



DOCUMENTOS DE BIOETICA

PROTOCOLO DE ESTAMBUL NACIONES UNIDAS

Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
NACIONES UNIDAS Nueva York y Ginebra, 2001

NOTA

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

El material contenido en esta serie puede citarse o reproducirse libremente, a condición de que se mencione su procedencia y se envíe un ejemplar de la publicación que contenga el material reproducido a las Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 1211 Ginebra 10, Suiza.

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

Protocolo de Estambul

Presentado a la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
9 de agosto de 1999

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES: Action for Torture Survivors (HRFT), Ginebra Amnistía Internacional, Londres Asociación Médica Alemana, Berlín Asociación Médica Danesa, Copenhague Asociación Médica Mundial, Ferney-Voltaire Asociación Médica Turca, Ankara Asociación para la Prevención de la Tortura, Ginebra Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlín British Medical Association (BMA), Londres Centro de Investigaciones y Aplicación de la Filosofía y los Derechos Humanos, Universidad Hacettepe, Ankara Center for the Study of Society and Medicine, Universidad Columbia, Nueva York The Center for Victims of Torture (CVT), Minneapolis Centre Georges Devereux, Universidad de París VIII, París Clínica Psiquiátrica Indochina, Boston Comité contra la Tortura, Ginebra Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de la Tortura (IRCT), Copenhague Departamento de Medicina Forense y Toxicología, Universidad de Colombo, Colombo Departamento de Ética, Facultad de Medicina Dokuz Eylül, Esmirna Federación Internacional de Organizaciones de Salud y Derechos Humanos, Amsterdam Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT), Ankara Fundación Johannes Wier, Amsterdam Human Rights Watch, Nueva York Indian Medical Association and the IRCT, Nueva Delhi Institute for Global Studies, Universidad de Minnesota, Minneapolis Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago, Chile Lawyers Committee for Human Rights, Nueva York The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres Médicos para los Derechos Humanos Israel, Tel Aviv Médicos para los Derechos Humanos Palestina, Gaza Physicians for Human Rights USA, Boston Programa de Prevención de la Tortura, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José Programa de Salud Mental de la Comunidad de Gaza, Gaza Relator Especial sobre la Tortura, Ginebra Sociedad de Especialistas en Medicina Forense, Estambul Survivors International, San

Párrafos

III. NORMAS JURÍDICAS INTERNACIONALES APLICABLES	1-46
A. Derecho humanitario internacional	2-6
B. Las Naciones Unidas	7-23
1. Obligaciones legales de prevenir la tortura	10
2. Órganos y mecanismos de las Naciones Unidas.....	11-23
C. Organizaciones regionales	24-45
1. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos	25-31
2. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos	32-37
3. El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las 3. Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes	38-42
4. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Tribunal Africano de Derechos Humanos y de los Pueblos	43-45
D. La Corte Penal Internacional	46
II. CÓDIGOS ÉTICOS PERTINENTES	47-72
A. Ética de la profesión jurídica	48-49
B. La ética en la atención de salud	50-55
1. Declaraciones de las Naciones Unidas en relación con los profesionales de la salud	51-52
2. Declaraciones de organismos profesionales internacionales	53-54
3. Códigos nacionales de ética médica	55
C. Principios comunes a todos los códigos de ética a la atención de salud....	56-64
1. El deber de dar una asistencia compasiva	57-61
2. Consentimiento informado	62-63
3. Confidencialidad.....	64
D. Profesionales de la salud con doble obligación	65-72
1. Principios orientadores de todos los médicos con doble obligación	66
2. Dilemas resultantes de la doble obligación	67-72
III. INVESTIGACIÓN LEGAL DE LA TORTURA	73-118
A. Objetivos de una investigación de tortura	76
B. Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.....	77-83
C. Procedimientos aplicables a la investigación de tortura	84-105
1. Determinar el órgano investigador adecuado	84-86
2. Entrevistar a la presunta víctima y a otros testigos	87-100
3. Asegurar y obtener pruebas físicas	101-102
4. Signos médicos	103-104
5. Fotografías	105
D. Comisión de encuesta	106-118
1. Definir el ámbito de la encuesta	106
2. Poder de la comisión.....	107
3. Criterios para la selección de miembros	108-109
4. El personal de la comisión	110
5. Protección de los testigos	111
6. Procedimiento	112
7. Aviso de encuesta	113
8. Recepción de pruebas	114
9. Derechos de las partes	115
10. Evaluación de las pruebas.....	116

11. Informe de la comisión	117-118
IV. CONSIDERACIONES GENERALES RELATIVAS A LAS ENTREVISTAS	119-159
A. Objetivo de la encuesta, examen y documentación	120
B. Salvaguardias de procedimiento con respecto a los detenidos	122-125
C. Visitas oficiales a centros de detención	126-133
D. Técnicas aplicables al interrogatorio	134
E. Documentación de los antecedentes	135-140
1. Historia psicosocial y previa al arresto	135
2. Resumen de detención y abuso.....	136
3. Circunstancias de la detención	137
4. Lugar y condiciones de detención	138
5. Métodos de tortura y malos tratos	139-140
F. Evaluación de los antecedentes	141-142
G. Revisión de los métodos de tortura.....	143-144
H. Riesgo de nueva traumatización del entrevistado.....	145-148
I. Uso de intérpretes	149-152
J. Cuestiones de género	153-154
K. Indicaciones del envío a otros especialistas	155
L. Interpretación de los hallazgos Conclusiones.....	156-159
IV. SEÑALES FÍSICAS DE TORTURA	160-232
A Estructura de la entrevista.....	162-166
B. Historial médico	167-171
1. Síntomas agudos	169
2. Síntomas crónicos	170
3. Resumen de la entrevista	171
C. La exploración física	172-185
1. Piel	175
2. Cara.....	176-181
3. Tórax y abdomen	182
4. Sistema musculoesquelético	183
5. Sistema genitourinario	184
6. Sistemas nerviosos central y periférico	185
D. Examen y evaluación tras formas específicas de tortura	186-231
1. Golpes y otras formas de traumatismos por objetos contundentes....	188-201
2. Golpes en los pies	202-204
3. Suspensión	205-207
4. Otras torturas de posición	209-210
5. Tortura por choques eléctricos.....	211
6. Tortura dental.....	212
7. Asfixia	213
8. Tortura sexual, incluida la violación.....	214-231
E. Pruebas de diagnóstico especializadas	232
VI. SIGNOS PSICOLÓGICOS INDICATIVOS DE TORTURA	233-314
A. Generalidades	233-238
1. El papel de la evaluación psicológica	233-236
2. El contexto de la evaluación psicológica.....	237-238
B. Secuelas psicológicas de la tortura	239-258
1. Precauciones aconsejables	239
2. Reacciones psicológicas más frecuentes	240-248
3. Clasificaciones de diagnóstico.....	249-258
C. Evaluación psicológica/psiquiátrica	259-314
1. Consideraciones éticas y clínicas	259-261
2. El proceso de la entrevista	262-273
3. Componentes de la evaluación psicológica/psiquiátrica	274-290

4. Evaluación neuropsicológica	291-308
5. Los niños y la tortura	309-314

ANEXOS

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

III. Pruebas de diagnóstico

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

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

AUTORES QUE HAN CONTRIBUIDO Y OTROS PARTICIPANTES

Coordinadores del proyecto Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston Dr. Önder Özkaliççi, Fundación de Derechos Humanos de Turquía, Estambul Sra. Caroline Schlar, Action for Torture Survivors (HRFT), Ginebra

Comité editorial

Dr. Kathleen Alden, 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 Özkaliççi, 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. ŞebnemKorur 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. Zuhul Amato, Departamento de Ética, Facultad de Medicina Doküz Eylul, 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. Ye

şimCan, 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 Tor-

tura, 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

Dogù ar, 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 Gurriss, 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 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 Tarhanlı, Departamento de Relaciones Internacionales y de Derechos

Humanos, Universidad Bogù azici, Estambul Sr. Wilder Taylor, Human Rights Watch, Nueva York Dr. Joergen Thomsen, Consejo Internacional de Rehabilitación de 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.

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, 1984:

«se entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.»¹

La tortura suscita gran 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. Inquieta a todos los miembros de la familia humana porque ataca a la misma base de nuestra existencia y de nuestras esperanzas de un futuro mejor².

Aunque el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho humanitario internacional prohíben uniformemente toda tortura en cualesquiera circunstancias (véase cap. I), la tortura y los malos tratos se practican en más de la mitad de los países del mundo^{3,4}. La notable discordancia que existe entre la prohibición absoluta de la tortura y su prevalencia en el mundo actual 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. Este manual se ha preparado para facilitar a los Estados el que puedan poner en práctica uno de los aspectos más fundamentales de la protección de los individuos contra la tortura: una documentación eficaz. Esta documentación saca a la luz pruebas de tortura y malos tratos de manera que se pueda exigir a los torturadores que den cuenta de sus acciones y servir así el interés de la justicia. Los métodos de documentación que figuran en este manual son también aplicables en otros contextos como, entre otros, investigaciones y vigilancia de derechos humanos, evaluaciones de asilo político, defensa de individuos que «han confesado» delitos durante la tortura y evaluación de las necesidades de atención de víctimas de la tortura. Cuando se da el caso de profesionales de la salud que han sido obligados a descuidar, inducir a error o falsificar pruebas de tortura, este manual da además un punto de referencia internacional que sirva tanto para los profesionales como para otros agentes de salud.

En el curso de los dos últimos decenios se ha aprendido mucho acerca de la tortura y sus consecuencias, pero antes del presente manual no se contaba con directrices internacionales para su 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) sirva para dar unas directrices internacionales aplicables a la evaluación de aquellas personas que aleguen haber sufrido tortura y malos tratos, para investigar casos de

presunta tortura y para comunicar los hallazgos realizados a los órganos judiciales y otros órganos investigadores. El presente 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 tortura⁵. Las directrices que contiene este manual no se presentan como un protocolo fijo. Más bien representan unas normas mínimas basadas en los principios y que deben utilizarse teniendo en cuenta los recursos disponibles. El manual y los principios son el resultado de tres años de análisis, investigación y redacción, de lo que se han encargado más de 75 expertos en derecho, salud y derechos humanos, representantes de 40 organizaciones o instituciones pertenecientes a 15 países. La conceptualización y preparación del manual se han hecho en colaboración entre médicos forenses, médicos, psicólogos, observadores de 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.

1 Recientemente, la Junta de Síndicos del Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura ha decidido que en su trabajo utilizará la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

2 V. Iacopino, "Treatment of survivors of political torture: commentary", *The Journal of Ambulatory Care Management*, 21(2) 1998, pags. 5 a 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)*, 270 1993, pags. 606 a 611.

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

CAPÍTULO I

NORMAS JURÍDICAS INTERNACIONALES APLICABLES

1. El derecho a estar libre de tortura está firmemente establecido en el marco del 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 fijan 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. Derecho humanitario internacional

2. Los tratados internacionales que gobiernan los conflictos armados establecen un derecho humanitario internacional o las leyes de la guerra. La prohibición de la tortura dentro del derecho humanitario internacional no es más que una pequeña, aunque importante, parte de la protección más amplia que esos tratados dan 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 otras formas de 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 sean de índole internacional.

3. Particularmente importante a este respecto es el que se conoce como «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 más precisamente. 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 piensa 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 humanitario internacional y al derecho internacional de los derechos humanos.

4. El artículo 3 común dice:

...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 definirse 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 atenuantes⁶.

6. Un vínculo más entre el derecho humanitario internacional y el derecho 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 advierte que: «...los instrumentos internacionales relativos a los derechos humanos ofrecen a la persona humana una protección fundamental»⁷.

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

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

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 preparado 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 Humanos⁸, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁹, las Reglas

mínimas para el tratamiento de los reclusos¹⁰, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Declaración sobre la Protección contra la Tortura)¹¹, el Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley¹², 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 (Principios de ética médica)¹³, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, 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 reclusos¹⁶.

8. La Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura no incluye los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas¹⁷.

9. Otros órganos y mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas han adoptado medidas dirigidas a preparar normas para la prevención de la tortura y normas que obliguen a los Estados a investigar toda alegación 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 las Mujeres y los Relatores Especiales de los países nombrados por la Comisión de Derechos Humanos.

1. Obligaciones legales de prevenir la tortura

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

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) Penalización de todos 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) Procurar que la tortura sea un delito que dé lugar a extradición y ayudar a otros Estados partes en lo que respecta a los procedimientos penales desarrollados en casos de tortura (artículos 8 y 9 de la Convención contra la Tortura);

e) Limitar el uso de la detención en 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 parientes y amigos; registrar la hora y 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 del personal encargado de la aplicación de la ley (civil y militar), 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 tortura pueda ser invocada como prueba en ningún procedimiento, salvo en contra de una persona acusada de tortura como prueba de que se ha formulado de 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 son sometidos al procedimiento penal si una investigación demuestra que parece haberse cometido un acto de tortura. Si se considera que las alegaciones de trato o pena cruel, inhumano o degradante están bien fundadas, el o los presuntos autores serán sometidos a los correspondientes 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) Comité contra la Tortura

11. El Comité contra la Tortura observa la aplicación de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. El Comité 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 presentarán al Comité, por conducto del Secretario General, informes relativos a las medidas que hayan adoptado para dar efectividad a los compromisos que han contraído en virtud de la Convención. El Comité examinará en qué medida las disposiciones de la Convención se han incorporado a la legislación del país y vigilará cómo ésta funciona en la práctica. El Comité examinará cada informe y podrá formular comentarios generales y recomendaciones, e incluir esta información en su informe anual a los Estados Partes y a la Asamblea General. Estos procedimientos se desarrollarán 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 está justificado, designar a uno o varios de sus miembros para que procedan a una investigación confidencial e informen urgentemente al Comité. De acuerdo con ese Estado Parte, tal investigación podrá incluir una visita a su territorio. Después de examinar las conclusiones presentadas por el miembro o miembros, el Comité transmitirá dichas conclusiones al Estado Parte de que se trate, junto con las observaciones o sugerencias que estime pertinentes en vista de la situación. La totalidad del procedimiento del Comité de acuerdo con el artículo 20 es confidencial y en todas las etapas de las actuaciones se trata de recabar la cooperación del Estado Parte. Una vez concluidas estas actuaciones, tras celebrar consultas con el Estado Parte interesado, el Comité podrá tomar la decisión de incluir un resumen de los resultados de la investigación en el informe anual que presente a los otros Estados Partes y a la Asamblea General¹⁸.

