguno sobre las respuestas que la persona torturada dé a las preguntas del médico. Cuando no se utilice una traducción literal, el especialista se asegurará de que las respuestas del entrevistado, tal como se las comunica el intérprete, representan exactamente lo que la persona haya dicho, sin ninguna adición o supresión por el intérprete. Sea cual fuere la estrategia adoptada, en la elección de un intérprete serán criterios importantes su identidad y su afiliación étnica, cultural y política. Es preciso que la víctima de la tortura confíe en que el intérprete comprende bien lo que está diciendo y puede comunicarlo con exactitud al especialista investigador.

En ningún caso se permitirá que el intérprete sea un agente de la ley ni un funcionario público. A fin de respetar la intimidad, tampoco se utilizará como intérprete a ningún miembro de la familia. El equipo investigador deberá elegir a un intérprete independiente.

3. Componentes de la evaluación psicológica/psiquiátrica

275. En la introducción se mencionará la entidad que envía al sujeto y se hará un resumen de las fuentes colaterales (por ejemplo, expedientes médicos, jurídicos y psiquiátricos) y una descripción de los métodos de evaluación utilizados (entrevistas, inventarios de síntomas, listas de comprobación y pruebas neuropsicológicas).

a) Historia de las tortura y malos tratos

276. Se harán esfuerzos por recoger la historia completa de las torturas, persecuciones y otras experiencias traumáticas importantes (véanse cap. IV, sec. 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 luego pasar a los detalles de las experiencias de tortura. Es preciso que el entrevistador conozca las cuestiones jurídicas pertinentes ya que éstas determinarán la naturaleza y la cantidad de información necesaria para bien documentar los hechos.

b) Quejas psicológicas actuales

277. La determinación del funcionamiento psicológico actual constituye el núcleo de la evaluación. Como los prisioneros de guerra gravemente brutalizados y las víctimas de violación sexual muestran en un 80 a 90% de los casos una prevalencia de por vida del trastorno de estrés postraumático, será preciso formular preguntas concretas relativas a las tres categorías de trastorno de estrés postraumático del DSM-IV (retorno de la experiencia del acontecimiento traumático, evitación, embotamiento de

la reactividad, incluida la amnesia, y excitación).¹¹³ y ¹¹⁴ Se describirán en detalle los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales, y se especificará la frecuencia, con ejemplos, de pesadillas, alucinaciones y reacciones de sobresalto. La ausencia de síntomas puede deberse a la naturaleza episódica y con frecuencia diferida del trastorno de estrés postraumático o a que se nieguen los síntomas a causa de la vergüenza.

c) Historia posterior a la tortura

278. En esta parte de la evaluación psicológica se trata de obtener información sobre las actuales circunstancias de la vida del sujeto. Es importante investigar las fuentes actuales de estrés como, por ejemplo, separación o pérdida de seres queridos, huida del país de origen o vida en el exilio. Además, el entrevistador deberá investigar qué capacidad tiene la persona de ser productiva, ganarse la vida y ocuparse de su familia, así como con qué apoyos sociales puede contar.

d) Historia previa a la tortura

279. Si corresponde, describir la infancia, adolescencia y entrada en la vida adulta de la víctima, así como su entorno familiar, morbilidad familiar y composición de la familia. Deberá asimismo hacerse una descripción de la escolaridad de la víctima y su vida laboral. Describir todo caso de traumas antiguos, como malos tratos durante la infancia, traumas de guerra o violencia doméstica, así como el medio cultural y religioso de la víctima.

280. La descripción de los traumatismos previos es importante para evaluar el estado de salud mental y el nivel de funcionamiento psicosocial de la víctima de la tortura antes de la experiencia traumática. De esta forma el entrevistador puede comparar el actual estado de salud mental con el que presentaba el sujeto antes de la tortura. Para evaluar los antecedentes el entrevistador deberá tener en cuenta que la duración y gravedad de las

¹¹³ B. O. Rothbaum *et al.*, "A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 5, 1992, pp. 455-475.

¹¹⁴ P. B. Sutker *et al.*, "Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, 1991, pp. 62-72.

respuestas al trauma se ven afectadas por múltiples factores. Algunos de estos factores, no los únicos, son las circunstancias de la tortura, la percepción e interpretación de la tortura por parte de la víctima, el contexto social antes, durante y después de la tortura, los recursos de la comunidad y de las personas cercanas, y sus valores y actitudes con respecto a las experiencias traumáticas, así como diversos factores políticos y culturales, la gravedad y la duración de los hechos traumáticos, los factores de vulnerabilidad genética y biológica, la fase de desarrollo y edad de la víctima, la historia previa de traumas y la personalidad preexistente. En muchos casos, por falta de tiempo y otros problemas, puede ser difícil obtener toda esta información en las entrevistas. De todas formas, es importante conseguir datos suficientes acerca del estado mental y el funcionamiento psicosocial anteriores del sujeto para hacerse una idea de la medida en que la tortura ha contribuido a los problemas psicológicos.

e) Historia clínica

281. La historia clínica resume las condiciones de salud antes del trauma, el estado actual, los dolores corporales, las quejas de tipo somático, las medicinas utilizadas y sus efectos secundarios, aspectos importantes de la vida sexual, intervenciones quirúrgicas anteriores y otros datos médicos (véase cap. V, sec. B).

f) Historia psiquiátrica

282. Deberá interrogarse a la persona sobre sus antecedentes de trastornos mentales o psicológicos, la naturaleza de los problemas, y si ha recibido tratamiento o ha necesitado hospitalización psiquiátrica. También se le interrogará acerca de su uso terapéutico anterior de medicinas psicotrópicas.

g) Antecedentes de uso y abuso de sustancias psicotrópicas

283. El médico deberá preguntar al sujeto si ha consumido sustancias psicotrópicas antes y después de la tortura, si se han producido cambios en la modalidad de uso y si está utilizando

sustancias para hacer frente al insomnio o a sus problemas psicológicos/psiquiátricos. Las sustancias en cuestión son no sólo alcohol, cannabis y opio, sino también sustancias que se utilizan abusivamente en las regiones como la nuez de betel y otras muchas.

h) Examen del estado mental

284. El examen del estado mental comienza en el momento en que el especialista 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 cognitivo (orientación, memoria a largo plazo, rememoración intermedia y rememoración inmediata).

i) Evaluación del funcionamiento social

285. El trauma y la tortura pueden, directa e indirectamente, dañar la capacidad funcional de la persona. Además, la tortura puede causar indirectamente disfunciones e invalideces cuando las consecuencias psicológicas de la experiencia alteran la capacidad del individuo para cuidar de sí mismo, ganarse la vida, mantener a la familia o proseguir sus estudios. El especialista 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 propio estado de salud, que hable de la presencia o ausencia de una sensación de cansancio crónico y que comunique los cambios que eventualmente haya experimentado en su funcionamiento general.

j) Pruebas psicológicas y utilización de listas de comprobación y cuestionarios

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

k) Opinión clínica

287. Para formular una opinión clínica a fin de informar sobre signos psicológicos de tortura, deberán formularse las siguientes preguntas importantes:

- i) ¿Hay una concordancia entre los signos psicológicos y la denuncia de tortura?
- ii) ¿Se puede decir que los signos psicológicos observados constituyen reacciones esperables o típicas frente a 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 traumas, ¿cuál sería el marco temporal en relación con los hechos de tortura? ¿En qué punto del proceso de recuperación se encuentra el sujeto?
- iv) ¿Cuáles son los factores de estrés coexistentes que afectan al 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 la detención.

vi) ¿Hace pensar el cuadro clínico que la denuncia de tortura es falsa?

288. El especialista deberá dar su opinión sobre la coherencia de los signos psicológicos y la medida en que éstos guardan relación con los presuntos malos tratos. Deberán describirse el estado emocional y la expresión de la persona durante la entrevista, sus síntomas, la historia de detención y tortura y la historia personal anterior a la tortura. Se tomará nota de factores como la aparición de síntomas específicos relacionados con el trauma, la especificidad de todos los signos psicológicos y las modalidades de funcionamiento psicológico. También se considerarán factores adicionales como la migración forzada, el reasentamiento, dificultades de aculturación, problemas de idioma, desempleo, pérdida del hogar y situación familiar o social. Se evaluará y describirá la relación y la concordancia entre los acontecimientos y los síntomas. Ciertas condiciones físicas, como los traumatismos craneales o las lesiones cerebrales, pueden requerir una evaluación más detallada. Tal vez sea recomendable proceder a evaluaciones neurológicas o neuropsicológicas.

289. Si el superviviente presenta una sintomatología acorde con algún diagnóstico psiquiátrico del DSM-IV o de la CIE-10, se especificará el diagnóstico. Puede ser aplicable más de un diagnóstico. También en este caso debe advertirse que si bien un diagnóstico de trastorno mental relacionado con un trauma apoya una denuncia de tortura, el hecho de que no se reúnan los criterios de diagnóstico psiquiátrico no significa que el sujeto no haya sido torturado. El superviviente de la tortura puede no reunir el conjunto de síntomas necesario para

satisfacer plenamente los criterios de diagnóstico de alguna entidad del DSM-IV o de la CIE-10. En estos casos, como en otros, los síntomas que presente el superviviente y la historia de la tortura que afirme haber experimentado se considerarán como un todo. Se evaluará y describirá en el informe el grado de coherencia que exista entre la historia de tortura y los síntomas que el sujeto comunique.

290. Es importante tener en cuenta que ciertas personas hacen denuncias falsas de tortura por muy diversas razones, mientras que otras pueden exagerar experiencias relativamente triviales por razones personales o políticas. El investigador deberá tener siempre presentes esas posibilidades y tratar de identificar posibles razones para la exageración o invención. De todas formas, el especialista no debe olvidar que tal invención exige un conocimiento detallado de la sintomatología relacionada con los traumas que muy poca gente posee. Todo testimonio puede presentar incoherencias por diversas razones válidas, como problemas de memoria resultantes de una lesión cerebral, confusión, disociación, diferencias culturales en la percepción del tiempo o fragmentación y represión de recuerdos traumáticos. Para documentar con eficacia los indicios psicológicos de la tortura es necesario que el especialista tenga la capacidad necesaria para hacer en su informe una evaluación de coherencias e incoherencias. Si el entrevistador sospecha que hay invención, habrán de preverse entrevistas adicionales que permitan aclarar cualquier incoherencia que figure en el informe. También familiares o amigos podrán tal vez corroborar ciertos detalles de la historia. Si el especialista realiza exámenes adicionales y sigue sospechando que hay invención, deberá remitir el sujeto a otro especialista y pedir la opinión de su colega. La sospecha de invención se documentará con la opinión de dos especialistas.