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 interesado 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 con los artículos 12 y 13 de la Convención contra la Tortura para conseguir que se emprendan investigaciones prontas e imparciales sobre todas las acusaciones de tortura. Así, por ejemplo, el Comité ha advertido que considera que un retraso de 15 meses para investigar una alegación de tortura es excesivamente largo y no satisface lo dispuesto en el artículo 12¹⁹. El Comité ha señalado además que el artículo 13 no exige una presentación formal de una queja 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.

b) Comité de Derechos Humanos

15. El Comité de Derechos Humanos se estableció de conformidad con el artículo 28 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y 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 del Pacto deberán 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 conclusiones resumiendo sus principales motivos de preocupación y formulando al Estado Parte las adecuadas sugerencias y recomendaciones. 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 con miras a 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, en el que se afirma que nadie deberá ser sometido a tortura o a malos tratos penales, 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 delito²¹. 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 desarrollaba aún más sus observaciones anteriores. El Comité reforzó su interpretación del artículo 7 advirtiendo 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 individuo podrá presentar al Comité una comunicación en la que alegue que se han violado los derechos que le confiere el Pacto. Si la comunicación se considera admisible, el Comité emite una decisión acerca de su fundamento y la hace pública en su informe anual.

c) 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 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 relativas a los derechos humanos. La Comisión puede iniciar estudios y misiones de investigación, preparar borradores de convenciones y declaraciones para su aprobación por órganos de las Naciones Unidas más elevados y discutir 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 que examinara alegaciones de violaciones graves de derechos humanos y a que realizase un cuidadoso estudio de situaciones en las que se manifiesta un cuadro repetido de posibles violaciones de los derechos humanos²². De acuerdo con este mandato, la Comisión, entre otros procedimientos, ha adoptado resoluciones en las que expresa su inquietud acerca de violaciones de derechos humanos y ha nombrado un Relator Especial para que se ocupe de violaciones de derechos humanos que presenten determinadas características. La Comisión ha adoptado además resoluciones relativas a la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En su resolución 1998/38, la Comisión destaca que «toda denuncia de torturas o de otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes debe ser examinada oportuna e imparcialmente por la autoridad nacional competente».

d) Relator Especial sobre la tortura

19. En 1985, en su resolución 1985/33 la Comisión decidió nombrar 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. La autoridad de vigilancia del Relator Especial abarca a todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas y a todos los Estados a quienes se reconozca el estatuto de observador, trátese o no de Estados que hayan ratificado la Convención contra la Tortura. El Relator Especial se comunica con los diferentes gobiernos a los que solicita informaciones sobre las

medidas legislativas y administrativas adoptadas para prevenir la tortura y reparar sus consecuencias siempre que se haya producido, y además les pide que respondan a toda información relativa a la práctica de la 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 comunicarse con él, y efectúa, de conformidad con su mandato, visitas in situ en determinadas regiones del mundo. El Relator Especial presenta sus informes a la Comisión de Derechos Humanos y a la Asamblea General. Estos informes describen las medidas que el Relator Especial ha adoptado de acuerdo con su mandato y con constancia llaman la atención acerca de la importancia que tiene la rápida investigación de las alegaciones de tortura. En el informe del Relator Especial sobre la tortura del 12 de enero de 1995, el Relator Especial Nigel Rodley formulaba una serie de recomendaciones. En el apartado g del párrafo 926 del informe, advierte:

Cuando un detenido o un pariente 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. Las denuncias de torturas deben tramitarse inmediatamente e investigarse por una autoridad independiente que no tenga ninguna relación con la que está investigando o instruyendo el caso contra la presunta víctima²³.

21. En su informe del 9 de enero de 1996, el Relator Especial ponía de relieve esta recomendación²⁴. Examinando su inquietud acerca de las prácticas de tortura, el Relator Especial, en el párrafo 136, advertía 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) Relator Especial sobre la violencia contra la mujer

22. El Relator Especial sobre la violencia contra la mujer fue establecido en 1994 por la resolución 1994/45 de la Comisión de Derechos Humanos, y el mandato fue renovado por la resolución 1997/44. El Relator Especial ha establecido procedimientos con los que trata de 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 alegaciones específicas de violencia contra las mujeres que se ven en cualquier país. Estas comunicaciones pueden referirse a una o más personas identificadas por sus nombres o puede tratarse de una información de carácter más general relativa a una situación prevalente que condona o perpetra la violencia contra la mujer. La definición de violencia basada en el 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 de 1993. En casos de violencia de género contra la mujer que supongan o puedan suponer una amenaza o temor a una amenaza inminente al derecho a la vida o a la integridad física de la persona, el Relator Especial podrá enviar un llamamiento urgente. El Relator Especial insta 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 van a producirse nuevas violaciones de los derechos humanos de las mujeres.

23. El Relator Especial informa anualmente a la Comisión de Derechos Humanos sobre las comunicaciones enviadas por los gobiernos y las respuestas que el Relator recibe. Basándose en la información recibida de los gobiernos y en otras fuentes fidedignas, el Relator Especial formula recomendaciones a los gobiernos interesados con miras a encontrar soluciones duraderas para eliminar la violencia contra la mujer en todo país. Cuando no reciba respuestas de los gobiernos o cuando la información que éstos faciliten sea insuficiente, el Relator Especial podrá enviarles nuevas comunicaciones. Si en un determinado país persistiera una situación particular de violencia contra las mujeres y la información recibida por el Relator Especial indicase que el gobierno en cuestión no ha adoptado ni está adoptando medidas dirigidas a garantizar la protección de los derechos

humanos de las mujeres, el Relator Especial puede considerar la posibilidad de solicitar permiso del gobierno en cuestión para visitar el país y realizar una misión de observación directa en el lugar.

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), pág. 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 n.º 16 (A/6316), pág. 55, y Naciones Unidas, Recueil des Traités, vol. 999, pág. 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 y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663 C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977; véase Naciones Unidas, documento A/CONF/611, anexo I, art. 31; resolución 663 C (XXIV), Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 24.º período de sesiones, Suplemento n.º 1 (E/3048), pág. 12, modificada por la resolución 2076 (LXII), Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 62.º período de sesiones, Suplemento n.º 1 (E/5988), pág. 38.

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 n.º 34 (A/10034), pág. 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 n.º 46 (A/34/46), pág. 216.

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 n.º 51 (A/37/51), pág. 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 n.º 51 (A/39/51), pág. 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 n.º 49 (A/43/49), pág. 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 n.º 49 (A/45/49), pág. 222.

17 Para una interpretación de lo que se considera como «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 el 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».

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, que figura en el Informe del Comité contra la Tortura a la Asamblea General (A/49/44), de 12 de junio de 1994.

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

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

22 *Ibíd.*, E/4393 (1967).

23 *Ibíd.*, E/CN.4/1995/34.

24 *Ibíd.*, E/CN.4/1996/35.

C. Organizaciones regionales

24. 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.

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

25. 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 1978²⁵. El artículo 5 de la Convención advierte que:

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.

26. El artículo 33 de la Convención prevé el establecimiento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Como se advierte en su Reglamento, la función principal de la Comisión consiste en promover la observancia y la defensa de los derechos humanos y de servir como órgano consultivo de la Organización de los Estados Americanos en esta materia²⁶. Para el cumplimiento de esta función, la Comisión ha recurrido a la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura para que oriente su interpretación sobre qué debe entenderse por tortura en el marco del artículo 5²⁷. 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 1987²⁸. 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.

27. En su artículo 1, los Estados Partes de 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 alegación de tortura que se haya podido producir dentro de su jurisdicción.

28. 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 de oficio y de inmediato a realizar una investigación sobre el caso y a iniciar, cuando corresponda, el respectivo proceso penal.

29. En uno de sus informes de país de 1998, la Comisión advirtió que el procesamiento efectivo de torturadores tropezaba con el obstáculo que supone la falta de independencia existente en una investigación sobre alegaciones de tortura, ya que se pide que la investigación esté a cargo de organismos federales que probablemente están en contacto con las partes acusadas de cometer la tortura²⁹. La Comisión citó el artículo 8 para encarecer la importancia de que todos los casos sean sometidos a un «examen imparcial»³⁰.

30. La Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha ocupado de la necesidad de investigar las alegaciones de violaciones de la Convención Americana sobre Derechos

Humanos. En su decisión sobre el caso Velásquez Rodríguez, fallo del 29 de julio de 1988, la Corte afirma que:

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.

31. El artículo 5 de la Convención dispone el derecho a verse libres de tortura. Aunque el caso trata concretamente de la cuestión de las desapariciones, uno de los derechos que el tribunal considera garantizados por la Convención Americana sobre Derechos Humanos es el derecho a no ser sometidos a tortura ni a otras formas de malos tratos.

2. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos

32. 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 1953³¹. El artículo 3 del Convenio Europeo advierte que «nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes». El Convenio Europeo establece mecanismos de control constituidos por el Tribunal Europeo y la Comisión Europea de Derechos Humanos. Desde que la reforma entró en vigor el 1.º de noviembre de 1998, un nuevo Tribunal permanente ha venido a reemplazar al antiguo Tribunal y a la Comisión. En la actualidad el derecho a presentar demandas individuales es compulsivo para el Tribunal y todas las víctimas tienen acceso directo al mismo. El Tribunal ha tenido ocasión de examinar la necesidad de investigar las alegaciones de tortura para asegurar los derechos que garantiza el artículo 3.

33. El primer fallo sobre esta cuestión fue la decisión en el caso Aksoy c. Turquía (100/1995/606/694), emitida el 18 de diciembre de 1996³². En ese caso, el Tribunal consideró que:

Cuando una persona se encomienda a la custodia de la policía en buena salud pero en el momento de su liberación presenta lesiones, corresponde al Estado dar una explicación plausible en cuanto a la causa de la lesión, y el incumplimiento de esta obligación viola claramente el artículo 3 del Convenio³³.

34. El Tribunal llegó a la conclusión de que las lesiones infligidas al demandante eran consecuencia de tortura y que se había violado el artículo 3³⁴. 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 llegó a la conclusión de que «el artículo 13, sin perjuicio de cualquier otro recurso disponible en el marco del sistema interno, impone a los Estados la obligación de realizar una investigación minuciosa y efectiva de los incidentes de tortura»³⁵.

35. De acuerdo con la interpretación del Tribunal, la noción de «recurso efectivo» del artículo 13 exige una cuidadosa investigación de toda demanda verosímil de tortura. El Tribunal advirtió que aun cuando el Convenio no contiene una disposición expresa, como sucede con el artículo 12 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, ese requerimiento está implícito en la noción de «recurso»³⁶. El Tribunal consideró que el Estado había violado el artículo 13 al dejar de investigar³⁷ la alegación de tortura del demandante

36. 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 alegaciones de tortura no sólo en el marco del artículo 13 sino también en el del artículo 3. En este caso, un joven gitano 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 saber 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 malos tratos dentro del marco del artículo 3»³⁸. Contrariamente a la Comisión, que consideraba que no se había violado el artículo 3, el Tribunal no se detuvo ahí. Siguió su reflexión al considerar que los hechos «suscitan una sospecha razonable de que esas lesiones han podido ser causadas por la policía»³⁹. En consecuencia, el Tribunal consideró que:

En estas circunstancias, cuando una persona presenta una demanda verosímil en el sentido de que ha sido seriamente maltratada por la policía o por otros agentes semejantes del Estado, en contra de la ley y en violación del artículo 3, esta disposición, leída juntamente con el artículo 1 del Convenio, donde se «reconocen 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 obligación deberá poder conducir a la identificación y castigo de los responsables. Si así no se hiciera, 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 custodia⁴⁰.

37. Por vez primera, el Tribunal llegó a la conclusión de que se había producido una violación del artículo 3, no por malos tratos en sí sino por no haberse realizado una investigación oficial efectiva sobre la alegación de malos tratos. Además, el Tribunal reiteró la posición que había adoptado en el caso Aksoy y llegó a la conclusión de que también se había violado el artículo 13. El Tribunal concluyó que:

Cuando una persona presenta una demanda verosímil de que ha sido maltratada en violación del artículo 3, la noción de recurso efectivo implica, además de la necesidad de realizar una investigación cuidadosa y efectiva como se exige asimismo en el artículo 3, que el demandante tenga un acceso efectivo al procedimiento de investigación y, cuando corresponda, el pago de una indemnización⁴¹.

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

38. 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.º de febrero de 1989⁴². El 1.º 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 serán personas de gran prestigio moral, imparciales, independientes y en condiciones de realizar misiones en el terreno.

39. El Comité realiza visitas a los Estados miembros del Consejo de Europa, unas con carácter periódico y otras por razón determinada. La delegación visitante del Comité está constituida por miembros del Comité, acompañados de expertos en los sectores médico, legal y otros, intérpretes y miembros de la secretaría. Estas delegaciones visitan a las personas privadas de su libertad por las autoridades del país visitado⁴³. Las atribuciones de la delegación visitante son bastante extensas: pueden visitar cualquier lugar donde se mantenga a personas privadas de su libertad; hacer visitas no anunciadas a esos lugares; repetir esas mismas visitas; hablar en privado con las personas desprovistas de su 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 podrá 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.

40. A raíz de cada visita el Comité escribe un informe. Basado en 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, diálogo que se prosigue 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 publicar tanto los informes como las respuestas. Hasta ahora casi todos los Estados Partes han publicado informes y respuestas.

41. En el curso de sus actividades a lo largo del último decenio, el Comité ha ido estableciendo gradualmente una serie de criterios aplicables al trato a las personas mantenidas en custodia y que constituyen unas normas generales. Estas normas se ocupan no sólo de las condiciones materiales sino también de salvaguardias de procedimiento. Así, por ejemplo, el Comité defiende tres salvaguardias para las personas mantenidas en custodia por la policía:

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

42. Además, el Comité ha insistido repetidamente en que uno de los medios más efectivos de prevenir malos tratos por parte de funcionarios de aplicación de la ley 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 del castigo adecuado. Esto tiene un fuerte efecto disuasivo.

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

43. 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 tortura se encarga, 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 1986⁴⁴. 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.

44. 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 referían a casos de tortura, entre otras violaciones. En algunas de esas resoluciones de país, la Comisión expresaba su inquietud acerca de la degradación de los derechos humanos, incluida la práctica de la tortura.

45. La Comisión ha establecido mecanismos nuevos como, por ejemplo, el Relator Especial sobre prisiones, el Relator Especial sobre ejecuciones arbitrarias y sumarias, y el Relator Especial sobre la mujer, con la misión de informar a la Comisión durante sus sesiones abiertas. Estos mecanismos han creado oportunidades para que las víctimas y las organizaciones no gubernamentales puedan informar directamente a los Relatores Especiales. Al mismo tiempo, una víctima o una organización no gubernamental puede presentar a la Comisión una queja sobre actos de tortura, tal como se definen en el artículo 5 de la Carta Africana. Mientras una demanda individual se encuentra pendiente ante la Comisión, la víctima o la organización no gubernamental puede enviar la misma información a los Relatores Especiales para que la tomen en consideración en sus informes públicos ante las sesiones de la Comisión. Con el fin de establecer un foro que trate las alegaciones de violaciones de los derechos garantizados por la Carta Africana, en junio de 1998 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.

25 Organización de los Estados Americanos, Serie sobre Tratados n.º 36, y Naciones Unidas, Recueil des Traités, vol. 1144, pág. 124. Reimpreso como documentos básicos

relativos a los derechos humanos en el sistema interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82, documento 6, rev. 1, pág. 25 (1992).

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, artículo 1 (1).

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

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

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

30 *Ibid.*, párr. 324.

31 Naciones Unidas, *Recueil des Traités*, vol. 213, pág. 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.º de enero de

1990, *Série des traités européens*, n.º 45, 46 y 118, respectivamente.

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

34 *Ibid.*, párr. 64.

35 *Ibid.*, párr. 98.

36 *Ibid.*, párr. 98.

37 *Ibid.*, párr. 100.

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

39 *Ibid.*, párr. 101.

40 *Ibid.*, párr. 102.

41 *Ibid.*, párr. 117.

42 *Série des traités européens*, n.º 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 prisioneros que esperan ser sometidos a juicio, los prisioneros sentenciados y las personas involuntariamente confinadas en hospitales psiquiátricos

44 OUA, doc. CAB/LEG/67/3, rev.5, 21, ILM 58 (1982).

D. La Corte Penal Internacional

46. 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 delito de genocidio, crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra (A/CONF.183/9). La Corte tiene jurisdicción sobre los casos de alegación de tortura, tanto los cometidos a gran escala y de modo sistemático en el marco del delito de genocidio o de un crimen de lesa humanidad, como en casos de crímenes de guerra según se definen en 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

47. Todas las profesiones trabajan según unos códigos éticos en los que se describen los valores comunes y se reconocen los derechos de los profesionales, estableciendo las normas morales que, según se espera, deben respetar. Las normas éticas se establecen fundamentalmente mediante dos mecanismos: 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. Los principios fundamentales son siempre los

mismos y se centran sobre 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 reflejan y complementan los derechos que corresponden a todas las personas dentro del marco de los instrumentos internacionales.

A. Ética de la profesión jurídica

48. Como árbitros últimos de la justicia, incumbe a los jueces 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 advierte que «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.

49. Las normas internacionales también especifican los deberes de los abogados en el desempeño de sus funciones profesionales, en la promoción y el estímulo del respeto a 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.

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.

B. La ética en la atención de salud

50. Existen claros vínculos entre los conceptos de los derechos humanos y los tradicionales principios 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 se hace con la profesión jurídica. Forman asimismo parte de las declaraciones emitidas por organizaciones internacionales representativas de los profesionales de la salud, como la Asociación Médica Mundial, la Asociación Psiquiátrica Mundial y el Consejo Internacional de Enfermeras⁴⁸. Las asociaciones médicas nacionales y las organizaciones de enfermeras también transmiten a sus miembros los códigos de ética que deberán respetar. El principio básico del conjunto de la ética de la atención de salud, cualquiera que sea la forma como se enuncie, es el deber fundamental de actuar siempre de conformidad con los mejores intereses 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, se encuentran incorporados al derecho nacional. Incluso cuando los principios de la ética no están determinados de esta forma por la ley, todos los profesionales de la salud están moralmente obligados a respetar las normas establecidas por sus organismos profesionales. Si dejan de respetar las normas profesionales sin una justificación razonable serán juzgados

y condenados por su mal comportamiento.

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.

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

51. Los profesionales de la salud, como todas las demás personas que trabajan en los sistemas penitenciarios, 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 se vea diariamente a todos los reclusos enfermos o a aquellos que soliciten tratamiento⁴⁹. Estas reglas vienen a reforzar la obligación ética de los médicos antes expuesta de tratar y actuar según los mejores intereses de los pacientes a los que tienen el deber de atender. Además, las Naciones Unidas se han ocupado específicamente de las obligaciones éticas de médicos y demás 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 degradantes⁵⁰. 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 el uso de sus conocimientos y técnicas de medicina de cualquier manera que sea contraria a las declaraciones internacionales de los derechos individuales⁵¹. En particular, el participar, activa o pasivamente, en la tortura o condonarla de cualquier forma que sea, constituye una grave violación de la ética en materia de atención de salud.

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.

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.

2. Declaraciones de organismos profesionales internacionales

52. Por «participación en la tortura» se entiende también 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 con toda probabilidad son responsables de ella; el transmitir a torturadores sus conocimientos personales o información acerca de la salud personal del sujeto; el descartar internacionalmente pruebas y falsificar informes como informes de autopsia y certificados de defunción⁵². Los principios de las Naciones Unidas incorporan además una de las normas fundamentales de la ética de la atención de 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 prisioneros. Así, pues, la evaluación de la salud de un detenido con el fin de facilitar su castigo o tortura es evidentemente contraria a la ética profesional.

53. Numerosas declaraciones de organismos profesionales internacionales se centran en los principios relativos a la protección de los derechos humanos y expresan un claro consenso médico internacional sobre estas cuestiones. Las declaraciones de la Asociación Médica Mundial definen los aspectos internacionalmente acordados de los deberes éticos que deben respetar todos los médicos. La Declaración de Tokio 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 tratos⁵³. Esta Declaración se ve reforzada por los principios de las Naciones Unidas referentes de forma concreta a la Declaración de Tokio. A los médicos se les prohíbe con toda claridad el dar información o cualquier tipo de instrumento o sustancia médica que pueda facilitar los malos tratos. La Declaración de Hawaii de la Asociación Psiquiátrica Mundial aplica específicamente la misma norma, que prohíbe la mala utilización de los conocimientos psiquiátricos para violar los derechos humanos de

cualquier individuo o grupo⁵⁴. La Conferencia Internacional de la Medicina Islámica insistió en el mismo punto en su Declaración de Kuwait, por la que prohíbe a los médicos que permitan 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 sea⁵⁵. Disposiciones similares se refieren a las enfermeras en la directiva sobre el papel de la enfermera en la atención a detenidos y prisioneros⁵⁶.

54. Además, los profesionales de la salud tienen el deber de apoyar a los colegas que se oponen abiertamente a las violaciones de los derechos humanos. El no hacerlo supone no sólo violar los derechos de los pacientes y contradecir las Declaraciones antes citadas sino además desacreditar a las profesiones sanitarias. El menoscabar la honra de la profesión se considera como un comportamiento gravemente perjudicial para la profesión. La resolución de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos humanos 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 ocultan pruebas de abusos por mucho que teman a las represalias⁵⁷. Pide a los organismos nacionales que den claras directrices, en particular a los médicos que trabajan en el sistema penitenciario, para que protesten contra 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. Pide asimismo que den apoyo a los médicos que llamen la atención acerca de los abusos de los derechos humanos. La ulterior Declaración de Hamburgo de la Asociación Médica Mundial reafirma la responsabilidad que en el ámbito mundial incumbe a los individuos y a los grupos médicos organizados de estimular a los médicos a que se resistan a la tortura o a toda presión para que actúen en sentido contrario a los principios éticos⁵⁸. 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.

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 un consentimiento informado antes de revelar cualquier información, en particular cuando los sujetos puedan exponerse a un riesgo a causa de esa revelación (véase cap. II, secc. C.3).

53 Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1975.

54 Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1977.

55 Adoptada en 1981 (1401 del calendario islámico).

56 Adoptada por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1975.

57 Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1990.

58 Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1997

3. Códigos nacionales de ética médica

55. El tercer nivel de articulación de los principios éticos es el de los códigos nacionales. Estos códigos reflejan los mismos valores fundamentales antes mencionados, ya que toda ética médica es expresión de valores comunes a todos los facultativos. En prácticamente todas las culturas y códigos, se formulan las mismas presunciones básicas acerca de los deberes de evitar daño, ayudar al enfermo, proteger al vulnerable y no discriminar entre pacientes sobre ninguna base 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 fundamental que el profesional de la salud tenga en cuenta sus obligaciones morales fundamentales tal como se expresan en los valores profesionales comunes, pero que las pongan en práctica de una forma que refleje el deber básico de evitar lesiones a sus pacientes.

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

56. El principio de la independencia profesional exige que en todo momento el profesional de la salud se concentre sobre el objetivo fundamental de la medicina, que es aliviar el sufrimiento y la angustia y evitar dañar al paciente, ignorando todas las presiones. También existen otros varios principios éticos tan fundamentales que se hallan invariablemente en

todos los códigos y en enunciaciones éticas. Los más básicos son la necesidad de dar una asistencia compasiva, no perjudicar y respetar los derechos de los pacientes. Estos son requisitos fundamentales para todos los profesionales de la salud.

1. El deber de dar una asistencia compasiva

57. El deber de dar asistencia se expresa de diversas formas en los diferentes códigos y declaraciones nacionales e internacionales. Un aspecto de este deber es la obligación médica de responder a los que tengan necesidades médicas. Esto se refleja en el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, que reconoce la obligación moral del médico de dar atención de emergencia como deber humanitario⁵⁹. El deber de responder a las necesidades y sufrimientos se revela asimismo en las declaraciones tradicionales hechas en casi todas las culturas.

58. Subyacentes a una gran parte de la ética médica moderna están los principios establecidos en las primeras declaraciones de valores profesionales que exigen a los médicos que den su asistencia incluso a cambio de que ellos mismos corran algún riesgo. Por ejemplo, el Caraka Samhita, un código hindú que data del primer siglo de nuestra era, advierte al médico: «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 más antiguos códigos islámicos y en la moderna Declaración de Kuwait, que exige a los médicos que se ocupen de los necesitados,

«estén éstos cerca o lejos, sean justos o pecadores, sean amigos o enemigos».

59. Los valores médicos occidentales han estado dominados por la influencia del Juramento de Hipócrates e invocaciones 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, en diversas formas, se reflejan en todos los códigos modernos profesionales de ética de la atención de salud. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial es una reafirmación moderna de los valores hipocráticos⁶⁰. Es una promesa según la cual los médicos deben considerar que la salud de sus pacientes es su primera obligación y dedicarse al servicio de la humanidad con conciencia y dignidad.

60. 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 el paciente, incluidos 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 verse sometidos. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial pone de relieve el deber que tiene el médico de dar su asistencia «con total independencia técnica y moral, con compasión y con respeto hacia la dignidad humana». También pone de relieve el deber de actuar sólo en interés del paciente y advierte que el médico debe lealtad total a sus pacientes. La Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de independencia y libertad profesional de los médicos 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 seguridad⁶¹. Esta última declaración exige a los médicos que se aseguren de que «disfrutan de independencia profesional para representar y defender las necesidades sanitarias de sus pacientes contra cualquiera que pudiera negar o restringir la asistencia que necesitan los enfermos o los heridos». Principios similares se prescriben para las enfermeras en el Código del Consejo Internacional de Enfermeras.

61. Otra forma como la Asociación Médica Mundial expresa el deber asistencial es a través del reconocimiento de los derechos de los pacientes. Su Declaración de Lisboa sobre los derechos de los pacientes reconoce que todas las personas tienen derecho, sin discriminación, a una atención de salud adecuada y reitera que en todo momento los médicos deben actuar en el mejor interés del paciente⁶². Según la Declaración, los pacientes deben tener garantizada la autonomía y la justicia, y médicos y todos los demás

prestadores de atención médica deben respetar los derechos de los pacientes. «En todos los casos en que la legislación, las medidas gubernamentales o cualquier otra administración o institución nieguen a los pacientes esos derechos, los médicos deberán buscar los medios adecuados para asegurárselos o restaurarlos.» Todo el mundo tiene derecho a una atención de salud adecuada, 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 adecuadas. 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.

59 Adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949.

60 Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948.

61 Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1986.

62 Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981; enmendada por la 47.^a reunión de la asamblea general de la Asociación, en septiembre de 1995

2. Consentimiento informado

62. 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 los propios pacientes son los mejores jueces de 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 sanitario deberá atenerse a su propio juicio acerca de cómo puede protegerse y promoverse 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 humanos⁶³.

63. La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial especifica que, antes de todo examen o procedimiento, el médico tiene la obligación de obtener el consentimiento voluntario e informado de los pacientes mentalmente competentes. Esto significa que los sujetos necesitan conocer las consecuencias que puede tener su consentimiento y 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 la fuerza o por haber dado falsas informaciones al paciente no tendrá valor alguno y el médico que así actúe está probablemente violando la ética profesional. Cuanto más graves puedan ser las consecuencias del procedimiento para el paciente, mayor es el imperativo moral de obtener un consentimiento informado en buenas 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 como objetivo primario el dar atención terapéutica, habrá que poner mayor interés en asegurarse de que el paciente conoce la situación y está de acuerdo con ella, y de que en ninguna forma van a salir perjudicados los mejores intereses del individuo. Como ya se ha dicho antes, 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 objetivo de la medicina. La única evaluación ética que puede hacerse de la salud de un recluso es la que se destina a evaluar su salud con el fin de mantenerla y mejorarla al máximo, no para facilitar su castigo. Cuando se trate de una exploración física dirigida a encontrar pruebas en una encuesta 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 y quién va a tener acceso a ellos. Si este y otros puntos relativos a la decisión del paciente no se especifican claramente

de antemano, no será válido su consentimiento para el examen y el registro de la información.

63 Adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1983.

3. Confidencialidad

64. Todos los códigos éticos, desde el juramento hipocrático hasta los más modernos, incluyen el deber de confidencialidad como un principio fundamental que también se sitúa en primer plano en declaraciones de la Asociación Médica Mundial, como la Declaración de Lisboa. En ciertas jurisdicciones, la obligación de secreto profesional se considera tan importante que se ha incorporado a la legislación nacional. El deber de confidencialidad no es absoluto y se puede incumplir éticamente en circunstancias excepcionales cuando el no hacerlo podría previsiblemente provocar graves daños a personas o graves perturbaciones a la justicia. Pero, en general, el deber de confidencialidad referido a información sanitaria personal identificable sólo puede soslayarse con el permiso informado del paciente⁶⁴. Una información no identificable sobre algún paciente se puede utilizar libremente con otros fines y se usará de preferencia tratándose de situaciones en las que no es esencial revelar la identidad del paciente. Este puede ser el caso, por ejemplo, en el acopio de datos sobre características generales de tortura o de 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 probablemente va a 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 ligado por su deber profesional de confidencialidad. Los profesionales de la salud que respondan 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 humanitario internacional protege específicamente la confidencialidad entre médico y paciente, exigiendo a los médicos que no denuncien a las personas que están enfermas o heridas⁶⁵. 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.

64 Excepto ante problemas comunes de salud pública, como el notificar el nombre de la persona tratándose de enfermedades infecciosas, toxicomanía, trastornos mentales, etc.

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

D. Profesionales de la salud con doble obligación

65. Los profesionales de la salud tienen una doble obligación, una obligación principal ante su paciente, la de promover los mejores intereses de esa persona, y una obligación general ante la sociedad, la de asegurar el triunfo de la justicia y prevenir violaciones de los derechos humanos. Los dilemas resultantes de esta doble obligación se plantean con particular agudeza para los profesionales de la salud que trabajan para servicios de policía, 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 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 sanitarios de sus pacientes y actúen en consecuencia.

1. Principios orientadores de todos los médicos con doble obligación

66. 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 situación⁶⁶. El médico deberá identificarse ante los pacientes y explicarles el objetivo de su examen o tratamiento. Incluso tratándose de médicos nombrados y pagados por una parte tercera, siguen teniendo la indiscutible obligación de cuidar a todo paciente que examinen o traten. Deben negarse a realizar cualquier procedimiento que pueda dañar al paciente o dejarle física o psicológicamente vulnerable a cualquier daño. Debe asegurarse de que sus condiciones contractuales le dejan independencia profesional para sus juicios clínicos. El médico debe

asegurarse de que toda persona en custodia tenga acceso a todo examen y tratamiento médicos que necesite. Cuando el detenido es un menor o un adulto vulnerable, el médico tiene además el deber adicional de actuar como defensor. Los médicos mantienen siempre su deber de confidencialidad de tal forma que ninguna información pueda ser revelada sin conocimiento del paciente. Deben asegurarse de que sus registros médicos se conservan confidenciales. Los médicos tienen el deber de vigilar y denunciar a cualquier servicio que actúe de forma contraria a la ética, abusiva, inadecuada o peligrosa para la salud del paciente. En estos casos tienen el deber ético de adoptar medidas inmediatas ya que si no actúan sin pérdida de tiempo, más tarde les puede ser 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, a sus familias o a ellos mismos a riesgos serios previsible. Los médicos y las asociaciones profesionales deben dar su apoyo a los colegas que adopten esas medidas sobre la base de pruebas razonables.

66 Estos principios están tomados de *Doctors with Dual Obligations*, publicado por la British Medical Association en 1995.

2. Dilemas resultantes de la doble obligación

67. 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 no obedecer a 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 en lugar de comprometer los preceptos básicos o exponer a sus pacientes a un grave peligro.

68. Existen casos en los que ambas 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 a que se revele a otros la información obtenida mediante su examen. Pueden temer el riesgo de que haya represalias contra ellos mismos o sus familias. En tal situación, 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 el cumplimiento de la justicia y que todo responsable de malos tratos sea sometido a juicio. El principio fundamental de evitar daño debe figurar en primer plano cuando se presenten 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 buscará consejo junto a organismos de confianza; en ciertos casos, puede tratarse de la asociación médica nacional o de organismos 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.

69. 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 eminentemente 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 un adecuado consentimiento informado. El médico dará su apoyo al paciente en la adopción de tales decisiones.

70. 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 relatar francamente qué es lo que le ha ocurrido. Antes de iniciar el examen, el

médico forense explicará cuáles son sus funciones ante el paciente y dejará bien claro que normalmente la confidencialidad médica no forma parte de ellas, como sucedería en un contexto terapéutico. Es posible que los reglamentos no permitan que el paciente se niegue a ser examinado pero 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 pueden exponer datos imparciales, incluido el dejar bien claro en sus informes que hay pruebas de malos tratos⁶⁷.

71. Los médicos de las prisiones son los principales proveedores de tratamiento pero tienen asimismo la función de examinar a los detenidos que llegan a la prisión tras su custodia por la policía. En esta función o en el tratamiento de personas recluidas pueden descubrir pruebas de violencia inaceptable que los propios prisioneros no están 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 prisioneros son incapaces de hacerlo efectivamente. Cuando los prisioneros 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.