I) Recomendaciones

291. Las recomendaciones que resulten de la evaluación psicológica dependerán de la cuestión planteada junto con la solicitud de evaluación. Puede tratarse de cuestiones de tipo legal y judicial o de solicitudes de asilo o reasentamiento o de

la necesidad de un tratamiento. Las recomendaciones pueden ir en el sentido de que se realice una nueva evaluación, por ejemplo pruebas neuropsicológicas, o un tratamiento médico o psiquiátrico o de señalar la necesidad de seguridad o asilo.

4. Evaluación neuropsicológica

292. La neuropsicología clínica es una ciencia aplicada que se ocupa de las manifestaciones conductuales de una disfunción cerebral. La evaluación neuropsicológica, en particular, se ocupa de la medición y clasificación de los trastornos del comportamiento asociados al daño cerebral orgánico. Desde hace mucho tiempo se reconoce que esta disciplina es útil para poder diferenciar entre los trastornos neurológicos y psicológicos, así como para orientar el tratamiento y la rehabilitación de pacientes que sufren las consecuencias de daños cerebrales de diversos niveles. Las evaluaciones neuropsicológicas de supervivientes de la tortura no son muy frecuentes y hasta la fecha no se han publicado estudios al respecto. Por consiguiente, a continuación sólo van a exponerse algunos principios generales para ayudar a los agentes de salud a comprender la utilidad y las indicaciones de la evaluación neuropsicológica de las personas que presuntamente han sido torturadas. Antes de examinar los aspectos de la utilidad y las indicaciones, es esencial reconocer las limitaciones que tiene la evaluación neuropsicológica con este grupo de sujetos.

a) Limitaciones de la evaluación neuropsicológica

293. Existen varios factores que suelen complicar la evaluación de los supervivientes de la tortura en general, que ya se han señalado en otra parte de este manual. Son factores que inciden en la evaluación neuropsicológica del mismo modo que en los exámenes médicos o psicológicos. La evaluación neuropsicológica puede verse limitada por cierto número de factores adicionales, como la falta de estudios sobre los supervivientes de la tortura, la utilización de normas basadas en la población, las diferencias culturales y lingüísticas y la traumatización añadida de aquellos que ya han experimentado la tortura.

294. Como ya se mencionó, son muy escasas las referencias que se hacen en los estudios publicados a la evaluación neuropsicológica de víctimas de la tortura. Los estudios pertinentes se refieren a diversos tipos de traumatismos craneales y a la evaluación neuropsicológica de los casos de trastorno de estrés postraumático en general. Por consiguiente, la exposición que sigue y las interpretaciones ulteriores de evaluaciones neuropsicológicas se basan necesariamente en la aplicación de principios generales utilizados con otros grupos de sujetos.

295. La evaluación neuropsicológica tal como se ha desarrollado y practicado en los países occidentales sigue sobre todo una estrategia actuarial. Se trata normalmente de comparar los resultados obtenidos con una batería de pruebas estandarizadas con unas normas basadas en la población. Aunque las interpretaciones con referencia a las normas de las evaluaciones neuropsicológicas pueden complementarse mediante la técnica de Lurian de análisis cuantitativos, sobre todo cuando la situación clínica lo exige, predomina la utilización de la estrategia actuarial.^{115 y 116} Los resultados de las pruebas se utilizan en mayor medida cuando el daño cerebral es leve a moderado que cuando es grave, o cuando se piensa que las insuficiencias neuropsicológicas son secundarias a un trastorno psiquiátrico.

296. Las diferencias culturales y lingüísticas pueden limitar considerablemente la utilidad y aplicabilidad de la evaluación neuropsicológica a las presuntas víctimas de tortura. La validez de las evaluaciones neuropsicológicas es dudosa cuando no se dispone de traducciones estándar de las pruebas y el examinador clínico no domina el idioma del sujeto. Si no se dispone de traducciones estándar de las pruebas y el examinador no domina el idioma del sujeto, la parte verbal de las pruebas no puede aplicarse ni puede obtenerse de ella ninguna interpretación significativa. Esto significa que sólo se pueden aplicar las

¹¹⁵ A. R. Luria y L. V. Majovski, "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology", *American Psychologist*, vol. 32, Núm. 11, 1977, pp. 959-968.

¹¹⁶ R. J. Ivnik, "Overstatement of differences", *American Psychologist*, vol. 33, Núm. 8, 1978, pp. 766 y 767.

pruebas no verbales, de manera que tampoco pueden hacerse comparaciones entre facultades verbales y no verbales. Además, resulta más difícil proceder al análisis de las insuficiencias de lateralización (o de localización). Sin embargo, este análisis suele ser útil debido a la organización asimétrica del cerebro, cuyo hemisferio izquierdo es normalmente dominante en lo que se refiere a la palabra. Si no se dispone de normas basadas en la población correspondientes al grupo cultural y lingüístico del sujeto, también será dudosa la validez de la evaluación neuropsicológica. El cálculo del coeficiente intelectual constituye un punto de referencia central para que los examinadores puedan dar la perspectiva adecuada a los resultados obtenidos en la prueba neuropsicológica. Así, por ejemplo, en la población de los Estados Unidos estos cálculos se obtienen con frecuencia a partir de subseries verbales utilizando escalas de Wechsler, en particular la subescala de información, pues cuando hay daño orgánico cerebral los conocimientos fácticos adquiridos tienen menos probabilidades de sufrir deterioro que otras funciones, y serán más representativos de la anterior capacidad de aprendizaje que otras medidas. Las mediciones pueden asimismo basarse en los antecedentes de escolaridad y trabajo, así como en los datos demográficos. Evidentemente, ninguna de estas dos consideraciones es aplicable a sujetos para los que no se han establecido normas basadas en la población. Por consiguiente, en estos casos sólo se podrá hacer un cálculo aproximado del funcionamiento intelectual anterior al trauma. En consecuencia, puede resultar difícil de interpretar un daño neuropsicológico que no llegue a ser grave ni moderado.

297. La evaluación neuropsicológica puede infligir un nuevo traumatismo al sujeto que ha sido sometido a tortura. En cualquier forma de procedimiento de diagnóstico será preciso tener sumo cuidado para reducir al mínimo una eventual traumatización adicional del sujeto (véase cap. IV, sec. H). Por citar tan sólo un ejemplo evidente con respecto a las pruebas neuropsicológicas, podría ser muy perjudicial para la persona el someterla a la técnica estándar de la batería Halstead-Reitan, en particular a la prueba de desempeño táctil (Tactual Performance

Test - TPT), y vendarle rutinariamente la vista. Para la mayor parte de las víctimas que durante su detención y tortura fueron sometidas a esta práctica, e incluso para las que no lo fueron, sería muy traumatizante vivir la experiencia de desvalimiento inherente a este procedimiento. De hecho, cualquier tipo de prueba neuropsicológica puede por sí mismo ser problemático, independientemente del instrumento que se utilice. El hecho de ser observado, de verse cronometrado, de que se le exija el máximo esfuerzo para realizar una tarea desconocida, además de que se le pida que actúe, en lugar de mantener un diálogo, puede resultar excesivamente estresante para el sujeto o recordarle la experiencia de tortura.

b) Indicaciones de la evaluación neuropsicológica

298. Para evaluar cualquier insuficiencia del comportamiento en presuntas víctimas de tortura, la evaluación neuropsicológica tiene dos indicaciones fundamentales: lesión cerebral y trastorno de estrés postraumático más diagnósticos afines. Cuando ambas series de condiciones se solapan en ciertos aspectos, y con frecuencia van a coincidir, sólo la primera ha de representar una aplicación típica y tradicional de la neuropsicología clínica, mientras que la segunda es relativamente nueva, no está bien investigada y es un tanto problemática.

299. Las lesiones cerebrales y el daño cerebral resultante pueden ser consecuencia de diversos tipos de traumatismos craneales y trastornos metabólicos sufridos durante períodos de persecución, detención y tortura. Puede tratarse de heridas de bala, envenenamientos, malnutrición por falta de alimentos o por ingestión forzada de sustancias peligrosas, efectos de la hipoxia o anoxia resultante de la asfixia o del casi ahogamiento y, más frecuentemente, de golpes en la cabeza recibidos con las palizas. Son frecuentes los golpes en la cabeza administrados durante períodos de detención y tortura. Por ejemplo, en una muestra de supervivientes de la tortura, los golpes en la cabeza representaban la segunda forma más frecuentemente citada de maltrato corporal (45%) después de los golpes en el cuerpo

(58%).¹¹⁷ La posibilidad de daño cerebral es frecuente entre las víctimas de la tortura.

300. Las lesiones craneales cerradas que provocan daño leve a moderado a largo plazo son probablemente las causas más frecuentes de anomalía neuropsicológica. Aunque entre los signos de traumatismo pueden figurar cicatrices en la cabeza, en general las lesiones cerebrales no se pueden detectar mediante las técnicas de formación de imágenes del cerebro. Es posible que los niveles medios a moderados de daño cerebral pasen inadvertidos o sean subestimados por los profesionales de salud mental porque es probable que los síntomas de depresión y de trastorno de estrés postraumático figuraren en el primer plano del cuadro clínico, por lo cual se prestará menos atención a los posibles efectos de los traumatismos craneales. En general, entre las quejas subjetivas de los supervivientes figuran dificultades de atención, concentración y memoria a corto plazo, que pueden ser el resultado bien de daño cerebral o bien del trastorno de estrés postraumático. Como estas quejas son frecuentes entre los supervivientes que padecen el trastorno de estrés postraumático, ni siquiera se plantea la cuestión de si no se deberán realmente a una lesión craneal.

301. En una fase inicial de la exploración, el diagnóstico deberá basarse en la historia que el sujeto comunique de traumatismos craneales y también en la evolución de la sintomatología. Como suele suceder con los sujetos que padecen lesiones cerebrales, puede ser útil la información obtenida de terceros, en particular de familiares. Debe recordarse que los sujetos con lesión cerebral tienen con frecuencia gran dificultad para expresar o incluso para apreciar sus limitaciones, ya que se hallan, por así decirlo, en “el interior” del problema. Para recoger unas primeras impresiones con respecto a la diferencia existente entre el daño cerebral orgánico y el trastorno de estrés postraumático, será útil como punto de partida la evaluación de la cronicidad de

¹¹⁷ H. C. Traue, G. Schwarz-Langer y N. F. Gurrus, “Extremtraumatisierung durch Folter: Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer”, *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, vol. 18, Núm. 1, 1997, pp. 41-62.

los síntomas. Si se observa que los síntomas de reducción de la atención, la concentración y la memoria fluctúan a lo largo del tiempo y paralelamente varían los niveles de ansiedad y depresión, lo más probable es que el cuadro se deba al carácter ondulatorio que presenta el trastorno de estrés postraumático. Por otra parte, si la insuficiencia parece crónica, no fluctúa y lo confirman los miembros de la familia, deberá considerarse la posibilidad de daño cerebral, incluso si en un primer momento no se conoce una clara historia de traumatismo craneal.

302. En el momento en que sospecha la existencia de daño cerebral orgánico, lo primero que debe hacer el profesional de salud mental es considerar la conveniencia de remitir al sujeto a un médico para un examen neurológico más detallado. Según sean sus primeros hallazgos, el médico consultará después a un neurólogo o solicitará pruebas de diagnóstico. Entre las posibilidades que deben considerarse figuran un reconocimiento médico exhaustivo, una consulta neurológica especializada y una evaluación neuropsicológica. El uso de los procedimientos de evaluación neuropsicológica está indicado en general cuando no existe una grave perturbación neurológica, cuando los síntomas comunicados son predominantemente de carácter cognitivo o cuando se debe hacer un diagnóstico diferencial entre daño cerebral y trastorno de estrés postraumático.

303. La selección de pruebas y procedimientos neuropsicológicos está sujeta a las limitaciones antes especificadas y, por consiguiente, no puede ceñirse al esquema de la batería estándar de pruebas sino que debe ser específica para cada caso y sensible a las características individuales. La flexibilidad que se requiere para la selección de las pruebas y procedimientos exige del examinador considerable experiencia, conocimientos y prudencia. Como ya se ha dicho, la serie de instrumentos que ha de utilizarse se limitará con frecuencia a las pruebas no verbales, y las características psicométricas de todas las pruebas estándar se verán con frecuencia menoscabadas cuando las normas basadas en la población no sean aplicables a un determinado sujeto. La ausencia de mediciones verbales supone una limitación

muy importante. Muchos de los aspectos del funcionamiento cognitivo son mediados a través del lenguaje y normalmente se utilizan comparaciones sistemáticas entre diversas mediciones verbales y no verbales para obtener conclusiones con respecto a la naturaleza de las insuficiencias.

304. Viene a complicar aún más el asunto el hecho de que entre los resultados de las pruebas no verbales se han podido encontrar considerables diferencias entre grupos culturales estrechamente relacionados. Por ejemplo, en una investigación se comparó el rendimiento de muestras aleatorias basadas en la comunidad de 118 personas de edad avanzada y de lengua inglesa y de 118 personas de la misma edad y de lengua española por medio de una breve batería de pruebas neuropsicológicas.¹¹⁸ Las muestras se habían seleccionado al azar y equiparado desde el punto de vista demográfico. Pero aunque los resultados obtenidos con las mediciones verbales fueron similares, los sujetos de lengua española obtuvieron resultados considerablemente inferiores en casi todas las mediciones no verbales. Estos resultados indican la conveniencia de actuar con cautela a la hora de utilizar mediciones no verbales y verbales para evaluar a personas que no son de lengua inglesa cuando se trate de pruebas preparadas para sujetos de lengua inglesa.

305. La elección de los instrumentos y procedimientos en la evaluación neuropsicológica de las presuntas víctimas de la tortura estará a cargo del propio especialista a cargo, que las seleccionará en función de las demandas y posibilidades de la situación. Las pruebas neuropsicológicas no se pueden aplicar eficazmente si no se posee una formación y conocimientos exhaustivos sobre las relaciones entre cerebro y comportamiento. En la bibliografía común pueden hallarse listas completas de procedimientos y pruebas neuropsicológicas, con instrucciones para su correcta aplicación.¹¹⁹

¹¹⁸ D. M. Jacobs *et al.*, "Cross-cultural neuropsychological assessment: a comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adults", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol. 19, Núm. 3, 1997, pp. 331-339.

¹¹⁹ O. Spreen y E. Strauss, *A Compendium of Neuropsychological Tests*, 2a. edición, New York, Oxford University Press, 1998.

c) Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

306. De todo lo dicho cabe deducir que es preciso actuar con sumo cuidado cuando se proceda a la evaluación neuropsicológica del daño cerebral de las presuntas víctimas de la tortura. Ello será aún más necesario cuando se trate de diagnosticar mediante la evaluación neuropsicológica la presencia de TEPT en los presuntos supervivientes. Incluso cuando se trate de evaluar la posibilidad de TEPT en sujetos para los cuales se disponga de normas basadas en la población, habrá que tener en cuenta la existencia de considerables dificultades. El TEPT es un trastorno psiquiátrico y tradicionalmente no ha sido el objetivo primordial de la evaluación neuropsicológica. Además, el TEPT no se conforma al clásico paradigma de un análisis de lesiones cerebrales identificables que pueda ser confirmado mediante técnicas médicas. Al haberse concedido una mayor importancia y al haberse comprendido mejor los mecanismos biológicos que intervienen en los trastornos psiquiátricos en general, se ha ido recurriendo cada vez a los paradigmas neuropsicológicos. Pero, como se ha dicho, “hasta la fecha es poco lo que se ha escrito sobre el TEPT desde una perspectivaneuropsicológica”.¹²⁰

307. Las muestras utilizadas para el estudio de mediciones neuropsicológicas en el estrés postraumático son muy variables. Esto puede explicar la variabilidad de los problemas cognitivos notificados por esos estudios. Se ha señalado que “las observaciones clínicas indican que los síntomas de TEPT se solapan sobre todo con los campos neurocognitivos de la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo”. Esto estaría de acuerdo con las quejas que suelen tener los supervivientes de la tortura. Estas personas se quejan de dificultades de concentración y de que se sienten incapaces de retener información y realizar actividades planificadas y con objetivos concretos.

308. Al parecer, con los métodos de evaluación neuropsicológica pueden identificarse las insuficiencias neurocognitivas presentes

¹²⁰ J. A. Knight, “Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder”, *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, J. P. Wilson and T. M. Keane, eds., Nueva York, Guilford Press, 1997.

en el TEPT, pese a que resulta más difícil demostrar la especificidad de esos déficit. Algunos estudios han documentado la presencia de déficit en sujetos con TEPT por comparación con testigos normales, pero no han llegado a diferenciar a estos sujetos de testigos psiquiátricos equiparados.^{121 y 122} En otras palabras, es probable que los déficit neurocognitivos revelados por las pruebas sean evidentes en casos de TEPT, pero insuficientes para su diagnóstico. Como en otros muchos tipos de evaluación, la interpretación de los resultados de las pruebas debe integrarse al contexto más amplio de la información obtenida en la entrevista y posiblemente en pruebas de personalidad. En este sentido, los métodos específicos de evaluación neuropsicológica pueden contribuir a la documentación del TEPT de la misma manera que pueden hacerlo con respecto a otros trastornos psiquiátricos asociados a déficit neurocognitivos conocidos.

309. Pese a sus considerables limitaciones, la evaluación neuropsicológica puede ser útil para evaluar a personas sospechosas de padecer una lesión cerebral y distinguir el daño cerebral del TEPT. La evaluación neuropsicológica puede servir también para evaluar síntomas específicos, como los problemas de memoria que acompañan al TEPT y otros trastornos afines.

5. Los niños y la tortura

310. La tortura puede afectar a un niño directa o indirectamente. El impacto puede deberse a que el niño ha sido torturado o detenido, a la tortura infligida a sus padres o familiares próximos o a que el niño ha sido testigo de torturas y violencia. Cuando se tortura a personas del entorno del niño, el impacto sobre éste es inevitable, aunque sea indirecto, pues la tortura afecta a toda la familia y la comunidad de sus víctimas. No entra dentro del ámbito de este manual el hacer una exposición completa de los efectos psicológicos que la tortura puede tener sobre los niños, ni dar orientaciones completas para la evaluación del niño que

¹²¹ J. E. Dalton, S. L. Pederson y J. J. Ryan, "Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance", *International Journal of Clinical Neuropsychology*, vol. 11, Núm. 3, 1989, pp. 121-124.

¹²² T. Gil *et al.*, "Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 3, Núm. 1, 1990, pp. 29-45.

ha sido torturado. De todas formas, se pueden resumir algunos puntos importantes.

311. En primer lugar, cuando se evalúa a un niño que se sospecha ha sufrido o presenciado actos de tortura, el especialista debe asegurarse de que el niño en cuestión cuenta con el apoyo de personas solícitas y que durante la evaluación se siente en seguridad. Puede ser necesario que durante la evaluación esté presente su padre, su madre o alguien de confianza que cuide de él. En segundo lugar, el especialista debe tener en cuenta que con frecuencia el niño no expresa sus pensamientos y emociones verbalmente con respecto al trauma sino más bien en su comportamiento.¹²³ El grado en que los niños puedan verbalizar sus pensamientos y afectos depende de su edad, su grado de desarrollo y otros factores, como la dinámica familiar, las características de la personalidad y las normas culturales.