72. 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». Un médico nunca debe 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 solución, el profesional de la salud debe tener en cuenta la posibilidad de que se ejerzan presiones sobre él para que revele los datos que permitan una identificación o la posibilidad de que se le requisen por la fuerza sus registros médicos. Aunque no haya soluciones fáciles, el profesional de la salud deberá guiarse siempre por la invocación básica de evitar el dañar por encima de todas las demás consideraciones y, cuando sea posible, pedir consejo a organismos médicos nacionales o internacionales.

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)*, 276 1996, págs. 396 a 402.

CAPÍTULO III

INVESTIGACIÓN LEGAL DE LA TORTURA

73. El derecho internacional obliga a los Estados a investigar con prontitud e imparcialidad todo incidente de tortura que se notifique. Cuando la información existente lo exija, el Estado en cuyo territorio haya una persona que presuntamente haya cometido o participado en la tortura, deberá o bien extraditar al presunto autor a otro Estado que tenga jurisdicción competente o 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 incidentes de tortura son competencia, imparcialidad, independencia, prontitud y minuciosidad. Estos elementos pueden adaptarse a cualquier sistema jurídico y deberá orientar todas las investigaciones de presuntas torturas.

74. Cuando los procedimientos de investigación sean inadecuados por falta de recursos o de pericia, por aparente falta de imparcialidad, porque parece existir algún tipo de abuso o por otras razones sustanciales, los Estados deberán realizar las investigaciones valiéndose de una comisión de encuesta independiente o por 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 sujeto de la encuesta.

75. La sección A describe el objetivo general de una investigación de tortura. La sección B establece los principios básicos para una investigación y documentación efectivas de tortura y otros tratos y penales crueles, inhumanos o degradantes. La sección C sugiere procedimientos para realizar una investigación sobre presunta tortura, 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 la observación de signos físicos. La sección D da directrices para el establecimiento de una comisión independiente de encuesta. Estas directrices se basan en la experiencia de varios países que han establecido comisiones independientes para la investigación de presuntos abusos de derechos humanos, incluidas muertes extrajudiciales, tortura y desapariciones.

A. Objetivos de una investigación de tortura

76. El objetivo general de la investigación consiste en aclarar los hechos en relación con presuntos incidentes de tortura, con miras a identificar a los responsables de los incidentes y facilitar su procesamiento, o para utilizar la información en el contexto de otros procedimientos dirigidos a obtener compensación para las víctimas. Las cuestiones que aquí se tratan pueden asimismo ser interesantes para otros tipos de investigaciones de tortura. 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 alegaciones de tortura para ayudar a cualquier posible 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 incidentes de tortura, así como cualquier tipo de práctica que pudiera haber guardado relación con la tortura.

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

77. Los principios que a continuación se exponen representan un consenso entre individuos y organizaciones con experiencia en investigación de la 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 encuentran 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 convenga, el castigo mediante sanciones disciplinarias de las personas cuya responsabilidad se haya determinado en la investigación, y demostrar la necesidad de que el Estado ofrezca plena reparación, incluida una indemnización financiera justa y adecuada, así como los medios para obtener atención médica y rehabilitación.

78. Los Estados velarán por que se investiguen con prontitud y efectividad las quejas o denuncias de torturas o malos tratos. Incluso cuando no exista denuncia expresa, deberá iniciarse una investigación si existen otros indicios de que puede haberse cometido un acto de tortura 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.

79. La autoridad investigadora tendrá poderes para obtener toda la información necesaria para la investigación y estará obligada a hacerlo⁶⁸. 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.

Las presuntas víctimas de torturas o malos tratos, los testigos, quienes realicen la investigación, así como sus familias, serán protegidos de actos o de 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.

80. 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.

81. 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 habitual abusiva, o por otras razones fundadas, los Estados velarán por que las investigaciones se lleven a cabo por conducto de una comisión independiente o por 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 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 principios⁶⁹. 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 adoptarán a consecuencia de ello.

82. 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. 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 la filiación de todos los presentes en el examen; la fecha y hora exactas; la situación, carácter y domicilio de la institución (incluida la habitación, cuando sea necesario) donde se realizó el examen (por ejemplo, centro de detención, clínica, casa, etc.); las circunstancias del sujeto en el momento del examen (por ejemplo, cualquier coacción de que haya sido objeto a su llegada o durante el examen, la presencia de fuerzas de seguridad durante el examen, la conducta de las personas que acompañaban al preso, posibles amenazas proferidas contra la persona que realizó el examen, etc.); y cualquier otro factor pertinente;

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

c) Examen físico y psicológico. Descripción de todos los resultados obtenidos tras el examen clínico, físico y psicológico, incluidas las pruebas de diagnóstico correspondientes y, cuando sea posible, fotografías en color de todas las lesiones;

d) Opinión. Interpretación de la relación que exista entre los síntomas físicos y psicológicos y las posibles torturas o malos tratos. Tratamiento médico y psicológico recomendado o necesidad de exámenes posteriores;

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

83. El informe tendrá carácter confidencial y se comunicará su contenido al sujeto o a la

persona que éste designe como su representante. Se recabará la opinión del sujeto y de su representante sobre el proceso de examen, que quedará registrada en el informe. 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 alegación de tortura. En los capítulos V y VI se describen con detalle las evaluaciones física y psicológica, respectivamente.

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

69 Véase la nota 68 supra.

C. Procedimientos aplicables a la investigación de tortura

1. Determinar el órgano investigador adecuado

84. Cuando se sospeche la intervención en la tortura de funcionarios públicos, incluso la posibilidad de que hayan ordenado el uso de la tortura o que la toleren, 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 encuesta. También puede ser necesaria esta comisión cuando se ponga en duda la experiencia o la imparcialidad de los investigadores.

85. Entre los factores que pueden dar apoyo a 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 fue vista por última vez sin daño alguno, detenida o en custodia de la policía;

b) Cuando el modus operandi sea conocido y atribuible a la tortura patrocinada por el Estado;

c) Cuando personas del Estado o asociadas al Estado hayan tratado de obstruir o retrasar la investigación de la tortura;

d) Cuando una encuesta independiente sea favorable al interés público;

e) Cuando la investigación realizada por los órganos investigadores habituales se ponga en tela de juicio a causa de la falta de experiencia o de imparcialidad o por cualquier otra razón, incluida la importancia del asunto, la existencia posible de modalidades especiales de abuso, quejas de la persona, otras insuficiencias o cualquier otra razón sustantiva.

86. Cuando el Estado decida establecer una comisión independiente de encuesta deberán tenerse en cuenta varias consideraciones. Primero, a las personas objeto de la encuesta se les ha de garantizar las salvaguardas mínimas del procedimiento y estarán protegidas por el derecho internacional en todas las fases de la investigación. Segundo, los investigadores deberán contar con el apoyo del adecuado personal técnico y administrativo, además de tener acceso a asesoramiento jurídico objetivo e imparcial, con lo que se asegura que la investigación va a producir información admisible para el procedimiento penal. Tercero, los investigadores deberán recibir el pleno apoyo de los recursos y facultades del Estado. Por último, los investigadores tendrán poder necesario para pedir a la comunidad internacional la ayuda de expertos en derecho y medicina.

2. Entrevistar a la presunta víctima y a otros testigos

87. Dada la naturaleza de los casos de tortura y el trauma que la persona sufre como consecuencia, del que con frecuencia forma parte un devastador sentido 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 de toda violencia, amenaza de violencia o cualquier otra forma de intimidación que pueda producirse en el curso de la investigación. Los investigadores informarán a los testigos sobre las consecuencias que puede tener el que formen parte de la investigación y también sobre cualquier otra cosa que pudiera pasar en relación con el caso y que pudiera afectarles.

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

88. Siempre que sea posible y desde el primer momento se informará a la presunta víctima de la naturaleza del procedimiento, la razón por la que 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 se publicarán y cuáles van a quedar como 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 distribución del tiempo y a su deseo. 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 con motivo de la investigación y procesamiento del caso. Los investigadores informarán a la presunta víctima de la detención del presunto agente. A las supuestas víctimas de tortura se les dará información para que puedan ponerse en contacto con grupos de defensa y tratamiento que puedan serles de ayuda. Los investigadores trabajarán junto con los grupos de defensa de su jurisdicción con el fin de asegurarse de que se produce un intercambio mutuo de información y de formación concernientes a la tortura.

b) Selección del investigador

89. Las autoridades que investigan el caso deberán identificar a la persona principalmente responsable del interrogatorio de la presunta víctima. Aunque ésta pueda necesitar examinar su caso junto con profesionales jurídicos y también médicos, el equipo investigador deberá hacer todo lo posible por evitar innecesarias repeticiones de la historia personal. Seleccionando a una persona como investigador principal con una responsabilidad concreta en lo que respecta a la presunta víctima de la tortura, se prestará atención particular a la preferencia que el sujeto exprese en cuanto a 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. Información en esta materia puede obtenerse de diversas fuentes, incluido este manual, varias publicaciones profesionales y docentes, cursos de formación y conferencias profesionales. Además, durante la investigación el investigador deberá tener acceso al asesoramiento y asistencia de expertos internacionales.

c) Contexto de la investigación

90. Los investigadores deberán estudiar con todo cuidado el contexto en el que actúan, adoptando las precauciones necesarias y, en consecuencia, las salvaguardias oportunas. Si han de interrogar a personas que están mantenidas en prisión o se hallan en situación similar, en la que podrían sufrir represalias, el entrevistador tendrá gran cuidado para 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 el testigo se sienta seguro para hablar con toda libertad.

91. Las evaluaciones pueden desarrollarse en muy diversos contextos políticos. De ello resultan importantes diferencias en la forma como éstas deben realizarse. También las normas legales en cuyo marco se realiza la investigación se ven afectadas por el contexto. Por ejemplo, una investigación que culmina en el juicio de un presunto agente requerirá el máximo nivel de prueba, mientras que un informe destinado a dar apoyo a una demanda de asilo político en un tercer país sólo requerirá un nivel de prueba de tortura relativamente bajo. El investigador deberá adaptar las siguientes directrices de conformidad con la situación y objetivos particulares de la evaluación. A continuación se dan ejemplos de algunos de los mencionados contextos, sin que esta relación pueda considerarse como 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 opresor 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 por crímenes de guerra o comisión de esclarecimiento de la verdad.

92. El contexto político puede ser hostil hacia la víctima y el examinador, por ejemplo, cuando se está entrevistando a detenidos mantenidos en prisión por sus gobiernos o que se hallan detenidos por gobiernos extranjeros para su deportación. En países donde se examina a demandantes de asilo para hallar signos de tortura, puede haber una resistencia políticamente motivada a reconocer las declaraciones de trauma y tortura. En ciertas condiciones puede haber una posibilidad muy real de poner en peligro la seguridad del detenido, lo cual deberá tenerse en cuenta en toda evaluación. En todo caso, los investigadores deben tener mucho cuidado cuando se pongan en contacto con presuntas víctimas de tortura, 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 dedicará tiempo suficiente y el investigador no ha de esperar que en una primera entrevista pueda recoger la historia completa. Las preguntas sobre cuestiones de carácter privado van a ser traumatizantes para la presunta víctima. El investigador deberá ser sensible al tono que utilice y a la forma y secuencia con 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 desean o decidir que no responden a cualquier pregunta.

93. Siempre que sea posible deberá ponerse a disposición de la presunta víctima de tortura, de los testigos y de los miembros del equipo investigador servicios psicológicos y de consejo que trabajen con ellos. El relato de los detalles de la tortura puede hacer que la persona reviva su experiencia o sufra otros síntomas relacionados con el trauma (véase cap. IV, secc. H). El escuchar detalles acerca de la tortura puede provocar a los investigadores síntomas de trauma secundario por lo que debe estimularseles 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 menospreciar las experiencias de la persona que está siendo entrevistada.

d) Seguridad de los testigos

94. El Estado tiene la responsabilidad de proteger a las presuntas víctimas, a los testigos y a sus familias de toda violencia, amenaza de violencia o cualquier otra forma de intimidación que pueda producirse relacionada con la investigación. Las personas que podrían verse implicadas en la tortura deberán ser alejadas de toda posición que directa o indirectamente tenga control o poder sobre los demandantes, los testigos y sus familias, así como todos los que realizan las investigaciones. Los investigadores deberán tener en cuenta en todo momento los efectos que su investigación pueda tener sobre la seguridad de la persona que alega tortura y los demás testigos.

95. Una técnica que se ha propuesto para conferir una cierta seguridad a los entrevistados, incluidos los que se encuentren presos en países que se hallan en situación conflictiva, consiste en anotar y mantener en seguridad las identidades de las personas visitadas de manera que los investigadores puedan cerciorarse de la seguridad de esas personas en sus ulteriores visitas. 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.

96. Los prisioneros corren un peligro mayor que las personas que no se encuentran en custodia. Los prisioneros pueden reaccionar de forma distinta ante diferentes situaciones. En una determinada situación, los prisioneros pueden inadvertidamente ponerse en peligro y se expresan con excesiva vehemencia, pensando que están protegidos por la presencia del investigador «externo». Este podría no ser el caso. En otras situaciones, el investigador puede tropezarse contra una «muralla de silencio», pues los prisioneros están demasiado intimidados como para confiar en nadie, por mucho que se les haya advertido que hablan en privado. En este último caso, puede ser necesario comenzar con «entrevistas en grupo», de manera que se pueda explicar claramente el ámbito y objetivo de la investigación y a continuación ofrecerse a mantener entrevistas en privado con las personas que deseen hablar. Si el temor a represalias, justificado o no, es demasiado grande, puede ser necesario entrevistar a todos los prisioneros 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 suprimir de los registros públicos su nombre y demás información que le identifique, o bien ofreciendo a la persona la posibilidad de testimoniar a través de dispositivos enmascaradores de la imagen o la voz, o por televisión en circuito cerrado. Estas medidas deberán en todo caso ser compatibles con los derechos del acusado.

e) Utilización de intérpretes

97. 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. Este no es el ideal, pues el sujeto no siempre se siente a gusto para hablar de su experiencia de tortura mediante 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, secc. I y cap. VI, secc. C.2).

f) Información que debe obtenerse de la persona que alega haber sido torturada

98. El investigador tratará de obtener tanta información como sea posible mediante el testimonio de la presunta víctima (véase cap. IV, secc. E):

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

ii) Fechas y momentos aproximados de la tortura, con mención del momento del último acto de tortura. Esta precisión es difícil de obtener ya que la tortura se ha podido desarrollar 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 tomar historias distintas para los diferentes lugares puede ser útil para poderse formar una imagen global de la situación. Es frecuente que los supervivientes no sepan exactamente adónde se les ha llevado, pues llevan los ojos tapados o no están 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 han intervenido en el arresto, detención y tortura, incluido si el sujeto conocía a alguno de ellos antes de los acontecimientos relativos a la presunta tortura, cómo van vestidos, cicatrices, señales de nacimiento, tatuajes, estatura, peso (la persona puede ser capaz de describir al torturador en relación con su propio tamaño), algún detalle particular en cuanto a la anatomía, habla y acento de los torturadores y si éstos parecían estar bajo la influencia del alcohol o de las drogas en cualquier momento;

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

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 detalles de la 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 extraordinariamente traumática;

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

viii) Lesiones físicas sufridas en el curso de la tortura;

ix) Una descripción de las armas o demás objetos físicos utilizados;

x) Identidad de los testigos de todos los actos que han formado parte de la tortura. El investigador deberá tener el máximo cuidado para proteger la seguridad de los testigos y tener en cuenta la posibilidad de ocultar sus identidades o mantener sus nombres en otro lugar distinto de la parte principal de las notas que tome sobre la entrevista.

g) Declaración de la persona que alega haber sufrido tortura

99. El investigador deberá registrar en cinta magnetofónica y después 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 «¿le torturaron mientras estaba en prisión?» Esta última pregunta presupone que lo que le ha sucedido al testigo es que le han torturado y limita el sitio 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 ha sucedido 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 que le ha sucedido. Pregunte qué es lo que ha visto, oído, olido y sentido. Esto es importante, por ejemplo, cuando se le han tapado los ojos al sujeto o si ha experimentado una agresión en la oscuridad.

h) Declaración del presunto agente de la tortura

100. 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

101. El investigador deberá reunir todas las pruebas físicas que pueda para documentar un incidente o un tipo de tortura. El acopio y análisis de las pruebas físicas constituye uno de los aspectos más importantes de toda investigación cuidadosa e imparcial de tortura. El investigador deberá documentar toda la cadena de custodia que ha intervenido en su acción de recuperar y preservar 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 es mantenido en alguna forma de custodia, 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 poder suficiente para que tengan acceso sin restricciones a cualquier lugar o instalación y poder 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 todas las zonas abiertas o cerradas, incluidos edificios, vehículos, oficinas, celdas de prisión u

otras instalaciones en las que presuntamente se ha torturado.