312. Si un niño ha sido física o sexualmente agredido, es importante, siempre que sea posible, que el niño sea examinado por un experto en malos tratos infantiles. El examen genital de los niños, que probablemente será una experiencia traumática, deberá quedar a cargo de personal médico especializado en la interpretación de los signos observados. A veces conviene tomar grabación en vídeo del examen de manera que otros expertos puedan dar su opinión acerca de los signos físicos hallados sin que el niño tenga que ser sometido a una nueva exploración. Puede no ser apropiado realizar exámenes genitales o anales completos sin anestesia general. Además, el examinador deberá ser consciente de que la exploración en sí misma puede hacer recordar la agresión a la víctima y es posible que ésta se ponga a llorar súbitamente o sufra una descompensación psicológica durante el examen.

a) Consideraciones relativas al desarrollo

313. Las reacciones del niño a la tortura dependen de la edad, su grado de desarrollo y sus aptitudes cognitivas. Cuanto

¹²³ C. Schlar, "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture" (documento inédito), 1999.

más pequeño es el niño, más influirán sobre su experiencia y comprensión del acontecimiento traumático las reacciones y actitudes que inmediatamente después del acontecimiento manifiesten las personas que cuidan de él.¹²⁴ Tratándose de niños de 3 años o menos que hayan experimentado o presenciado tortura, es fundamental el papel protector y tranquilizador de las personas que cuidan de él.¹²⁵ Las reacciones de los niños muy pequeños a las experiencias traumáticas suelen caracterizarse por la hiperexcitación, con intranquilidad, trastornos del sueño, irritabilidad, sobresaltos excesivos y evitación. Los niños de más de 3 años tienden con frecuencia a retraerse y se niegan a hablar directamente de sus experiencias traumáticas. La capacidad de expresión verbal va aumentando con el desarrollo. Se produce un claro aumento al llegar al período de las operaciones concretas (8 a 9 años), cuando el niño es capaz de dar una cronología fidedigna de los acontecimientos. Durante esta fase se desarrollan la capacidad de operaciones concretas y la capacidad temporal y espacial.¹²⁶ Estas nuevas aptitudes aún son frágiles y en general hasta que no comienza la fase de las operaciones formales (12 años) el niño no puede construir una narrativa coherente. La adolescencia es un período de desarrollo turbulento. Los efectos de la tortura pueden variar considerablemente. La experiencia de la tortura puede provocar en el adolescente profundos cambios de personalidad de los que resulte un comportamiento antisocial.¹²⁷ Por otra parte, los efectos de la tortura sobre los adolescentes pueden ser semejantes a los observados en niños menores.

b) Consideraciones clínicas

314. En el niño pueden aparecer los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Los síntomas pueden ser similares

¹²⁴ S. von Overbeck Ottino, "Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre", *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, vol. 14, 1998, pp. 35-39.

¹²⁵ V. Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés", *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, M. R. Moro y S. Lebovici, eds., París, Presses universitaires de France, 1995.

¹²⁶ J. Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, (Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977).

¹²⁷ Véase la nota 125.

a los que se observan en el adulto, pero el especialista debe fiarse más de la observación del comportamiento del niño que de su expresión verbal.^{128, 129, 130 y 131} Por ejemplo, el niño puede mostrar síntomas de reexperimentación de la vivencia, que se manifiestan por juegos monótonos y repetitivos que simbolizan aspectos del acontecimiento traumático, rememoración visual de los hechos en el juego o al margen de él, preguntas o afirmaciones repetidas sobre el hecho traumático y pesadillas. El niño puede tener problemas de enuresis nocturna, pérdida de control de los esfínteres, aislamiento social, constricción afectiva, cambios de actitud hacia sí mismo y hacia los demás y disminución del sentido del futuro. Puede experimentar hiperexcitación y terrores nocturnos, problemas para acostarse, trastornos del sueño, sobresaltos excesivos, irritabilidad y perturbación considerable de la atención y la concentración. Pueden aparecer temores y comportamientos agresivos que no existían antes del acontecimiento traumático en forma de agresividad hacia sus compañeros, hacia los adultos o hacia los animales, temor a la oscuridad, miedo a estar solo en el retrete y fobias. El niño puede mostrar un comportamiento sexual inadecuado para su edad, así como ciertas reacciones somáticas. También pueden aparecer síntomas de ansiedad, como un miedo exagerado a los extraños, angustia de separación, pánico, agitación, rabietas y llanto incontrolado. Por último, también pueden aparecer problemas de alimentación.

c) Papel de la familia

315. La familia desempeña un importante papel dinámico en la persistencia de la sintomatología del niño. Para preservar la cohesión de la familia, pueden darse comportamientos disfuncionales y delegación de papeles. A veces se asigna a determinados miembros de la familia, con frecuencia niños, el

¹²⁸ L. C. Terr, "Childhood traumas: an outline and overview", *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, 1991, pp. 10-20.

¹²⁹ National Center for Infants, Toddlers and Families, *Zero to Three*, 1994.

¹³⁰ F. Sironi, "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique", *Enfances*, Núm. 4, 1995, pp. 205-215.

¹³¹ L. Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psycho-traumatiques chez l'enfant*, París, ESF, 1996.

papel de pacientes, lo que puede ser causa de graves trastornos. El niño puede estar sobreprotegido o se le pueden ocultar hechos importantes acerca del trauma. En otros casos se le atribuye al niño un papel parental y se espera que sea él el que cuide de sus padres. Cuando el niño no ha sido la víctima directa de la tortura sino que sólo se ha visto afectado indirectamente, con frecuencia los adultos tienden a subestimar las consecuencias sobre la psiquis y el desarrollo del niño. Cuando seres queridos por el niño han sido perseguidos, violados y torturados o el niño ha sido testigo de graves traumas o de tortura, puede concebir ideas disfuncionales como la de que es él el responsable de todos esos males o que es él quien debe soportar la carga de sus padres. Este tipo de ideas puede a largo plazo generar problemas de culpabilidad, conflictos de lealtad y problemas de desarrollo personal y de la maduración a la vida adulta independiente.

Anexo I

PRINCIPIOS RELATIVOS A LA INVESTIGACIÓN Y DOCUMENTACIÓN EFICACES DE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES^a

1. Entre los objetivos de la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (en lo sucesivo “torturas u otros malos tratos”) se cuentan los siguientes:

a) Aclarar los hechos y 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.

2. Los Estados velarán por que se investiguen con prontitud y eficacia las quejas o denuncias de torturas o malos tratos. Incluso cuando no exista denuncia expresa, deberá iniciarse una investigación si existen otros indicios de eventuales torturas o

^a La Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 2000/43 de 20 de abril de 2000, y la Asamblea General, en su resolución 55/89 de 4 de diciembre de 2000, señalaron los Principios a la atención de los gobiernos e instaron encarecidamente a los gobiernos a que los considerasen un instrumento útil en las medidas que adopten en contra de la tortura.

malos tratos. Los investigadores, que serán independientes de los presuntos autores y del organismo al que éstos pertenezcan, serán competentes e imparciales. Tendrán autoridad para encomendar investigaciones a expertos imparciales, médicos o de otro tipo, y podrán acceder a sus resultados. Los métodos utilizados para llevar a cabo estas investigaciones tendrán el máximo nivel profesional y sus conclusiones se harán públicas.

3. a) La autoridad investigadora tendrá poderes para obtener toda la información necesaria para la investigación y estará obligada a hacerlo.^b Las personas que realicen dicha investigación dispondrán de todos los recursos presupuestarios y técnicos necesarios para una investigación eficaz, y tendrán también facultades para obligar a los funcionarios presuntamente implicados en torturas o malos tratos a comparecer y prestar testimonio. Lo mismo regirá para los testigos. A tal fin, la autoridad investigadora podrá citar a testigos, incluso a los funcionarios presuntamente implicados, y ordenar la presentación de pruebas.

b) Las presuntas víctimas de torturas o malos tratos, los testigos, quienes realicen la investigación, así como sus familias, serán protegidos de actos o amenazas de violencia o de cualquier otra forma de intimidación que pueda surgir a resultas de la investigación. Los presuntos implicados en torturas o malos tratos serán apartados de todos los puestos que entrañen un control o poder directo o indirecto sobre los querellantes, los testigos y sus familias, así como sobre quienes practiquen las investigaciones.

4. Las presuntas víctimas de torturas o malos tratos y sus representantes legales serán informados de las audiencias que se celebren, a las que tendrán acceso, así como a toda la información pertinente a la investigación, y tendrán derecho a presentar otras pruebas.

^b En ciertas circunstancias, la ética profesional puede exigir que la información tenga carácter confidencial, lo cual debe respetarse.

5. a) En los casos en que los procedimientos de investigación establecidos resulten insuficientes debido a la falta de competencia técnica o a una posible falta de imparcialidad, o a indicios de existencia de una conducta abusiva habitual, o por otras razones fundadas, los Estados velarán por que las investigaciones queden a cargo de una comisión independiente u otro procedimiento análogo. Los miembros de esta comisión serán elegidos en función de su acreditada imparcialidad, competencia e independencia personal. En particular, deberán ser independientes de cualquier presunto culpable y de las instituciones u organismos a que pertenezcan. La comisión estará facultada para obtener toda la información necesaria para la investigación, que se llevará a cabo conforme a lo establecido en estos Principios.^c

b) Se redactará, en un plazo razonable, un informe en el que se expondrán el alcance de la investigación, los procedimientos y métodos utilizados para evaluar las pruebas, así como conclusiones y recomendaciones basadas en los hechos determinados y en la legislación aplicable. El informe se publicará de inmediato. En él se detallarán también los hechos concretos establecidos por la investigación, así como las pruebas en que se basen las conclusiones, y se enumerarán los nombres de los testigos que hayan prestado declaración, a excepción de aquellos cuya identidad no se haga pública para protegerlos. El Estado responderá en un plazo razonable al informe de la investigación y, cuando proceda, indicará las medidas que se hayan de adoptar al respecto.

6. a) Los expertos médicos que participen en la investigación de torturas o malos tratos se conducirán en todo momento conforme a las normas éticas más estrictas y, en particular, obtendrán el libre consentimiento de la persona antes de examinarla. Los exámenes deberán respetar las normas establecidas por la práctica médica. Concretamente, se llevarán a cabo en privado bajo control del experto médico y nunca en presencia de agentes de seguridad u otros funcionarios del gobierno.

^c Véase la nota b *supra*.

b) El experto médico redactará lo antes posible un informe fiel que deberá incluir al menos los siguientes elementos:

i) Las circunstancias de la entrevista: el nombre del sujeto y la filiación de todos los presentes en el examen; la fecha y hora exactas; la ubicación, carácter y domicilio de la institución (incluida la sala o habitación, cuando sea necesario) donde se realizó el examen (por ejemplo, centro de detención, clínica, casa); circunstancias particulares en el momento del examen (por ejemplo, la naturaleza de cualquier restricción de que haya sido objeto la persona a su llegada o durante el examen, la presencia de fuerzas de seguridad durante el examen, la conducta de las personas que hayan acompañado al preso, posibles amenazas proferidas contra el examinador, etc.), y cualquier otro factor pertinente;

ii) Los hechos expuestos: una exposición detallada de los hechos relatados por el sujeto durante la entrevista, incluidos los presuntos métodos de tortura o malos tratos, el momento en que se produjeron los actos de tortura o malos tratos y cualquier síntoma físico o psicológico que afirme padecer el sujeto;

iii) Examen físico y psicológico: una descripción de todas las observaciones físicas y psicológicas del examen clínico, incluidas las pruebas de diagnóstico correspondientes y, cuando sea posible, fotografías en color de todas las lesiones;

iv) Opinión: una interpretación de la relación probable entre los síntomas físicos y psicológicos y las posibles torturas o malos tratos. Recomendación de un tratamiento médico y psicológico o de nuevos exámenes;

v) Autoría: el informe deberá ir firmado y en él se identificará claramente a las personas que hayan llevado a cabo el examen.

c) El informe tendrá carácter confidencial y se comunicará al sujeto o a la persona que éste designe como su representante. Se recabará la opinión del sujeto y de su representante sobre el proceso de examen, que se consignará en el informe. El informe

también se remitirá por escrito, cuando proceda, a la autoridad encargada de investigar los presuntos actos de tortura o malos tratos. Es responsabilidad del Estado velar por que el informe llegue a sus destinatarios. Ninguna otra persona tendrá acceso a él sin el consentimiento del sujeto o la autorización de un tribunal competente.

Anexo II

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Constantemente se están desarrollando y evaluando pruebas de diagnóstico. Las que a continuación se describen se consideraban de valor en el momento de preparar este manual. Pero siempre que se necesiten medios auxiliares de prueba, los investigadores tratarán de averiguar cuáles son las fuentes más modernas de información, por ejemplo poniéndose en contacto con algún centro especializado en la documentación de la tortura (véase cap. V, sec. E).

1. Imágenes radiológicas

En la fase aguda del traumatismo, diversas técnicas radiológicas pueden facilitar útil información adicional sobre lesiones del esqueleto y tejidos blandos. Pero una vez curadas las lesiones físicas producidas por la tortura, en general las secuelas dejan de ser detectables por esos mismos métodos. Éste es con frecuencia el caso aunque el superviviente siga sufriendo dolores o invalideces considerables a causa de sus lesiones. En la parte relativa a la exploración del paciente o en el contexto de las diversas formas de tortura ya se hizo referencia a diversos estudios radiológicos. A continuación se da un resumen de la aplicación de esos métodos. Sin embargo, la tecnología más moderna y costosa no siempre está disponible o por lo menos no para una persona que esté detenida.

Entre las exploraciones radiológicas y de formación de imágenes para el diagnóstico figuran la radiografía tradicional (rayos X), la escintigrafía radioisotópica, la tomografía computadorizada (TC), las imágenes de resonancia magnética nuclear (RMN) y la ultrasonografía (USG). Cada una de ellas tiene sus ventajas y

sus inconvenientes. Los rayos X, la escintigrafía y la tomografía computadorizada se basan en radiaciones ionizantes, lo que puede ser un problema en el caso de las embarazadas y los niños. Las imágenes de resonancia magnética se basan en un campo magnético. En teoría podría tener efectos sobre los fetos y los niños pero se piensa que éstos son mínimos. El ultrasonido utiliza ondas sonoras y no se sabe que tengan ningún riesgo.

Los rayos X están fácilmente disponibles. En un examen inicial se radiografiarán rutinariamente todas las zonas lesionadas, excluido el cráneo. Aunque las radiografías habituales revelarán fracturas parciales, la tomografía computadorizada es una técnica de examen superior pues puede objetivar otras fracturas, desplazamientos de fragmentos, lesiones de tejidos blandos asociadas y complicaciones. Cuando se sospechen lesiones en el periostio o fracturas mínimas, además de los rayos X deberá recurrirse a la escintigrafía ósea. Un cierto porcentaje de radiografías serán negativas incluso si existe una fractura aguda o una osteomielitis en su comienzo. Es posible que una fractura se restablezca sin dejar signos radiológicos de lesión previa. Éste es sobre todo el caso en los niños. Las radiografías rutinarias no son el método de elección para evaluar los tejidos blandos.

La escintigrafía es una técnica de gran sensibilidad pero escasa especificidad. Es un método de examen poco costoso y eficaz que se utiliza para explorar la totalidad del esqueleto en busca de procesos morbosos como osteomielitis o traumatismos. También se puede evaluar la torsión testicular, aunque para ello está más indicado el ultrasonido. La escintigrafía no permite observar traumatismos de tejidos blandos. Es posible que con la escintigrafía se detecte una fractura aguda en las primeras 24 horas, pero en general hace falta que pasen dos o tres días y, en ocasiones, una semana o más, en particular en el caso de las personas de edad avanzada. En general, la imagen vuelve a ser normal al cabo de dos años, pero en casos de fracturas y osteomielitis curadas puede seguir siendo positiva durante años. La utilización de la escintigrafía ósea para detectar fracturas en la epífisis o la metadiáfisis (extremidades de los huesos largos)

de los niños es muy difícil a causa de la normal captación del radiofármaco en la epífisis. La escintigrafía permite con frecuencia detectar fracturas de costillas que no son visibles en la radiografía habitual.

a) Aplicación de la escintigrafía ósea al diagnóstico de la falanga

Los barridos óseos pueden realizarse bien con imágenes retardadas en unas tres horas o bien con una exploración en tres fases. Las tres fases son el angiograma por radionúclido (fase arterial), las imágenes de mezclas sanguíneas (fase venosa, que es de tejidos blandos) y la fase retardada (fase ósea). Cuando se examine al paciente poco después de la falanga, se realizarán dos barridos óseos a intervalos de una semana. Un primer barrido retardado negativo y un segundo positivo indican que el sujeto ha estado expuesto a falanga algunos días antes del primer barrido. En los casos agudos, dos barridos óseos negativos a intervalos de una semana no demuestran que no haya ocurrido falanga, sino que la severidad de la falanga aplicada no alcanzó el nivel de sensibilidad de la escintigrafía. Cuando se realiza una exploración en tres fases, un incremento inicial de captación en las imágenes correspondientes a la fase de angiograma por radionúclido y de mezcla sanguínea y una captación no aumentada en la fase ósea señalaría la existencia de una hiperemia compatible con una lesión de tejidos blandos. Los traumatismos de los huesos y de los tejidos blandos del pie también se pueden detectar mediante la resonancia magnética.^d

b) Ultrasonidos

La aplicación de ultrasonidos es poco costosa y no comporta ningún peligro biológico. La calidad de una exploración depende de la pericia del operador. Cuando no se dispone de tomografía computadorizada, se utiliza el ultrasonido para evaluar traumatismos abdominales agudos. También permite evaluar una tendinopatía, y es el método de elección para detectar anomalías

^d Véanse las notas 76 y 83 supra; también puede obtenerse más información en los textos habituales de radiología y medicina nuclear.

testiculares. La exploración del hombro por ultrasonidos se realiza en los períodos agudo y crónico subsiguientes a la tortura por suspensión. En el período agudo el ultrasonido permite detectar edema, colección de líquido en el interior y alrededor de la articulación del hombro, laceraciones y hematomas causados por la aplicación de esposas. Un nuevo examen con ultrasonidos y la observación de que los signos apreciados en el período agudo han desaparecido con el tiempo viene a reforzar el diagnóstico. En estos casos deberá hacerse un estudio conjunto por resonancia magnética, escintigrafía y otras exploraciones radiológicas y examinar su correlación. Pero incluso si en los demás exámenes no se obtienen resultados positivos, los simples datos por ultrasonidos bastan para probar la existencia de tortura por suspensión.

c) Tomografía computadorizada

La tomografía computadorizada es excelente para obtener imágenes de tejidos blandos y huesos, mientras que la resonancia magnética revela mejor los tejidos blandos que el hueso. Las imágenes obtenidas por resonancia magnética permiten detectar una fractura oculta antes de que la puedan detectar las radiografías o la escintigrafía. La utilización de escáneres abiertos y la sedación pueden aliviar la ansiedad y la claustrofobia, tan prevalentes entre los supervivientes de la tortura. También la tomografía computadorizada es excelente para el diagnóstico y la evaluación de fracturas, sobre todo de los huesos temporales y faciales. Ofrece otras ventajas como la detección de anomalías en el alineamiento y del desplazamiento de fragmentos, en particular tratándose de fracturas espinales, pélvicas, del hombro y acetabulares. No permite identificar contusiones óseas. La tomografía computadorizada, con y sin infusión intravenosa de un agente de contraste, deberá ser la exploración inicial en casos de lesiones agudas, subagudas y crónicas del sistema nervioso central (SNC). Si la exploración es negativa, dudosa o no explica las quejas o los síntomas del superviviente con relación al SNC, se procederá a la obtención de imágenes por resonancia magnética. La tomografía computadorizada con ventanas óseas

y un examen anterior y posterior al contraste deberá ser la primera exploración en casos de fractura del hueso temporal. Las ventanas óseas pueden demostrar fracturas y disrupción de los osículos. El examen previo a la administración de contraste puede demostrar la existencia de líquido y colesteatoma. Se recomienda el contraste porque en esta zona son frecuentes las anomalías vasculares. En casos de rinorrea, la inyección de un agente de contraste en el canal espinal seguirá a un hueso temporal. Las imágenes por resonancia magnética pueden asimismo poner de manifiesto cualquier grieta responsable de la pérdida de líquido. Cuando se sospecha una rinorrea, debe realizarse una tomografía computadorizada de la cara, con ventanas a los tejidos blandos y a los huesos. A continuación se inyectará un agente de contraste en el canal espinal y se obtendrá una nueva tomografía computadorizada.

d) La resonancia magnética

Las imágenes obtenidas por resonancia magnética son más sensibles que la tomografía computadorizada para detectar anomalías en el sistema nervioso central. La evolución en el tiempo de las hemorragias del sistema nervioso central se divide en fases inmediata, hiperaguda, aguda, subaguda y crónica, y las imágenes características de cada una de estas fases están correlacionadas con la evolución de la hemorragia. Así, por ejemplo, las características de una imagen permitirán determinar el momento del traumatismo craneal y la correlación con los incidentes relatados. Las hemorragias del sistema nervioso central pueden resolverse totalmente o dejar suficientes depósitos de hemosiderina como para que años después se puedan detectar mediante la tomografía computadorizada. Las hemorragias en tejidos blandos, en particular en el músculo, en general se resuelven totalmente y sin dejar trazas pero, en raras ocasiones, se pueden osificar. Este fenómeno se denomina formación ósea heterotópica o myositis ossificans y es detectable con la tomografía computadorizada.