102. 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 estudio del lugar en busca de cualquier tipo de prueba material. Todas las pruebas se recogerán, manejarán, empaquetarán y marcarán adecuadamente, guardándolas 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. Todo instrumento que haya podido ser utilizado para torturar, tanto si ha sido diseñado con ese fin como si ha sido utilizado circunstancialmente, se deberá recoger y preservar. Si el acto ha sido tan reciente que puedan ser interesantes se tomarán y preservarán todas las huellas dactilares encontradas. Se preparará un plano a escala y debidamente señalado de los locales o lugares donde presuntamente se ha practicado la tortura y en él se mostrarán todos los detalles pertinentes, como la situación en cada uno de los pisos del edificio, habitaciones, entradas, ventanas, muebles y terrenos limítrofes. Con el mismo objeto se realizarán fotografías en colores. 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 toda 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 lugares en investigación para determinar si fueron testigos o no de los incidentes de presunta tortura. Se recogerán todos los escritos, registros o documentos importantes para su posible uso como prueba y para análisis grafológicos.

4. Signos médicos

103. 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 alega que ésta ha tenido lugar durante las seis últimas semanas, será urgente proceder al examen antes de que desaparezcan los signos agudos. 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 de la exploración física y de la evaluación del forense). Siempre es necesario realizar una evaluación psicológica y un estudio de la presunta víctima de la tortura y ello puede formar parte de la exploración física o, cuando no existen signos físicos, puede realizarse por su propio interés (véase en el capítulo VI una descripción de la evaluación psicológica).

104. Para preparar una impresión clínica con miras a redactar un informe sobre signos físicos y psicológicos de tortura, deberán formularse seis preguntas importantes:

- a) ¿Hay una relación entre los signos físicos y psicológicos hallados y el informe de presunta tortura?
 - b) ¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico?
 - c) ¿Son los signos psicológicos hallados los que cabe esperar o las reacciones típicas ante un estrés máximo dentro del contexto cultural y social del individuo?
 - d) Dado el curso fluctuante con el tiempo de los trastornos mentales relacionados con los traumas, ¿cuál sería la cronología en relación con los actos de tortura? ¿En qué punto de la recuperación se encuentra el sujeto?
 - e) ¿Qué otros factores de estrés afectan al sujeto (por ejemplo, una persecución mantenida, migración forzada, exilio, pérdida de los papeles familiar y social, etc.)?
- ¿Qué impacto tienen estas cuestiones sobre la víctima?
- f) ¿Podría sugerir el cuadro clínico una falsa alegación de tortura?

5. Fotografías

105. Deberán tomarse fotografías en color de las lesiones de las persona que pretenden haber sido torturadas, de los locales donde ha tenido lugar la presunta tortura (interior y

exterior) y de todos los demás signos físicos que puedan encontrarse. Es esencial incluir 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 preferirán fotografías profesionales que deberán ser tomadas en el momento en que pueda disponerse del necesario equipo. Siempre que sea posible se tomarán las fotografías con una cámara de 35 milímetros 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 encuesta

1. Definir el ámbito de la encuesta

106. Todo Estado u organización que establezca una comisión de encuesta habrá de determinar el ámbito de la encuesta especificando el mandato en su autorización. El definir el mandato de la comisión aumentará en gran medida sus probabilidades de éxito por dar legitimidad al proceso, facilitar a los miembros de la comisión el que alcancen un consenso acerca del ámbito de la encuesta y dar una medida por la cual pueda juzgarse 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 acontecimientos y problemas que se van a investigar y de los que se tratará en el informe final de la comisión;
- c) Permitirán cierta flexibilidad en el ámbito de la encuesta de manera que la comisión pueda proceder a una investigación minuciosa asegurándose de que no va a verse 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. Poder de la comisión

107. Los principios enumerados determinan en general cuáles van a ser los poderes de la comisión. Concretamente, la comisión necesita los siguientes:

- a) Autoridad para obtener la información necesaria para la encuesta, incluida autoridad para obtener testimonios bajo 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 al lugar, incluidos los locales donde se sospecha 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

108. 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 conectados de forma excesivamente estrecha 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 un juicio razonable. Siempre que sea posible, en las comisiones de encuesta se incluirá a personas con experiencia en derecho, medicina y otros

sectores especializados apropiados.

c) Independencia. Los miembros de la comisión serán conocidos en su comunidad por ser honrados y justos.

109. 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 será especialmente vulnerable ante el Estado y otras presiones exteriores.

4. El personal de la comisión

110. Las comisiones de encuesta deben contar con un asesor experto e imparcial. Cuando la comisión investiga acusaciones contra el comportamiento del Estado, convendrá nombrar a un asesor que no forme parte del Ministerio de Justicia. El asesor principal de la comisión deberá estar al margen de toda influencia política, por ostentar en el servicio civil o por ser un miembro del colegio de abogados totalmente independiente. La investigación requerirá con frecuencia asesores expertos. La comisión deberá contar con pericia técnica en sectores como patología, ciencias forenses, psiquiatría, psicología, ginecología y pediatría. Para realizar una investigación totalmente imparcial y minuciosa, la comisión necesitará casi siempre poseer sus propios investigadores que prosigan las distintas pistas y obtengan las pruebas. La credibilidad de una encuesta se verá considerablemente incrementada en la medida en que la comisión pueda basarse en sus propios investigadores.

5. Protección de los testigos

111. El Estado deberá proteger a los demandantes, testigos, investigadores y a sus familias de toda violencia, amenaza de violencia o cualquier otra forma de intimidación (véase secc. 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 recoger las pruebas en lugar cerrado, 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

112. De los principios generales del procedimiento penal se deduce que las audiencias deben realizarse en público, exceptuados los procedimientos a puerta cerrada que sean necesarios para proteger la seguridad de un testigo. El procedimiento a puerta cerrada deberá registrarse y sellarse, manteniendo en lugar conocido un registro no publicado. En ciertas ocasiones puede ser necesario mantener un secreto total para obtener un determinado testimonio y en esos casos la comisión puede elegir el escuchar al testigo en privado, informalmente o sin registro del testimonio.

7. Aviso de encuesta

113. 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, televisión, folletos y carteles.

8. Recepción de pruebas

114. La comisión de encuesta 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. Desde el punto de vista práctico, esta autoridad puede suponer poder para imponer multas o sentencias si los funcionarios oficiales u otras personas se niegan a obedecer. La comisión de encuesta invitará a los sujetos a que presten testimonio o presenten declaraciones escritas como un primer paso para 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 para atenerse al procedimiento o por alguna otra razón no están disponibles. La comisión de encuesta deberá examinar cualquier otro documento que pueda contener información pertinente.

9. Derechos de las partes

115. Todo el que pretenda haber sido torturado y sus representantes legales deberán recibir información y tener acceso a todas las audiciones e información pertinentes para la investigación, y deberán poder presentar sus pruebas. Esta importancia particular que se concede al papel del superviviente como parte del procedimiento refleja el papel particularmente importante que desempeñan sus intereses en el curso de la investigación. Pero también todas las demás partes tendrán oportunidad para expresarse. El órgano investigador podrá convocar a los testigos, incluidos los funcionarios presuntamente implicados, y exigir que se presenten pruebas. A todos estos testigos se les permitirá obtener asesoramiento jurídico en caso de que la encuesta pudiera perjudicarles, por ejemplo, cuando su testimonio pueda exponerles a acusaciones penales o de responsabilidad civil. En ningún caso se obligará a un testigo a que dé testimonio contra sí mismo. La comisión tendrá siempre la posibilidad de interrogar eficazmente a los testigos. A las partes de la encuesta se les permitirá someter preguntas escritas a la comisión.

10. Evaluación de las pruebas

116. La comisión deberá evaluar toda información y prueba que reciba para determinar su fiabilidad y probidad. La comisión evaluará los testimonios orales, teniendo en cuenta el aspecto y la credibilidad general del testigo. La comisión será sensible a las cuestiones sociales, culturales y de género que influyen sobre el comportamiento del sujeto. Una información corroborada por diversas fuentes tendrá más valor demostrativo y más seguridad que otras informaciones transmitidas como «oí decir». La comisión examinará cuidadosamente la fiabilidad de este tipo de información antes de aceptarla como un hecho. Todo testimonio no comprobado mediante exámenes cruzados se considerará con la máxima precaución. Los testimonios confidenciales conservados en registro cerrado o no registrados es lo más frecuente que no sean sometidos a exámenes cruzados y, por consiguiente, tendrán menos peso demostrativo.

11. Informe de la comisión

117. La comisión emitirá un informe público dentro de un lapso de tiempo razonable. Además, cuando no llegue a una conclusión unánime a partir de sus hallazgos, el grupo minoritario deberá expresar su opinión discordante. Los informes de la comisión de encuesta deberán contener, por lo menos, la siguiente información:

- a) Ámbito de la encuesta y mandato;
- b) Procedimientos y métodos de evaluación de las pruebas;
- c) Una lista de todos los testigos que hayan dado testimonio, con constancia de sus edades y sexos, excepto aquellos cuyas identidades se mantengan confidenciales para su protección o los que hayan testimoniado en secreto, así como todas las piezas recibidas como pruebas; d) Momento y lugar de cada sesión (esto se puede adjuntar al informe);
- e) Ambiente en el que se desarrolla la encuesta, por ejemplo condiciones sociales, políticas y económicas importantes;
- f) Acontecimientos específicos sucedidos y pruebas en las que se basan los hallazgos;
- g) Legislación que rige la reunión de la comisión;
- h) Conclusiones de los miembros de la comisión basadas en el derecho aplicable y hallazgos de hechos;
- i) Recomendaciones basadas en los hallazgos de la comisión.

118. 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

119. Cuando se entreviste a una persona que alegue haber sido torturada, se tendrán en cuenta cierto número de cuestiones y factores prácticos. Las presentes consideraciones son aplicables a todas las personas que realizan entrevistas, sean juristas, médicos, psicológicos, psiquiatras, defensores de 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. Objetivo de la encuesta, examen y documentación

120. El objetivo general de la investigación consiste en determinar los hechos relativos a los presuntos incidentes de tortura (véase cap. III, secc. D). Las evaluaciones médicas de la tortura pueden aportar útiles pruebas en contextos legales como:

- a) Identificar a los agentes responsables de la tortura y presentarlos a la justicia;
- b) Dar apoyo a solicitudes de asilo político;
- c) Determinar las condiciones en las que ciertos funcionarios del Estado han podido obtener falsas confesiones;
- d) Averiguar prácticas regionales de tortura. Las evaluaciones médicas pueden servir también para identificar las necesidades terapéuticas de los supervivientes y como testimonio para las investigaciones de derechos humanos.

121. El objetivo del testimonio escrito u oral del médico consiste en dar una opinión de experto sobre el grado en el que los hallazgos médicos se correlacionan con la alegación de abuso del paciente, y comunicar con eficacia los signos médicos hallados por el facultativo y las interpretaciones de las autoridades judiciales y otras autoridades competentes. Además, con frecuencia el testimonio médico sirve para dar a conocer a los funcionarios judiciales y gubernamentales de otros tipos 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 abusos, incluso en ausencia de acusaciones concretas del sujeto, o de los funcionarios de aplicación de la ley o judiciales;
- b) Documentar los signos físicos y psicológicos de lesión y abuso;
- c) Correlacionar el grado de coherencia entre los signos hallados en el examen y las alegaciones concretas de abuso formuladas por el paciente;
- d) Correlacionar el grado de coherencia entre los signos hallados en la exploración individual y el conocimiento de los métodos de tortura utilizados en una determinada región y de sus efectos ulteriores más comunes;
- e) Dar una interpretación de experto de los hallazgos de las evaluaciones medicolegales y facilitar una opinión de experto con respecto a posibles causas de abuso en audiencias sobre demanda de asilo, juicios penales y procedimientos civiles;
- f) Utilizar la información obtenida de forma adecuada para dar a conocer mejor la tortura y documentarla más a fondo.

B. Salvaguardias de procedimiento con respecto a los detenidos

122. La evaluación médica forense de los detenidos se realizará en respuesta a una solicitud oficial escrita procedente de un acusador público o de cualquier otro funcionario competente. Las solicitudes de evaluación médica formuladas por funcionarios de aplicación de la ley se considerarán no válidas a menos que se soliciten por orden escrita de un acusador público. De todas formas, los propios detenidos, así como sus abogados y familiares, tienen derecho a solicitar una evaluación médica en la que se trate de hallar pruebas de tortura 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 durante la custodia mantenida por esos funcionarios y, por consiguiente, ellos mismos impondrían una presión coercitiva inaceptable sobre el detenido o sobre el médico, con miras a que no documentase efectivamente la tortura o los malos tratos. Los funcionarios que supervisan el transporte de los detenidos deberán ser responsables ante el acusador público y no ante otros funcionarios de aplicación 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.

123. Todo detenido deberá ser examinado en privado. Nunca estará presente en la sala de examen ningún funcionario de policía ni cualquier otro funcionario de aplicación 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 demanda del médico examinador, se pondrá a su disposición personal de seguridad de la instalación sanitaria, pero no policías u otros funcionarios de aplicación de la ley. De todas formas, 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 las instalaciones médicas oficiales y no en la prisión o en la celda. En otros casos el prisionero puede preferir ser examinado en la relativa seguridad de su propia celda, cuando considere, por ejemplo, que las instalaciones médicas pueden estar vigiladas. Cuál será el mejor lugar depende de numerosos factores pero en todos los casos el investigador se asegurará de que el prisionero no se ha visto forzado a aceptar un lugar en el que no se encuentra a gusto.

124. En el informe médico oficial del facultativo se señalará, si corresponde, la presencia en la sala de examen de cualquier policía, soldado, funcionario de prisiones o cualquier otro funcionario de aplicación de la ley, sea por la razón que fuere. La presencia de policías, soldados, funcionarios de prisiones u otros funcionarios de aplicación de la ley durante el examen puede dar base para descartar un informe médico negativo. En el informe se indicarán las identidades y títulos de todos los presentes en la sala de examen durante la evaluación médica. Las evaluaciones médicas legales de los detenidos deberán utilizar un formulario estándar de informe médico (véanse en el anexo IV las directrices que se utilizarán para preparar el formulario estándar de informe médico).

125. La evaluación original ya concluida se transmitirá directamente a la persona que solicitó el informe, generalmente el acusador público. También se facilitará un informe médico a cualquier detenido o abogado que actúe en su nombre que lo solicite. El médico examinador deberá conservar copias de todos los informes médicos. Una asociación médica nacional o una comisión de encuesta pueden decidir inspeccionar los informes médicos para asegurarse del cumplimiento adecuado de las salvaguardias previstas para el 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 funcionarios de aplicación de la ley. Es obligatorio que el detenido sea sometido a examen médico en el momento de su detención y que a su liberación se proceda a un nuevo examen y evaluación⁷⁰. En el momento del examen médico se facilitará el acceso a un abogado. En la mayor parte de las situaciones propias de la prisión no se podrá contar con una presencia exterior durante el examen. En estos casos, se estipulará que el médico de la prisión que trabaje con prisioneros haya de respetar la ética médica y sea capaz de desempeñar sus funciones profesionales con independencia de cualquier tipo de influencia partidista. Si el examen médico forense viene a apoyar la alegación de tortura, el detenido no regresará al lugar de detención, sino que será presentado al fiscal o al juez que determinen cuál ha de ser la posición legal del detenido⁷¹.