2. Biopsia de las lesiones por choques eléctricos

Las lesiones por choques eléctricos pueden, aunque no siempre, mostrar cambios microscópicos que son muy indicativos y específicos del traumatismo por corrientes eléctricas, de gran valor diagnóstico. La ausencia de estos cambios específicos en una muestra de biopsia no excluye el diagnóstico de tortura por choques eléctricos, y no debe permitirse que las autoridades judiciales adopten ese criterio. Lamentablemente, cuando un tribunal solicita que un demandante que sostiene haber sufrido tortura por choques eléctricos se someta a una biopsia para confirmar sus alegaciones, el hecho de que el sujeto no dé su consentimiento para el procedimiento o de que se obtenga un resultado negativo con toda probabilidad ha de tener el efecto de predisponer al tribunal. Por otra parte, es escasa la experiencia clínica en el diagnóstico de la tortura por electricidad mediante biopsia y normalmente este diagnóstico se puede hacer con bastante seguridad basándose únicamente en la historia y en la exploración física.

Así pues, este procedimiento deberá utilizarse en condiciones de investigación clínica y no conviene promoverlo como medio habitual de diagnóstico. Al dar su consentimiento informado para la biopsia, la persona deberá ser informada de la incertidumbre de los resultados, y se le permitirá que pondere los posibles beneficios contra el impacto que puede sufrir una psiquis ya traumatizada.

a) Razones para recurrir a la biopsia

Se han realizado considerables estudios de laboratorio para medir los efectos de los choques eléctricos sobre la piel de

cerdos anestesiados.^{e, f, g, h, i y j} Estos trabajos han mostrado que existen signos histológicos específicos del traumatismo eléctrico que pueden demostrarse mediante un examen microscópico de biopsias por punción. Sin embargo, el estudio más detallado de estas investigaciones, que pueden tener aplicaciones clínicas considerables, rebasa el ámbito de la presente publicación. El lector que desee más información puede consultar las referencias recién citadas.

Son pocos los casos de tortura de seres humanos por choques eléctricos que han sido estudiados desde el punto de vista histológico.^{k, l, m y n} Sólo en un caso, en el que se hizo una excisión de las lesiones probablemente siete días después del traumatismo, se observaron alteraciones de la piel que se consideraron de valor diagnóstico de lesiones por electricidad (depósito de sales de calcio sobre las fibras dérmicas en tejidos viables situados alrededor del tejido necrótico). En otros casos las excisiones de lesiones tomadas algunos días después de la presunta tortura por electricidad mostraron cambios segmentarios y depósitos de sales de calcio sobre estructuras celulares que correspondían bien a los efectos de una corriente eléctrica, pero no servían de diagnóstico ya que no se observaron depósitos de sales de calcio

^e H. K. Thomsen *et al.*, "Early epidermal changes in heat and electrically injured pigskin: a light microscopic study", *Forensic Science International*, vol. 17, 1981, pp. 133-143.

^f *Ibid.*, "The effect of direct current, sodium hydroxide and hydrochloric acid on pig epidermis: a light microscopic and electron microscopic study", *Acta Pathol. Microbiol. Immunol. Scand*, vol. 91, 1983, pp. 307-316.

^g H. K. Thomsen, "Electrically induced epidermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy", tesis, Universidad de Copenhague, F.A.D.L., 1984, pp. 1-78.

^h T. Karlsmark *et al.*, "Tracing the use of torture: electrically induced calcification of collagen in pigskin", *Nature*, vol. 301, 1983, pp. 75-78.

ⁱ *Ibid.*, "Electrically induced collagen calcification in pigskin: a histopathologic and histochemical study", *Forensic Science International*, vol. 39, 1988, pp. 163-174.

^j T. Karlsmark, "Electrically induced dermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy", tesis, Universidad de Copenhague, *Danish Medical Bulletin*, vol. 37, 1990, pp. 507-520.

^k L. Danielsen *et al.*, "Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a description of a case", *American Journal of Forensic Medical Pathology*, vol. 12, 1991, pp. 222-226.

^l F. Öztóp *et al.*, "Signs of electrical torture on the skin", *Treatment and Rehabilitation Centers Report* 1994, publicación de la Human Rights Foundation of Turkey, vol. 11, 1994, pp. 97-104.

^m L. Danielsen, T. Karlsmark, H. K. Thomsen, "Diagnosis of skin lesions following electrical torture", *Rom. J. Leg. Med.*, vol. 5, 1997, pp. 15-20.

ⁿ H. Jacobsen, "Electrically induced deposition of metal on the human skin", *Forensic Science International*, vol. 90, 1997, pp. 85-92.

sobre fibras dérmicas. Una biopsia tomada un mes después de la presunta tortura por electricidad mostraba una cicatriz cónica de 1 a 2 mm de diámetro con un aumento de los fibroblastos y fibras colágenas finas estrechamente hacinadas y dispuestas paralelamente a la superficie, lo cual era compatible con una lesión por electricidad pero no tenía valor diagnóstico.

b) Método

Tras recibir el consentimiento informado del paciente, y antes de realizar la biopsia, la lesión debe ser fotografiada mediante los métodos forenses aceptados. Bajo anestesia local se obtiene una biopsia por punción de 3 a 4 mm, que se coloca en formol amortiguado o en un fijador semejante. La biopsia cutánea se realizará tan pronto como sea posible después de la lesión. Como el trauma eléctrico suele limitarse a la epidermis y dermis superficial, las lesiones pueden desaparecer con rapidez. Se pueden tomar biopsias de más de una lesión, pero es preciso tener en cuenta la posible perturbación del paciente.^o El material de la biopsia deberá ser examinado por un patólogo con experiencia en dermatopatología.

c) Signos diagnósticos de la lesión por electricidad

Entre los signos diagnósticos de la lesión por electricidad figuran núcleos vesiculares en la epidermis, glándulas sudoríparas y paredes vasculares (lo que plantea un solo diagnóstico diferencial: las lesiones mediante soluciones alcalinas) y depósitos de sales de calcio claramente situados en el colágeno y las fibras de elastina (el diagnóstico diferencial se plantea con la Calcinosis cutis, trastorno raro hallado solamente en 75 de 220,000 biopsias cutáneas humanas consecutivas, y los depósitos de calcio suelen ser masivos y sin una clara localización en el colágeno y las fibras de elastina).^p

^o S. Gürpınar y S. Korur Fincancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu" (Violaciones de los derechos humanos y responsabilidad del médico), *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı* (Manual de medicina forense para médicos generalistas) (Ankara, Asociación Médica Turca, 1999).

^p Danielsen *et al.*, 1991.

Son signos típicos de lesión por electricidad, aunque no tienen valor diagnóstico, las lesiones que aparecen en segmentos cónicos que suelen ser de 1 a 2 mm de diámetro, los depósitos de hierro o cobre sobre la epidermis (procedentes del electrodo) y citoplasmas homogéneos en la epidermis, glándulas sudoríparas y paredes vasculares. También pueden aparecer depósitos de sales de calcio en estructuras celulares de lesiones segmentales o pueden no apreciarse anomalías histológicas.