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

⁷¹ Anónimo, "Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal", *Lancet*, 1991, 337, págs. 647 y 648.

C. Visitas oficiales a centros de detención

126. Las visitas a los prisioneros no deben tomarse a la ligera. En ciertos casos puede ser muy difícil realizarlas de forma objetiva y profesional, sobre todo en países donde aún se practica la tortura. Una sola visita, 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 no hacer ninguna visita. Ciertos investigadores de buena voluntad pueden caer en la trampa de visitar una prisión o puesto de policía 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 prisioneros que después no van a volver a ver. Ello puede además dar una coartada a los torturadores, que utilizarán el hecho de que personas del exterior han visitado su prisión y no han encontrado nada que objetar.

127. Lo mejor será que las visitas se confíen a investigadores que puedan realizarlas, visita y seguimiento, de forma profesional y que por su experiencia hayan establecido ciertas salvaguardias de procedimiento para su trabajo. La noción de que el poseer algún conocimiento es mejor que no tener ninguno no es válida cuando se trabaja con prisioneros 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 pueden ser contraproducentes. En el presente contexto, deberá distinguirse entre una visita de buena fe exigida por la encuesta, que no se pone en tela de juicio, y una visita no esencial que trasciende a la primera y que si está hecha por alguien que no sea especialista puede causar más mal que bien en un país que 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.

128. Las entrevistas con personas mantenidas en custodia y posiblemente incluso en las manos de los agentes de la tortura, evidentemente son 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 del sujeto. Pero aún más importante es no traicionar esa confianza, ni siquiera involuntariamente. Deberán tomarse todas las precauciones para que el detenido no se exponga por sí mismo 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, clínicos e intérpretes están obligados a respetar todo lo que hayan prometido al detenido.

129. Puede plantearse un claro dilema, por ejemplo, cuando se evidencie que en un determinado lugar se ha torturado a gran número de prisioneros pero que por miedo todos ellos se nieguen a permitir que los investigadores utilicen sus historias. Enfrentado con la opción de traicionar la confianza del prisionero en su afán de evitar nuevas torturas o respetar esa confianza y marcharse sin decir nada más, será necesario que se encuentre alguna forma útil de salir de ese dilema. Confrontado con cierto número de prisioneros que presentan signos evidentes en sus cuerpos de latigazos, golpes, laceraciones causadas por latas, etc., pero que todos ellos rehúsen que se mencionen sus casos por miedo a represalias, será conveniente organizar una «inspección sanitaria» de todas las salas, en el patio y a plena vista. De esta forma, el investigador médico visitante recorrerá las hileras de prisioneros formados y podrá ver los evidentes signos de tortura en las espaldas de los sujetos, con lo cual estará en condiciones de preparar un informe de lo que ha visto y sin necesidad de decir que los prisioneros se han quejado de tortura. Este primer paso asegura la confianza de los prisioneros para futuras visitas de seguimiento.

130. Es evidente que otras formas más sutiles de tortura, psicológicas o sexuales, 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 o estimulen a los detenidos a reducir su temor y den su autorización para que se utilicen sus historias. El médico y el intérprete darán sus nombres y explicarán cuál es su papel en la evaluación. La documentación de los signos médicos de tortura exige conocimientos específicos propios de los agentes 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 tortura y malos tratos ya que esa información puede corroborar el relato que el sujeto haga sobre su tortura o malos tratos. Se puede adquirir una experiencia en entrevistas y exámenes de sujetos en busca de signos físicos y psicológicos de tortura y de documentación de hallazgos bajo la supervisión de clínicos con experiencia.

131. Las personas que permanecen bajo custodia pueden a veces mostrarse excesivamente confiadas tratándose de situaciones en las que un entrevistador no puede realmente garantizar que no vaya a haber represalias, siempre que no se haya negociado la repetición de las visitas y ésta haya sido aceptada sin reservas por parte de 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 asegurarse de que los prisioneros no se exponen a ningún riesgo innecesario, confiando ingenuamente en que la persona del exterior podrá protegerlos.

132. Cuando se hacen visitas a personas que están en custodia, lo mejor será que los intérpretes vengan del exterior y no estén reclutados localmente. Se trata sobre todo de evitar que ellos o sus familias se vean sometidos a presiones por parte de unas autoridades inquisitivas que deseen saber qué información se ha facilitado a los investigadores. La cuestión puede ser aún más compleja cuando los detenidos pertenezcan a un grupo étnico distinto del de sus carceleros. Cabe preguntarse si convendrá que el intérprete local pertenezca al mismo grupo étnico que el prisionero, de manera que pueda ganarse su confianza, pero al mismo tiempo las autoridades desconfiarán de él y probablemente tratarán de intimidarlo. Por otra parte, el intérprete puede resistirse a actuar en un ambiente hostil que podría ponerle en peligro. Cabe preguntarse, por el contrario, si no convendrá que el intérprete pertenezca al mismo grupo étnico que los captores, con lo que ganará su confianza a costa de perder la del prisionero, quedando al mismo tiempo vulnerable a la intimidación por 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.

133. Una persona entrevistada a las 8 de la tarde merece tanta atención como la entrevista a las 8 de la mañana. Los investigadores deben disponer del tiempo necesario y evitar toda sobrecarga de trabajo. No es justo que a la persona que se la ve a las 8 de la tarde (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 decimonovena historia relativa a la falanga merece tanta atención como recibió la primera. Los prisioneros que no suelen encontrarse con gente del exterior podrían no tener nunca la posibilidad de hablar sobre su tortura. Es erróneo suponer que los prisioneros hablan continuamente entre ellos acerca de la tortura. Los prisioneros que no tienen nada nuevo que ofrecer a la investigación merecen tanto tiempo como los demás.

D. Técnicas aplicables al interrogatorio

134. Deberán respetarse ciertas reglas básicas (véase cap. III, secc. C.2.g). La información es sin duda importante, pero aún es más importante la persona que está siendo entrevistada y el escuchar es más importante que el preguntar. 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. Este es un extremo que debe tenerse muy en cuenta y se dejará tiempo suficiente para hablar de cuestiones personales. La tortura, y sobre todo la tortura sexual, es un acto muy íntimo y que podría no exteriorizarse 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

135. Si una presunta víctima de tortura ya no se encuentra en custodia, el examinador le preguntará acerca de su vida cotidiana personal, sus relaciones con amigos y familiares, su trabajo o sus estudios, ocupación, intereses, planes para el futuro, y uso de alcohol y de drogas. También se deberá obtener información acerca de la historia psicosocial del sujeto después de la detención. Cuando la persona se encuentre aún bajo custodia, bastará con una historia psicosocial más limitada referente a la ocupación y formación. Se interrogará acerca de qué medicamentos está tomando el sujeto por orden facultativa; esto es particularmente importante porque a la persona en custodia se le pueden negar esos medicamentos lo que puede tener considerables consecuencias adversas sobre su salud. Son importantes las preguntas acerca de actividades, ideas y opiniones políticas ya que esa puede ser la explicación por la que la persona ha sido detenida o torturada, pero lo mejor será que esa información se obtenga mediante preguntas indirectas pidiéndole a la persona que diga de qué se le acusa o por qué piensa que ha sido detenida y torturada.

2. Resumen de detención y abuso

136. Antes de obtener una relación detallada de los sucesos, 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 métodos de malos tratos más que una serie de actuaciones durante cada una de las detenciones. Del mismo modo, al tomar 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, policía o ejército, y lo que ha sucedido en cada lugar puede ser útil para obtener la imagen completa del sistema de tortura. El obtener un mapa de los lugares donde se ha torturado puede ser útil para reconstruir las historias de las distintas personas. Esto resultará con frecuencia muy útil para la investigación en su conjunto.

3. Circunstancias de la detención

137. 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 ataduras o si le vendaron los ojos, medios de transporte, destino y, si es posible, nombres de los funcionarios.

4. Lugar y condiciones de detención

138. Señalar qué posibilidades tenía el sujeto de comer y beber, instalaciones sanitarias, alumbrado, temperatura y ventilación, con las consiguientes descripciones. Convendrá asimismo documentar todo contacto con familiares, abogados o profesionales sanitarios, condiciones de hacinamiento o aislamiento, dimensiones del lugar de detención y descripción de cualquier otra persona que pueda corroborar la detención. Pueden formularse las siguientes preguntas: ¿Qué es lo primero que le sucedió?

¿Dónde estaba usted cuando le 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, de roedores, descripción del lecho y posibilidad de acceso a alimentos, agua y 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

139. Para obtener una información básica sobre tortura y malos tratos, deberá actuarse con prudencia en cuanto a sugerir modalidades de abuso a las que se haya visto sometido el sujeto. Así podrá separarse todo posible embellecimiento de las verdaderas experiencias. De todas formas, el que se obtengan respuestas negativas a preguntas relativas a las distintas formas de tortura puede contribuir a consolidar la credibilidad de la persona. Las preguntas deberán formularse de manera que obtengan una relación coherente. Por ejemplo, las siguientes preguntas.

¿Dónde le maltrataron, cuándo y durante cuánto tiempo?

¿Le vendaron los ojos? Antes de examinar las distintas formas de abuso, convendrá tomar nota de las personas que se hallaban presentes (dar nombres y posiciones). Describir 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 desnudaban o si cambiaban de ropa, tome nota de todo lo que se dijo durante el interrogatorio, insultos a la identidad del sujeto, etc. ¿Qué hablaban los torturadores entre ellos?

140. Para cada forma de abuso, tome nota de los siguientes detalles: posición del cuerpo, ataduras, 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 al traumatismo craneal, a asfixia o al dolor? Se puede asimismo preguntar cómo se encontraba el sujeto al terminar cada «sesión». ¿Podía andar? ¿Hubo que ayudarlo (o 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 o durante cuántos días se sufrió 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 la 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). Es preciso que el examinador tenga en cuenta que lo que el superviviente de la tortura diga acerca 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 en cuanto al tiempo y al espacio. ¿Sufrió algún tipo de agresión sexual? Pregunte qué es lo que se hablaba durante la sesión de tortura. Por ejemplo, durante la tortura por choques eléctricos en los genitales los agentes suelen decir a las víctimas que van a quedar totalmente incapacitadas para todo tipo de funcionamiento sexual o cualquier cosa semejante. Para la exposición detallada de la evaluación de una alegación de tortura sexual, incluida la violación, véase el capítulo V, sección D.8.

F. Evaluación de los antecedentes

141. Los supervivientes de la tortura pueden tropezar con dificultades para dar detalles concretos sobre lo sucedido y ello por diversas razones importantes entre las que figuran las siguientes:

- a) Factores propios de la tortura en sí misma, por ejemplo los ojos vendados, las drogas, las pérdidas de conciencia, etc.;
- b) Miedo a ponerse en peligro o a poner en peligro a otros;
- c) Falta de confianza en el clínico examinador o el intérprete;
- d) El impacto psicológico de la tortura y el trauma, por ejemplo la hiperexcitación emocional y las pérdidas de memoria consecutivas a trastornos mentales relacionados con el trauma, como depresión y trastorno de estrés postraumático;
- e) 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 sólo en un ambiente estrictamente confidencial puede revelarse la experiencia traumática⁷².

142. Todos estos factores o cualquiera de ellos pueden explicar las incoherencias que se observen en la historia de la persona. Siempre que sea posible el investigador pedirá que se le aclaren las cosas. Pero cuando no sea posible, buscará cualquier otro signo que apoye o deniegue la historia. Una red de detalles coherentes de apoyo puede corroborar y aclarar la historia de la persona. Aunque es posible que el sujeto 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 irán surgiendo y estructurándose las características generales de los acontecimientos traumáticos y de la tortura.

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

-

G. Revisión de los métodos de tortura

143. Tras obtener una relación detallada de los acontecimientos, convendrá revisar otros posibles métodos de tortura. Es esencial aprender cuáles son las prácticas regionales de tortura y adaptar a ellas las directrices locales. Es útil investigar sobre formas concretas de tortura cuando:

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

144. La distinción entre métodos de tortura físicos y psicológicos 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. La idea no es que sirva a los investigadores como lista de comprobaciones o como modelo para hacer una lista 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 ha demostrado que los torturadores, cuando se enfrentan con ese sistema «de paquete» de tortura, con frecuencia toman uno u otro de los métodos y discuten el 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 objetos contundentes, 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, escaldadura con líquidos o quemaduras con sustancias cáusticas;
- d) Choques eléctricos;
- e) Asfixia, con métodos húmedos y secos, ahogamiento, sofocación, estrangulación o uso de sustancias químicas;
- f) Lesiones por aplastamiento, aplastamiento de los dedos o utilización de pesados rulos para causar lesiones en 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, etc. (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 sustancias tóxicas, sedantes, neurolépticos, paralizantes, etc.;
- m) Condiciones de detención, como celdas pequeñas o superpobladas, confinamiento en solitario, condiciones antihigiénicas, falta de instalaciones sanitarias, administración irregular de alimentos y agua o alimentos y agua contaminados, exposición a temperaturas extremas, negación de toda intimidad y desnudez forzada;
- n) Privación de la normal estimulación sensorial, como sonidos, luz, sentido del tiempo, aislamiento, manipulación de la luz de la celda, abuso de necesidades fisiológicas, restricciones en el 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 desestructurar al individuo, incluidas traiciones forzadas, desvalimiento consciente, exposición a situaciones ambiguas o mensajes contradictorios;
- s) Violación de tabúes;
- t) Comportamientos forzados, 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 abuso, inducción forzada a destruir

propiedades, inducción forzada a traicionar a otra persona exponiéndola a riesgos;

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

H. Riesgo de nueva traumatización del entrevistado

145. 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 los resultantes de la exploración física deberán evaluarse conjuntamente con los adecuados exámenes de laboratorio y radiológicos. Es importante facilitar información y dar explicaciones sobre cada proceso que se va a aplicar durante la exploración médica, así como dar a conocer a fondo los métodos de laboratorio que se empleen (véase cap. VI, secc. B.2.a).

146. 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, de la exploración física o de los estudios de laboratorio. Una parte importante del proceso consiste en que antes del reconocimiento médico se explique al sujeto qué es lo que le van a hacer. Los que sobreviven a la tortura y siguen en su país 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.

147. 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 barreras se oponen a una comunicación efectiva y comprender que esas reacciones personales pueden afectar a una investigación. El investigador deberá mantener continuamente una crítica del proceso de las entrevistas y la investigación mediante consultas y discusiones con colegas que estén familiarizados con el campo de la evaluación y tratamiento psicológicos 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 barreras para una comunicación efectiva y la obtención de informaciones precisas (véase cap. VI, secc. C.2).

148. Pese a todas las precauciones, los exámenes físicos y psicológicos, por su propia naturaleza, pueden causar un nuevo traumatismo al paciente provocando o exacerbando los síntomas de estrés postraumático al resucitar efectos y memorias dolorosos (véase cap. VI, secc. B.2). 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 incluya la expresión del respetuoso conocimiento de esas condiciones, así como la clarificación del concepto de confidencialidad y sus límites. Teniendo en cuenta la necesidad de que el informe sea eficaz en los tribunales, el evaluador deberá realizar una apreciación subjetiva de la medida en que sea necesario obtener detalles, sobre todo cuando el demandante en la entrevista da muestras evidentes de angustia.

I. Uso de intérpretes

149. 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 compartan un pequeño número de palabras, con frecuencia se trata de obtener una información demasiado importante como para que pueda correrse el riesgo de cometer errores por malos entendidos. Al intérprete se le deberá advertir que todo lo que escuche y digan en las entrevistas es estrictamente confidencial. Es el intérprete el que va a obtener la

información, de primera mano y sin ninguna clase de censura. Al sujeto se le deberá asegurar que ni el investigador ni el intérprete van en ningún sentido a hacer mal uso de la información

(véase cap. VI, secc. C.2).

150. Cuando el intérprete no sea un profesional, siempre existe el riesgo de que el investigador pierda el control de la entrevista. Ciertas personas pueden dejarse arrastrar a mantener su propia conversación con un sujeto que habla su misma lengua y la entrevista puede desviarse 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 los 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.

151. El investigador no debe olvidar que es necesario que sea él mismo el que se dirige a la persona manteniendo contacto visual con ella, incluso si ésta tiene una tendencia natural a dirigirse al intérprete. Es conveniente que cuando se hable a través de un intérprete se utilice la segunda persona del verbo, por ejemplo, «qué hizo usted después», en lugar de la tercera «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, pues sólo así podrá obtener una imagen completa. El investigador deberá familiarizarse con las palabras relacionadas con la tortura en el idioma del sujeto de manera que pueda mostrar que tienen algunos conocimientos sobre 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.

152. Cuando se visite a un prisionero no conviene utilizar intérpretes locales si existe la posibilidad de despertar la desconfianza del entrevistado. 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, suponiéndole relacionado con los prisioneros políticos. 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 inteligente y capacitado 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 las personas que no están detenidas, pero en estos casos puede ser más fácil ir con alguien (de la localidad) que venga del exterior, lo cual raramente es posible cuando el sujeto está en prisión.

J. Cuestiones de género

153. 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, cuando sea necesario, del intérprete. Esto es particularmente importante cuando una mujer haya sido detenida en condiciones que ponen de manifiesto la existencia de una violación, 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, secc. D.8). Si la mujer piensa que está obligada a describir lo que le ha sucedido a una persona físicamente similar a sus torturadores, inevitablemente serán sobre todo o exclusivamente hombres, con frecuencia volverá a sentirse traumatizada. En ciertos medios culturales un investigador del sexo masculino no podrá dirigir preguntas 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 mejor

que a una mujer de otra profesión, con la esperanza de obtener de esa manera la información y consejos médicos que desea. 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 proximidad inmediata, no sólo porque ciertas cuestiones podrían recordarle su tortura sino también por percibir que podría peligrar la confidencialidad (véase cap. IV, secc. I). Si no se necesita intérprete, deberá recurrirse a un miembro femenino del equipo de investigadores para que esté presente por lo menos durante la exploración física y, si la paciente lo desea, durante la totalidad de la entrevista.

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

K. Indicaciones del envío a otros especialistas

155. Siempre que sea posible, los exámenes dirigidos a documentar la tortura por razones medicolegales deberán combinarse con la evaluación de otras necesidades, y de ahí la conveniencia de enviar al sujeto a otros médicos especializados, psicológicos, 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 clínico considere necesario algún tipo de consulta o examen, no vacilará en insistir en que se haga. Mientras estén 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 más profunda deberá ser remitida a los servicios correspondientes.

L. Interpretación de los hallazgos Conclusiones

156. Las manifestaciones físicas de la tortura pueden variar según la intensidad, frecuencia y duración de los malos tratos, la capacidad de autoprotección que tenga el superviviente y su condición física previa a la tortura. Ciertas formas de tortura pueden no dejar signos físicos, pero pueden asociarse a otros procesos. Así, por ejemplo, los golpes en la cabeza que provocan pérdida de conciencia pueden causar una epilepsia postraumática o una disfunción orgánica cerebral. Una dieta y una higiene deficientes durante la detención pueden originar síndromes de carencias vitamínicas.

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

158. Es importante darse cuenta de que los torturadores pueden tratar de ocultar su actuación. Para evitar todo signo físico de golpes, la tortura se practica con frecuencia valiéndose de objetos anchos y romos, y a veces a la víctima de la tortura se la recubre con una alfombra o se le ponen zapatos en el caso de la falanga, de manera que se diluya la fuerza de cada golpe. Las lesiones por estiramiento y aplastamiento, así como 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 pueden utilizar toallas húmedas cuando se administran choques eléctricos.

159. 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 signo de identificación que 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 la historia correspondiente evitando toda información que no se obtenga directamente y, cuando corresponda, se especificarán los hallazgos. El informe se habrá de firmar y fechar, incluyendo cualquier declaración que pueda ser exigida por la jurisdicción a la que está destinado (véase anexo IV).

CAPÍTULO V

SEÑALES FÍSICAS DE TORTURA

160. Los testimonios 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 signos físicos 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.

161. 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 clínicos que realizan evaluaciones de detenidos deberán poseer lo más esencial de una formación especializada en documentación forense de tortura y otras formas de malos tratos físicos y psicológicos. 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 ceñirse a los hechos y estar cuidadosamente redactado. Se evitará el léxico 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, incluso si podría ser considerado como trivial o adverso para el caso de la parte que haya solicitado el examen médico. Sean cuales fueran 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

162. Estos comentarios se aplican especialmente a las entrevistas realizadas con personas que ya no están en custodia. El lugar donde se realicen la entrevista y el examen deberán ser tan seguros y cómodos como sea posible. Deberá dejarse el tiempo necesario para que puedan realizarse con todo detalle la entrevista y el reconocimiento. Una entrevista de dos a cuatro horas podría ser insuficiente para realizar una evaluación de los signos físicos o psicológicos de tortura. Además, puede suceder que en cualquier momento ciertas variables específicas de la situación, como la dinámica de la entrevista, la sensación de impotencia frente a la intromisión en la intimidad personal, el temor a futuras persecuciones, la vergüenza ante lo que está sucediendo y la 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.

163. La confianza es un componente esencial para que pueda obtenerse 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 ambiente de confianza en el que puedan revelarse hechos cruciales, pero tal vez extraordinariamente dolorosos o vergonzantes. Es importante darse cuenta de 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 de evacuación, será preciso que el clínico explique al paciente qué es lo que éste puede esperar durante la evaluación. Es preciso que el clínico sea consciente del tono que adopta, de las frases que pronuncia y de la sucesión de preguntas (las preguntas más sensibles sólo deberán formularse cuando ya se haya establecido un cierto grado de relación) y comprenda que el paciente ha de estar en condiciones de poder descansar un momento si necesita o prefiere no responder a ninguna pregunta.

164. Médicos e intérpretes tienen la obligación de mantener la confidencialidad de la información, que sólo revelarán con el consentimiento del paciente (véase cap. III, secc. 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 haya dado 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 clínico 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 sanidad.

165. Es posible que el paciente tema que no pueda impedirse que los gobiernos persecutores 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 mayoritarias, mientras que el paciente, en la situación y lugar de la entrevista, tiene muchas probabilidades de pertenecer a un grupo o cultura minoritarios. Esta dinámica de la desigualdad puede reforzar el desequilibrio de poder percibido y real, y puede incrementar el posible sentido de miedo, desconfianza y sumisión forzada del paciente.

166. La empatía y el contacto humano pueden ser lo más importante que las personas en custodia reciban del investigador. La investigación en sí misma puede no contribuir al beneficio personal de la persona que está siendo entrevistada, pues en la mayor parte de los casos, la tortura ya ha 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 adecuada empatía. Esto puede parecer evidente pero con excesiva frecuencia los investigadores en sus visitas al medio carcelario están tan interesados por obtener información que se olvidan de establecer una relación de empatía con el prisionero con el que se están entrevistando.

B. Historial médico

167. 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 posteriores. Evite cuestiones directivas. Estructure la encuesta con miras a obtener un relato abierto y cronológico de las experiencias vividas durante la detención.

168. Para establecer una correlación entre las prácticas regionales de tortura y las alegaciones individuales de abuso puede ser útil una información histórica específica. Entre los ejemplos de información que puede ser útil figuran las descripciones de instrumentos de tortura, posiciones del cuerpo, métodos de sujeción, descripciones de heridas e invalideces agudas o crónicas y cualquier tipo de información que permita identificar a los autores y lugares de detención. Aunque es esencial obtener información precisa sobre las experiencias de tortura de un superviviente, los métodos abiertos de interrogatorio 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 experiencias y síntomas. En ciertos casos puede ser útil utilizar listas de comprobación o cuestionarios sobre acontecimientos traumáticos y síntomas. Si el entrevistador piensa que puede ser útil utilizar estas listas de acontecimientos traumáticos y síntomas, se dispone de numerosos cuestionarios distintos pero ninguno específico a las víctimas de la tortura. Todas las quejas de un superviviente a la tortura son significativas. Todas deberán ser notificadas, aunque pueda no haber correlación con los hallazgos físicos. Deberá dejarse constancia documental de todos los síntomas y discapacidades agudos o crónicos asociados con formas específicas de maltrato, así como sus procesos posteriores de curación.

1. Síntomas agudos

169. Deberá pedirse al sujeto que describa todo traumatismo que pudiera haber sido consecuencia de que se hubieran aplicado métodos específicos a los pretendidos malos tratos. Por ejemplo, hemorragias, hematomas, inflamaciones, heridas abiertas, laceraciones, fracturas, dislocaciones, elongaciones tendinosas, hemoptisis, neumotórax, perforaciones

de la membrana timpánica, 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 que aparezca ulteriormente y si deja o no cicatrices. Interrogar sobre el estado de salud en el momento de la liberación:

¿estaba el sujeto en condiciones de andar o hubo de permanecer en cama? En este caso, ¿durante cuánto tiempo?

¿Cuánto tiempo tardaron en curarse las heridas? ¿Se infectaron? ¿Qué tratamiento se hizo? ¿Se ocupó de ello un médico o un sanador tradicional? Es preciso darse cuenta de que la propia tortura o sus efectos ulteriores pueden comprometer la capacidad del detenido para hacer esas observaciones, y en ese caso se tomará nota de ello.

2. Síntomas crónicos

170. Obtener información sobre dolencias físicas que, a juicio del sujeto, 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 incapacidad asociada o de si hay 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 ciertos signos físicos 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, ansiedad, insomnio, pesadillas, rememoraciones súbitas y dificultades de memoria (véase cap. VI, secc. B.2).

3. Resumen de la entrevista

171. Las víctimas de la tortura pueden presentar lesiones considerablemente distintas de las consecutivas a otras formas de traumatismos. Aunque las lesiones agudas pueden ser características de los presuntos traumatismos, la mayor parte de las veces se han curado al cabo de seis semanas del acto de tortura, sin dejar cicatrices o, todo lo más, dejando cicatrices inespecíficas. Este es con frecuencia el caso cuando los torturadores utilizan técnicas que evitan o limitan los signos detectables de traumatismos. En estos casos, el reconocimiento físico puede no revelar anomalías pero ello no contradice en modo alguno la alegación 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 confirmar alegaciones concretas de tortura o malos tratos.

C. La exploración física

172. Después de haber adquirido información sobre antecedentes y de que se haya obtenido el consentimiento informado del paciente, un médico calificado deberá realizar un examen físico completo. Se procurará que siempre que sea posible el paciente pueda elegir el género del médico y, si es necesario, al 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. Este debe darse cuenta de que controla la situación y de que tiene derecho a limitar las exploraciones o a detener el examen en cualquier momento (véase cap. IV, secc. J).

173. En esta sección se hacen numerosas referencias a derivaciones a especialistas y a investigaciones ulteriores. Siempre que el paciente no esté detenido, es importante que los médicos tengan la posibilidad de practicar tratamientos físicos y psicológicos, de manera que puedan satisfacer cualquier necesidad que identifiquen. En muchas situaciones no se podrá disponer de determinadas técnicas de pruebas para el diagnóstico, pero es preciso que su ausencia no invalide el informe (para más detalles sobre posibles pruebas de diagnóstico, véase el anexo II).

174. Ante alegaciones de tortura reciente y cuando el superviviente a 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 el que inscribirán la localización 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 prisioneros custodiados 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, secc. C.5).

1. Piel

175. 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 localización, 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 y como elemento esencial se recurrirá a la fotografía. Por último, el examinador podrá exponer su opinión en cuanto al origen de las lesiones: provocadas o autoprovocadas, accidentales o resultantes de un proceso morboso^{73,74}.

73 O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", Danish Medical Bulletin, 1990, 37 Suplemento 1, págs. 1 a 88.

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

2. Cara

176. 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 diagnósticos asociados a lesiones y complicaciones de los tejidos blandos. A los traumatismos faciales se asocian con frecuencia lesiones intracraneales y de la columna cervical.

a) Ojos

177. Existen muy diversas formas de traumatismos oculares, como la hemorragia de la conjuntiva, la dislocación del cristalino, la hemorragia subhioidea, la hemorragia retrobulbar, la 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. Los ultrasonidos de alta resolución también son un método alternativo para evaluar traumatismos del globo ocular.

b) Oído

178. Los traumatismos del oído, en particular la rotura 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 tambor. Para detectar roturas de membrana de un diámetro inferior a 2 milímetros es necesario que el examen se haga rápidamente, pues estas

roturas 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 valiéndose de sencillos métodos de detección. Si es necesario, se recurrirá a un técnico calificado en audiometría para que realice las pruebas audiométricas adecuadas. Para realizar un examen radiográfico de las fracturas del hueso temporal o de la rotura de la cadena de huesecillos, lo mejor será recurrir a la tomografía computadorizada, y después la tomografía hipocicloidal y, por último, la tomografía lineal.

c) Nariz

179. 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 realización de una tomografía computadorizada o una resonancia magnética.

d) Mandíbula, orofaringe y cuello

180. Fracturas o dislocaciones de la mandíbula pueden ser consecuencia de los golpes recibidos. El síndrome de la articulación temporomaxilar es frecuente consecuencia de los golpes dados 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 podría resultar de quemaduras, choques eléctricos u otros traumas. También se señalará la existencia de hemorragias gingivales y la situación en que se hallan las encías.

e) Cavidad oral y dientes

181. La exploración a cargo de un dentista deberá ser considerada como parte de los reconocimientos sanitarios periódicos durante la detención. Este examen se descuida con frecuencia y sin embargo es un importante componente de la exploración física. Es posible que se impida positivamente la atención dental de manera que caries, gingivitis y abscesos vayan empeorando. Deberá tomarse una historia odontológica detallada y se pedirá cualquier registro odontológico que pueda existir. Los golpes directos o la tortura a base de choques eléctricos pueden provocar arrancamientos de dientes, fracturas, rellenos desplazados y prótesis rotas. Se señalarán asimismo caries dentales y gingivitis. Los defectos en la dentadura pueden ser debidos a las condiciones de detención o haber precedido a ésta. Será preciso examinar con todo cuidado la cavidad oral. Durante la aplicación de la corriente eléctrica pueden producirse mordeduras de lengua, encías o labios. Estas lesiones pueden ser también consecuencia de la introducción forzada de objetos o materiales en la boca, así como de la aplicación de corrientes eléctricas. Para determinar la importancia de los traumatismos de tejidos blandos, mandíbula y dientes se aconseja el uso de los rayos X y de la resonancia magnética.

3. Tórax y abdomen

182. Además de observar las lesiones cutáneas, la exploración del tronco debe dirigirse a detectar zonas dolorosas, sensibles o molestas que podrían 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 intraabdominales, así como de laceraciones o roturas de algún órgano interno. Para confirmar estas lesiones, siempre que exista una real posibilidad deberá recurrirse a la ultrasonografía, la tomografía computadorizada y la escintilografía ósea. De la forma habitual deberán realizarse exámenes rutinarios del sistema cardiovascular, de los pulmones y del abdomen. Ciertos trastornos respiratorios preexistentes pueden agravarse durante la custodia, en la cual se desarrollan con frecuencia nuevos trastornos respiratorios.

4. Sistema musculoesquelético

183. En supervivientes de la tortura son muy frecuentes las quejas de dolores musculoesqueléticos⁷⁵. Estos pueden ser el resultado de golpes repetidos, suspensión y otras torturas basadas en la posición o del ambiente físico general de la detención⁷⁶.