Anexo III

DIBUJOS ANATÓMICOS PARA DOCUMENTAR LA TORTURA Y LOS MALOS TRATOS

MUJER, CUERPO COMPLETO - PLANOS ANTERIOR Y POSTERIOR

MUJER, CUERPO COMPLETO - PLANOS LATERALES

Nombre _____

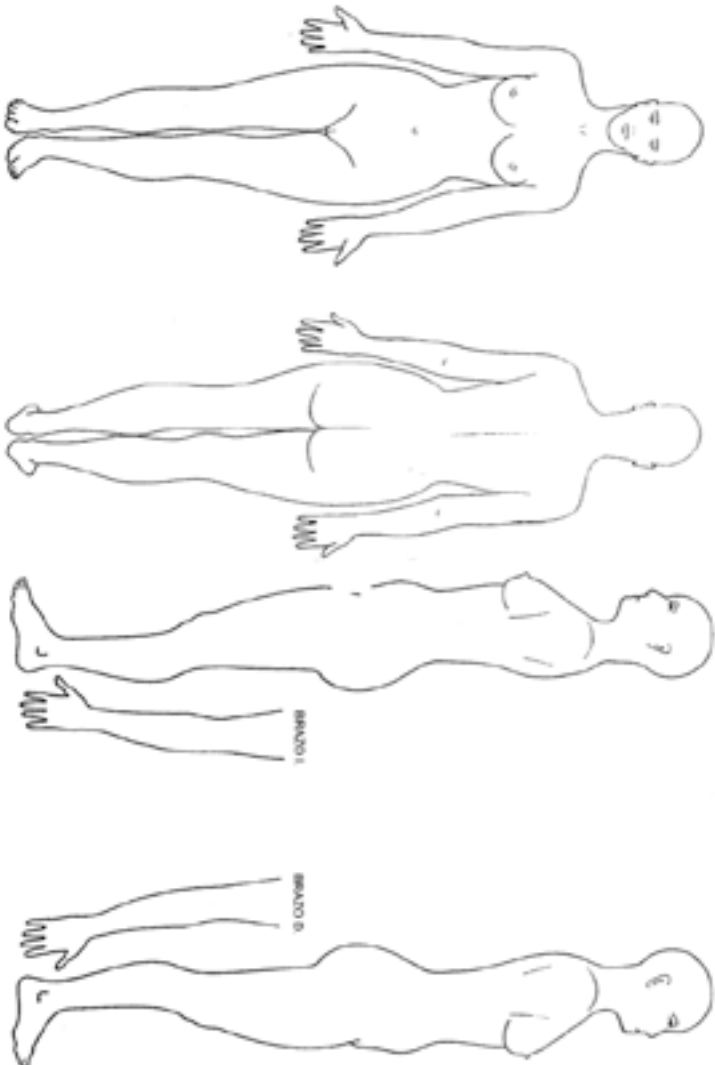
Caso N.º _____

Fecha _____

Nombre _____

Caso N.º _____

Fecha _____



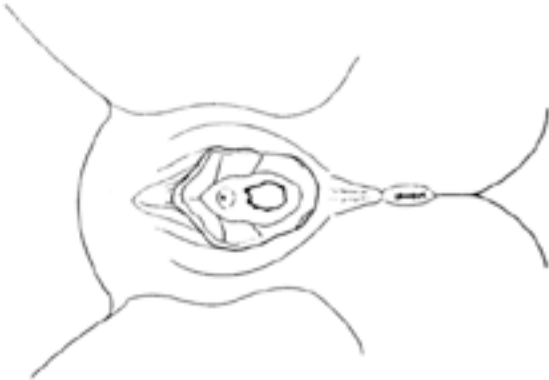
BRANCO I

BRANCO II

MUJER, TORACODORSAL – PLAZOS ANTERIOR Y POSTERIOR



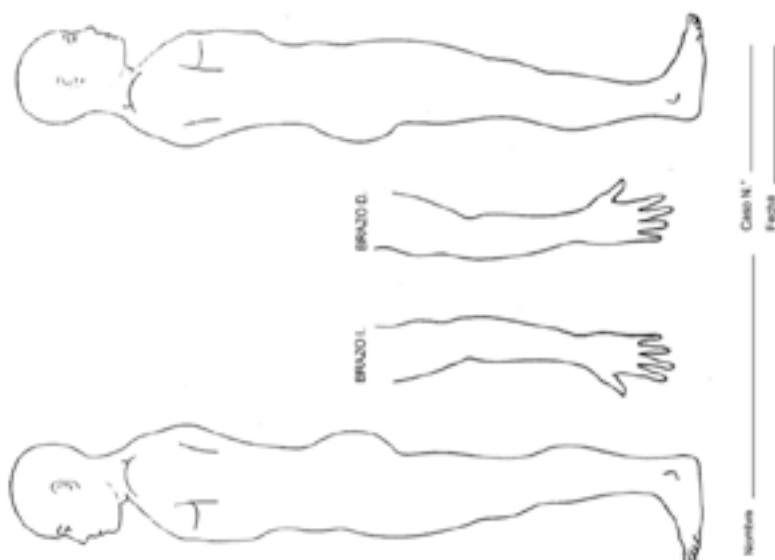
MUJER – PENE



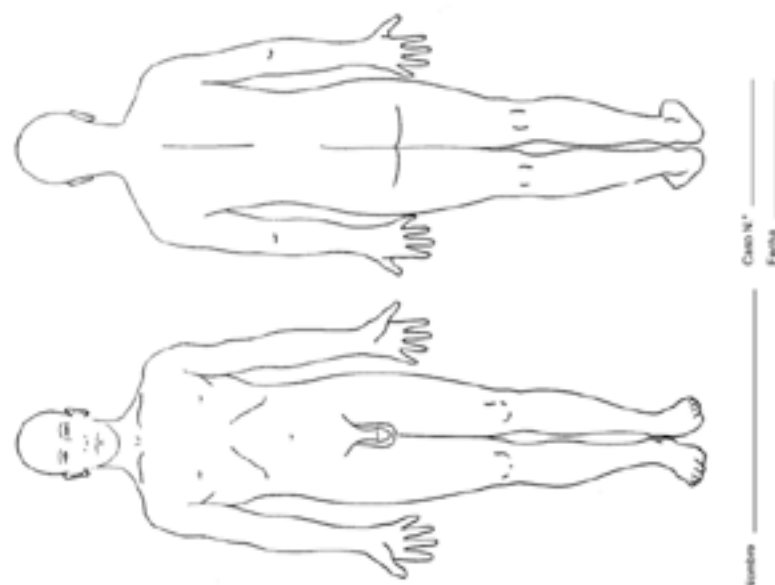
Nombre _____ Caso N.º _____ Fecha _____

Nombre _____ Caso N.º _____ Fecha _____

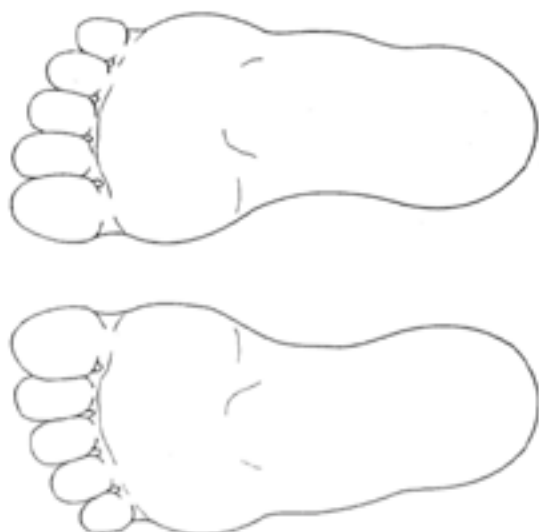
HOMBRE, CUERPO COMPLETO - PLANOS LATERALES



HOMBRE, CUERPO COMPLETO - PLANOS ANTERIOR Y POSTERIOR (VENTRAL Y DORSAL)



PIE - CARAS PLANTARES IZQUIERDA Y DERECHA



Nombre _____ Caso N.º _____
Fecha _____

HOMBRE, TORACABDOMINAL - PLANOS ANTERIOR Y POSTERIOR



Nombre _____ Caso N.º _____
Fecha _____

MANO IZQUIERDA - PLANOS PALMAR Y DORSAL



Nombre _____
Caso N° _____
Fecha _____

MANO DERECHA - PLANOS PALMAR Y DORSAL



Nombre _____
Caso N° _____
Fecha _____

CABEZA – PLANOS ANATÓMICOS SUPERFICIAL Y ESQUELÉTICO, PLANO SUPERIOR – PLANO INFERIOR



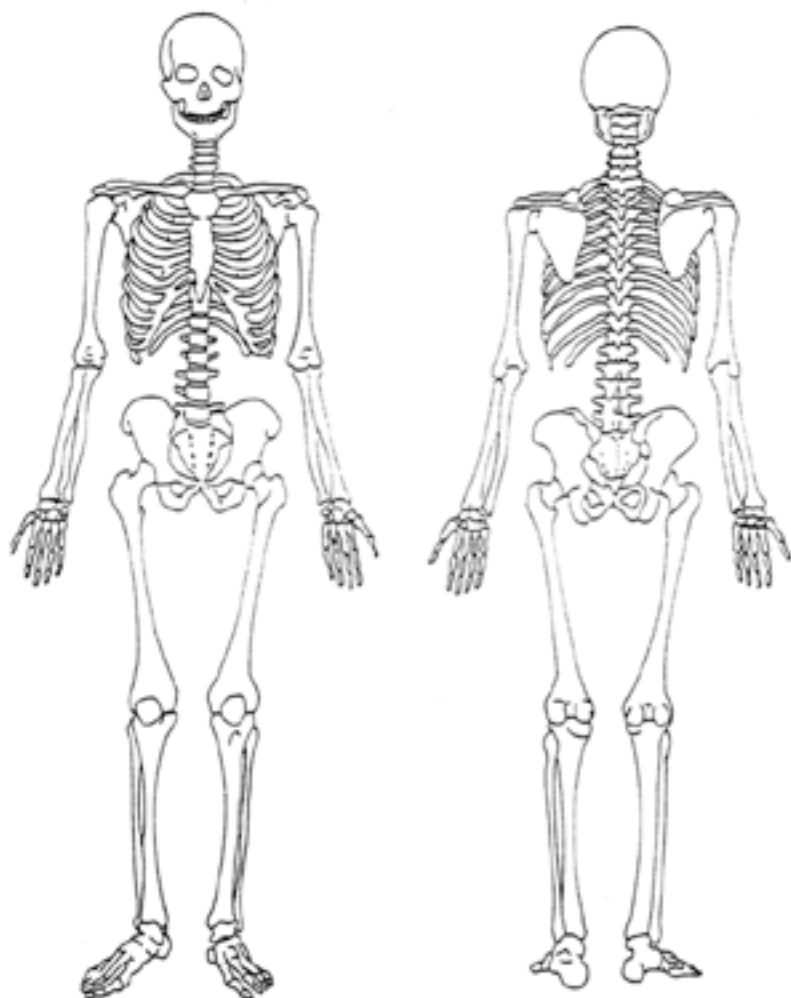
Nombre _____ Caso N.º _____
Fecha _____

CABEZA – PLANOS ANATÓMICOS SUPERFICIAL Y ESQUELÉTICO, PLANO LATERAL



Nombre _____ Caso N.º _____
Fecha _____

ESQUELETO – PLANOS ANTERIOR Y POSTERIOR



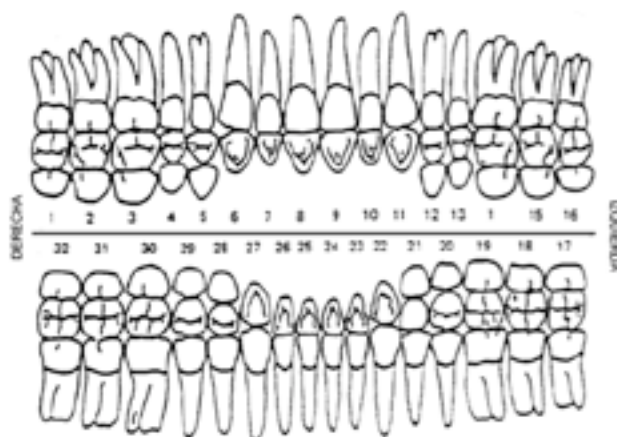
Nombre _____ Caso N.º _____
Fecha _____

MÁRQUESE EN ESTE GRÁFICO TODAS LAS RESTAURACIONES EXISTENTES Y LAS PIEZAS FALTANTES

Estimación Edad _____

Sexo _____

Raza _____



Señalar con un círculo los
límites descriptivos

Protesis presentes

Maxilar superior

Dentadura completa

Dentadura parcial

Puente fijo

Maxilar inferior

Dentadura completa

Dentadura parcial

Puente fijo

Describir exactamente todos los aparatos protésicos o puentes fijos

Manchas en los dientes

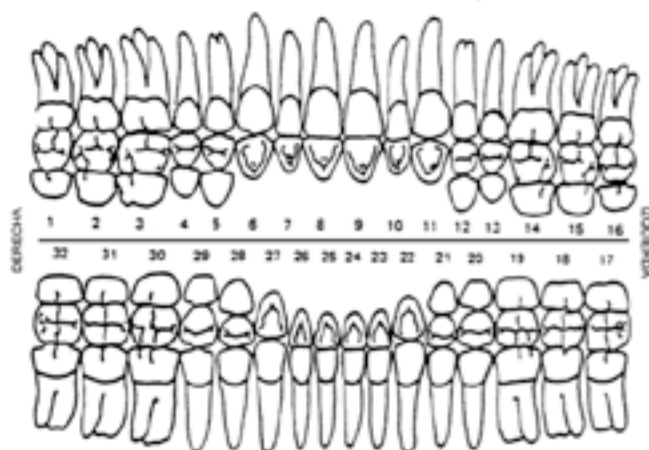
Ligeras

Moderadas

Fuertes

SEÑALAR TODAS LAS CARIES EN ESTE GRÁFICO

Señalar todas las caries y poner «X» en todas las piezas que faltan



Señalar con un círculo
los límites descriptivos

Relación

Normal

Saliente arriba

Saliente abajo

Condición periodontal

Excelente

Mediana

Deficiente

Cálculos

Ligeros

Moderados

Importantes

Anexo IV

DIRECTRICES PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA DE LA TORTURA Y LOS MALOS TRATOS

Las siguientes directrices se basan en el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Protocolo de Estambul). Estas directrices no están concebidas como una prescripción fija sino que más bien se aplicarán tomando en consideración el objetivo de la evaluación y tras evaluar los recursos disponibles. La evaluación de los signos físicos y psicológicos de torturas y malos tratos podrá estar a cargo de uno o más especialistas clínicos, según sean sus calificaciones.

I. Información sobre el caso

Fecha del examen: ----- Examen solicitado por (nombre/posición): -----

Caso o informe Núm.: ---- Duración de la evaluación:---horas,---minutos

Nombre del sujeto: --- Fecha de nacimiento:---Lugar de nacimiento:---

Apellidos del sujeto:----- Sexo: masculino/femenino:-----

Razones para el examen:---Número del documento de identidad del sujeto:--

Nombre del especialista:----- Intérprete(sí/no), nombre:-----

Consentimiento informado: sí/no; si no hay consentimiento informado, ¿por qué?:-----

Sujeto acompañado por (nombre/posición): -----

Personas presentes durante el examen (nombre/posición): -----

El sujeto fue sometido a restricción física durante el examen: sí/no; en caso afirmativo ¿cómo/por qué?:-----

Informe médico transmitido a (nombre/cargo/número del documento de identidad):----- Fecha del envío:-----Hora del envío: -----

Evaluación/investigación médica conducida sin restricciones (para los sujetos detenidos): sí/no

Facilitar detalles sobre cualquier tipo de restricciones: -----

II. Calificaciones del especialista (para el testimonio judicial)

Educación médica y formación clínica

Formación psicológica/psiquiátrica

Experiencia en documentar signos de tortura y malos tratos

Experiencia regional en materia de derechos humanos pertinente para la investigación Publicaciones, presentaciones y cursos de formación sobre el tema

Curriculum vitae

III. Declaración sobre la veracidad del testimonio (para el testimonio judicial)

Por ejemplo: “He tenido conocimiento personal de los hechos relatados, excepto los correspondientes a información y creencias, que considero verídicos. Estoy dispuesto a testimoniar sobre dichas declaraciones sobre la base de mi conocimiento y creencia personales”.

IV. Antecedentes

Información general (edad, ocupación, educación, composición familiar, etcétera)

Antecedentes médicos

Examen de evaluaciones médicas anteriores de tortura y malos tratos

Historia psicosocial anterior a la detención

V. Quejas de tortura y malos tratos

1. Resumen de la detención y los malos tratos

2. Circunstancias del arresto y la detención

3. Lugares inicial y siguientes de detención (cronología, transporte y condiciones de detención)

4. Narración de los malos tratos o la tortura (en cada lugar de detención)

5. Examen de los métodos de tortura

VI. Síntomas y discapacidades físicos

Describir la evolución de síntomas y discapacidades agudos y crónicos y los procesos de curación subsiguientes.

1. Síntomas y discapacidades agudos
2. Síntomas y discapacidades crónicos

VII. Exploración física

1. Aspecto general
2. Piel
3. Cara y cabeza
4. Ojos, oídos, nariz y garganta
5. Cavidad bucal y dientes
6. Tórax y abdomen (incluidos signos vitales)
7. Sistema genitourinario
8. Sistema musculoesquelético
9. Sistema nervioso central y periférico

VIII. Historia/exploración psicológica

1. Métodos de evaluación
2. Quejas psicológicas actuales
3. Historia posterior a la tortura
4. Historia anterior a la tortura
5. Historia psicológica/psiquiátrica anterior
6. Historia de uso y abuso de sustancias psicotrópicas
7. Examen del estado mental
8. Evaluación del funcionamiento social

9. Pruebas psicológicas (véanse indicaciones y limitaciones en el capítulo VI, sec. C.1)

10. Pruebas neuropsicológicas (véanse indicaciones y limitaciones en el capítulo VI, sec. C.4)

IX. Fotografías

X. Resultados de las pruebas de diagnóstico (véanse indicaciones y limitaciones en el anexo II)

XI. Consultas

XII. Interpretación de los hallazgos

1. Signos físicos

A. Correlacionar el grado de concordancia entre la historia de síntomas físicos y discapacidades agudos y crónicos con las quejas de malos tratos.

B. Correlacionar el grado de concordancia entre los hallazgos de la exploración física con las quejas de malos tratos. (Nota: La ausencia de signos físicos no excluye la posibilidad de que se hayan infligido torturas o malos tratos.)

C. Correlacionar el grado de concordancia entre los hallazgos físicos del examen del sujeto con el conocimiento de los métodos de tortura utilizados en una determinada región y sus efectos ulteriores comunes.

2. Signos psicológicos

A. Correlacionar el grado de concordancia entre los signos psicológicos observados con los hechos de tortura descritos.

B. Evaluar si los signos psicológicos observados son reacciones esperables o típicas frente al estrés extremo dentro del contexto cultural y social del sujeto.

C. Señalar el estado del sujeto en la evolución fluctuante a lo largo del tiempo de los trastornos mentales relacionados con los traumas; es decir, cuál sería el marco temporal en relación con los hechos de tortura y en qué punto del proceso de recuperación se encuentra el sujeto.

D. Identificar todo factor estresante coexistente que actúe sobre el sujeto (por ejemplo, persecución mantenida, migración forzada, exilio, pérdida del papel familiar y social, etc.), así como el impacto que esos factores puedan tener sobre el sujeto.

E. Mencionar las condiciones físicas que pueden contribuir al cuadro clínico, en particular en lo que respecta a posibles signos de traumatismo craneal sufrido durante la tortura o la detención.

XIII. Conclusiones y recomendaciones

1. Exponer la opinión personal sobre la concordancia que existe entre todas las fuentes de información antes mencionadas (hallazgos físicos y psicológicos, información histórica, datos fotográficos, resultados de las pruebas de diagnóstico, conocimiento de las prácticas regionales de tortura, informes de consultas, etcétera) y las quejas de torturas y malos tratos.
2. Reiterar los síntomas y discapacidades que sigue padeciendo el sujeto como resultado del presunto maltrato.
3. Formular recomendaciones sobre nuevas evaluaciones y cuidados al sujeto.

XIV. Declaración de veracidad (para el testimonio judicial)

Por ejemplo, “Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes de ... (país), que la presente descripción es veraz y correcta y que esta declaración ha sido realizada el ... (fecha), en ... (ciudad), ... (Estado o provincia)”.

XV. Declaración sobre eventuales restricciones a la evaluación/investigación médica
(para los sujetos detenidos)

Por ejemplo, “Los especialistas abajo firmantes certifican personalmente que pudieron trabajar con toda libertad e independencia y que se les permitió hablar con (el sujeto) y examinarle en privado sin ninguna restricción ni reserva, y sin que las autoridades de detención ejercieran ninguna forma de coerción”; o bien “Los especialistas abajo firmantes se vieron obligados a realizar su evaluación con las siguientes restricciones: [...]”.

XVI. Firma del especialista, fecha, lugar

XVII. Anexos pertinentes

Una copia del curriculum vitae del especialista, dibujos anatómicos para la identificación de la tortura y los malos tratos, fotografías, resultados de consultas y pruebas de diagnóstico, entre otros.

**MANUAL PARA LA INVESTIGACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
EFICACES DE LA TORTURA Y OTROS TRATOS
O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES
PROTOCOLO DE ESTAMBUL**

editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos,
se terminó de imprimir en junio de 2017 en la Ciudad de México.

El tiraje consta de 200 ejemplares.

Este material fue elaborado con papel certificado por la Sociedad
para la Promoción del Manejo Forestal Sostenible A. C.
(Certificación FSC México).

**Presidente**

Luis Raúl González Pérez

Consejo Consultivo

Mariclaire Acosta Urquidí
María Ampudia González
Alberto Manuel Athié Gallo
Mariano Azuela Güitrón
Ninfa Delia Domínguez Leal
Mónica González Contró
David Kershenobich Stalnikowitz
Carmen Moreno Toscano
María Olga Noriega Sáenz
Guillermo I. Ortiz Mayagoitia

Primer Visitador General

Ismael Eslava Pérez

Segundo Visitador General

Enrique Guadarrama López

Tercera Visitadora General

Ruth Villanueva Castilleja

Cuarta Visitadora General

Norma Inés Aguilar León

Quinto Visitador General

Edgar Corzo Sosa

Sexto Visitador General

Jorge Ulises Carmona Tinoco

Secretario Ejecutivo

Héctor Daniel Dávalos Martínez

Secretario Técnico del Consejo Consultivo

Joaquín Narro Lobo

Oficial Mayor

Manuel Martínez Beltrán

Directora General del CENADEH

Julietta Morales Sánchez

ISBN: 978-607-729-331-6



9 786077 293316