Pueden asimismo tener un origen psicossomático (véase cap. VI, secc. B.2). Aunque no se trata de problemas específicos deberán ser documentados y con frecuencia responden bien a una fisioterapia benevolente⁷⁷. La exploración física del esqueleto deberá incluir la comprobación de la movilidad de las articulaciones, la columna y las extremidades. Deberá tomarse nota de cualquier dolor que se manifieste con la movilización, de contracturas, de tensiones, de signos de síndrome compartimental, de fracturas con o sin deformidad y de dislocaciones. Toda dislocación, fractura y osteomielitis sospechosas deberán evaluarse mediante radiografías. Si se trata de osteomielitis sospechosas, deberán realizarse radiografías rutinarias seguidas de escintilografías óseas en tres fases. Las lesiones tendinosas, de los ligamentos y de los músculos se evalúan particularmente bien mediante la resonancia magnética pero también puede recurrirse a la artrografía. En la fase aguda puede detectarse toda hemorragia y posible desgarramiento muscular. En general, los músculos se restablecen totalmente y sin dejar escaras; por consiguiente, cualquier imagen que ulteriormente se realice 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 escintilografía. En general, estas contusiones se curan sin dejar señales.

⁷⁵ Véase la nota 73 supra.

⁷⁶ D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 6 1999, págs. 4 a 13.

⁷⁷ Véase la nota 73 supra.

5. Sistema genitourinario

184. La exploración genital sólo se realizará con un consentimiento adicional 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, secc. J. Véase además la sección D.8 donde se da una información más completa para el examen de las víctimas de agresiones sexuales. Para detectar traumatismos genitourinarios puede utilizarse la ultrasonografía y la escintilografía dinámica.

6. Sistemas nerviosos central y periférico

185. 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, deficiencias vitamínicas o enfermedades. Se evaluarán asimismo la capacidad cognoscitiva y el estado mental

(véase cap. VI, secc. C). Cuando el paciente comunique que ha sido colocado en posición suspendida, la exploración tratará en particular de determinar una posible flexoplatía 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, hiperestésias, cambios de posición, sensaciones de temperatura, función motriz, paso y coordinación pueden ser consecuencia de traumatismos asociados a la tortura. Cuando el paciente relate una historia de mareos y vómitos deberá realizarse una exploración vestibular y se examinará la posibilidad de que haya 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 encéfalo y la fosa posterior.

D. Examen y evaluación tras formas específicas de tortura

186. La siguiente exposición no trata de describir exhaustivamente todas las formas de tortura sino sólo describir con más detalle los aspectos médicos de muchas de las formas de tortura más frecuentes. Para cada lesión y conjunto de lesiones, el médico deberá indicar el grado de correlación entre ellas y la atribución que hace 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) Puede haber relación: la lesión podría haber sido causada por el traumatismo que se describe pero es inespecífica 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 por muy pocas causas más;
- d) Es típica de: este es el cuadro que normalmente se encuentra con este tipo de traumatismo si bien podría haber otras causas;
- e) Da un diagnóstico de: el cuadro no puede haber sido causado por traumatismos distintos del descrito.

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

1. Golpes y otras formas de traumatismos por objetos contundentes

a) Lesiones cutáneas

188. Las lesiones agudas son con frecuencia 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 hacia la curación podría ser el único elemento que apoyase una alegación de tortura. Cambios permanentes en la piel causados por traumatismos contundentes son infrecuentes, inespecíficos y en general carecen de valor diagnóstico. Una secuela de este tipo de violencias que tiene duraderamente valor para el diagnóstico de que el sujeto ha sufrido estrechas ligaduras, es la observación de una zona lineal que se extiende circularmente por el 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 es probablemente una forma de alopecia cicatricial. No hay ninguna otra forma de enfermedad cutánea espontánea que pueda plantear un problema de diagnóstico diferencial y es difícil imaginar que en la vida cotidiana pudiera darse un traumatismo de esta naturaleza.

189. Entre las lesiones agudas, las abrasiones resultantes de lesiones superficiales por raspado de la piel pueden aparecer como arañazos, lesiones como las producidas por un contacto quemante o lesiones por raspado de mayor superficie. Ciertas abrasiones pueden mostrar un cuadro que refleje la forma del instrumento o de la superficie que ha causado la lesión. Abrasion 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.

190. Las contusiones y los hematomas corresponden a zonas de hemorragia en tejidos blandos causadas por la rotura de vasos sanguíneos consecutiva a un golpe. La amplitud 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 procesos médicos, entre ellos carencias vitamínicas o nutricionales de otros tipos, se pueden asociar a la facilidad con que se produzcan los hematomas o púrpuras. Las contusiones y las abrasiones indican que en una determinada zona se ha aplicado una fuerza de golpe. En cambio, la ausencia de hematomas o de abrasiones no indica lo contrario. Las contusiones pueden adoptar una forma que refleje la del instrumento causante. Por ejemplo, cuando se ha utilizado una porra o un palo se puede producir un hematoma en forma de raíl. Así pues, de la forma del hematoma puede deducirse la del objeto contuso. 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. Las contusiones que evolucionan en tejidos subcutáneos profundos sólo aparecen cuando la sangre extravasada llega a la superficie, lo cual puede suceder varios días después de la lesión. Cuando se produzca una alegación 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 guarda relación con el trauma original y que es posible que ciertas lesiones hayan desaparecido en el momento del nuevo examen⁷⁸.

191. Las laceraciones, un desgarro o aplastamiento de la piel y tejidos blandos subyacentes ante la presión de una fuerza de golpe, aparece sobre todo en las partes prominentes del cuerpo, donde la piel se encuentra comprimida entre el objeto golpeante y la superficie ósea situada bajo los tejidos subdérmicos. Pero si la fuerza es suficiente la piel se puede desgarrar en cualquier lugar del cuerpo. Cicatrices asimétricas, cicatrices en lugares no habituales y una extensión difusa de cicatrices indican lesiones deliberadas⁷⁹.

192. La flagelación deja señales que representan laceraciones curadas. Estas cicatrices están despigmentadas y con frecuencia son hipertróficas, rodeadas de tiras estrechas e hiperpigmentadas. El diagnóstico diferencial deberá establecerse sobre todo con las dermatitis por plantas, pero en éstas domina la hiperpigmentación y las cicatrices son más cortas. En cambio, ciertas imágenes simétricas, atróficas y despigmentadas en abdomen, axilas y piernas, que a veces se toman como secuelas de tortura, corresponden a estrías de distensión y normalmente no tienen relación con la tortura⁸⁰.

193. Las quemaduras son la forma de tortura que más frecuentemente deja imágenes permanentes en la piel. Estas imágenes pueden a veces tener un valor de diagnóstico. Las quemaduras por 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 relativamente indistinta. También se han comunicado casos de tortura en los que con cigarrillos se han quemado tatuajes haciéndolos desaparecer. La forma característica de la cicatriz resultante y cualquier resto del tatuaje que quede facilitarán el diagnóstico⁸¹. Las quemaduras con objetos calientes provocan cicatrices marcadamente atróficas y que reflejan la forma del instrumento, que queda claramente señalado por zonas marginales 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 keloideas, como también sucede tras la quemadura producida por caucho ardiendo.

194. Cuando se quema la matriz de la uña, la que después crece aparece rayada, fina y deformada, partida a veces en segmentos longitudinales. Si se ha arrancado la uña, a partir del pliegue onglular proximal se puede producir una proliferación de tejidos que forma un pterigio. Para el diagnóstico diferencial sólo hay que tener en cuenta los cambios que en la uña puede causar el lichen planus, pero normalmente éste se acompaña de amplias lesiones cutáneas. Por otra parte, las micosis se caracterizan por unas uñas engrosadas, amarillentas y quebradizas que no se parecen a las antes descritas.

195. 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, 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. Las imágenes regulares de pequeñas cicatrices incisas pueden estar causadas por sanadores tradicionales⁸². Si a la herida abiertasele ha aplicado opimia o cualquier otra sustancia dañina, la cicatriz puede hacerse hipertrófica. Una imagen asimétrica y cicatrices de distintos tamaños dan un diagnóstico de probabilidad de torturas.

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, Suplemento 1

1992, págs. 27 y 28.

81 Véase la nota 80 supra.

82 Véase la nota 76 supra..

b) Fracturas

196. Las fracturas constituyen una pérdida de la integridad del hueso causada por una fuerza mecánica que golpea 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 por golpe deberá evitarse todo juicio especulativo, ya que una lesión puede variar según la edad, sexo, características tisulares, situación y 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 golpes que personas más delicadas y de mayor edad.

c) Traumatismos craneales

197. 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 difusos daños axonales. En los traumatismos causados por caídas, pueden observarse lesiones encefálicas por contragolpes (localizados en el punto opuesto al del traumatismo). En cambio, en casos de traumatismo directo la contusión del encéfalo se puede observar directamente debajo de la región donde el sujeto ha sido golpeado. Los hematomas del cuero cabelludo son con frecuencia invisibles, a no ser que se acompañen de inflamación. Los hematomas en sujetos de piel oscura pueden ser difíciles de ver pero manifiestan sensibles a la palpación.

198. 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 y pueden arrancar desde el cuello (véase secc. 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 inflamación 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, secc. C.4).

199. 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 correspondiente de los recién nacidos: 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

200. Las fracturas de costillas se producen con frecuencia como causa de 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.

201. Ante un traumatismo abdominal agudo la exploración física buscará signos de lesiones de los órganos abdominales y el tracto urinario. De todas formas, este examen es con frecuencia negativo. La fuerte hematuria es el signo más indicativo de contusión renal. Un lavado peritoneal puede facilitar el diagnóstico de hemorragia abdominal. El líquido

abdominal libre detectado por tomografía computadorizada tras 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, a diferencia de la imagen que se observa en la hemorragia aguda del sistema nervioso central, que es hiperintensa. Otras lesiones de órganos pueden manifestarse como aire libre, líquido extraluminal o zonas de escasa atenuación, y pueden presentar la existencia de edemas, contusiones, hemorragias o laceraciones. El edema peripancreático es uno de los signos de traumatismo agudo, pero también de pancreatitis no traumática. Los ultrasonidos son particularmente útiles para detectar los hematomas subcapsulares del bazo. Tras grandes palizas puede aparecer una insuficiencia renal aguda causada por un síndrome de aplastamiento. Una complicación tardía de la lesión renal puede ser la hipertensión renal.

2. Golpes en los pies

202. Falanga es la palabra que con más frecuencia se utiliza para referirse a los golpes en los pies (o, más raramente en las manos o las caderas), utilizando en general una porra, un trozo de tubería o cualquier arma similar. La complicación más grave de la falanga es el síndrome de compartimiento cerrado, que puede causar necrosis muscular, obstrucción vascular o gangrena de la porción distal de los pies o los dedos de los pies. Aunque no son muy frecuentes pueden producirse deformidades permanentes de los pies y también pueden observarse 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 el diagnóstico se ha de basar en la exploración física. La falanga puede producir invalideces crónicas. 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 es difícil y la fatiga muscular rápida. La extensión pasiva del dedo gordo del pie puede revelar 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^{83,84,85,86}. Por otra parte, una limitación de la dorsiflexión y dolor a la hiperextensión del dedo gordo del pie indicarían la existencia de hallux rigidus, resultante de un osteofito dorsal en una o ambas cabezas del primer metatarsiano o en la base de la falange proximal.

203. Pueden producirse numerosas complicaciones y síndromes:

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

b) Aplastamiento del talón y de las almohadillas anteriores. Las almohadillas elásticas bajo el calcáneo y las falanges proximales se aplastan durante la falanga, o 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 falanga se pueden observar cicatrices rígidas e irregulares que afectan a la piel y 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 y rotas a causa del edema que se produce tras la exposición a la falanga;

d) Rotura de la aponeurosis plantar y de los tendones del pie. El edema propio del período ulterior a la falanga puede romper esas estructuras. Cuando desaparece la función de

soporte necesaria para el mantenimiento del 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 irritación se extiende con frecuencia a toda la aponeurosis, provocando una aponeurosis crónica. En estudios sobre este tema, se observaron escáners óseos positivos de puntos hiperactivos del calcáneo o de los metatarsianos en prisioneros liberados tras 15 años de detención y que decían que habían sido sometidos a falanga cuando fueron detenidos por vez primera⁸⁷.

204. Métodos radiográficos como la resonancia magnética, la tomografía computadorizada y los ultrasonidos vienen con frecuencia a confirmar casos de traumatismos resultantes de la aplicación de falanga. Tam bién pueden encontrarse signos radiológicos 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 escintilografía permiten detectar lesiones óseas en forma de hematomas, que no se detectarían en radiografías rutinarias o mediante la tomografía computadorizada⁸⁸.

83 G. Skylv, "Physical sequelae of torture", M. Başoğlu, ed., *Torture and its consequences, current treatment approaches*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, págs. 38 a 55.

84 Véase la nota 76 supra.

85 K. Prip, L. Tived, N. Holten, *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction*, Copenhagen, IRCT, 1995.

86 F. Bojsen-Moller y K.E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot", *Journal of Anatomy*, 121 1976, págs. 599 a 611.

87 V. Lök, M. Tunca, K. Kumanlioglu et al., "Bone scintigraphy as clue to previous torture", *Lancet*, 337(8745) 1991, págs. 846 a 847. Véase también M. Tuncay V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors", *Lancet*, 352(9143) 1998, pág. 1859.

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 HRFT*, Ankara, 1994, págs. 91 a 96

3. Suspensión

205. La suspensión del individuo es una forma frecuente de tortura que puede producir extraordinarios dolores pero que apenas deja signos de lesión, o éstos son escasos. La persona que sigue en custodia puede resistirse 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 cruzada. 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 y con la cabeza abajo;

d) Suspensión «palestina». Se aplica suspendiendo a la víctima por los dos antebrazos atados juntos y en la espalda, los codos flexionados en 90 grados y los antebrazos atados a una barra horizontal. Otra forma consiste en que se suspende al prisionero 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 sus rodillas flexionadas de una barra que pasa su región poplítea, en general con las muñecas atadas a los tobillos.

206. 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 braquial. La «percha del loro» puede producir desgarros en los ligamentos cruzados de la rodilla. Con

frecuencia se golpea a las víctimas o se les causan otros daños 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 peso y la rotación, sobre todo internas, 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 superficial, dolor superficial y pérdida del reflejo tendinoso. Un intenso dolor profundo puede enmascarar la debilidad muscular. En la fase crónica se mantiene la debilidad y progresa 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, pueden producirse roturas 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.

207. Las lesiones neurológicas de los brazos suelen ser asimétricas. La lesión del plexo braquial se manifiesta en disfunciones motrices, sensitivas 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. Deberá asimismo explorarse 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 experto que realice los adecuados estudios electrofisiológicos y pueda interpretarlos.

c) Exploración de reflejos. Puede 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 de tortura, dependiendo de qué brazo se ponga en posición superior o del método de ligado. Aunque la investigación indica que las plexopatías braquiales son en general unilaterales, nuestra experiencia parece más bien indicar que es frecuente la lesión bilateral.

208. 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 a través de la extensión posterior forzada de los brazos. Como se observa en el tipo clásico de suspensión «palestina», cuando el cuerpo queda suspendido por los brazos en hiperextensión posterior, si la fuerza ejercida sobre el plexo es suficientemente fuerte, normalmente se ven afectadas las fibras del plexo inferior, después del plexo medio y, por último, las del plexo 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 sensitivas en el antebrazo y en el cuarto y quinto dedos, es decir en el lado medial de la mano con la distribución del nervio cubital;

b) Lesiones del plexo medio. Se ven afectados los músculos extensores del antebrazo, codo y dedos. Debilidad a la pronación del antebrazo y a la flexión radial de la mano. Se encuentra una deficiencia sensitiva en el antebrazo y en las caras dorsales del primer, segundo y tercer dedos de la mano con la 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. La deficiencia sensitiva se observa en la región deltoidea y puede extenderse al

brazo y a las partes exteriores del antebrazo.

4. Otras torturas de posición

209. 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. Todas estas formas de tortura clásicamente apenas dejan o no dejan señales exteriores o signos radiológicos, pese a que después son frecuentes las graves discapacidades crónicas.

210. Todas las torturas de posición atacan directamente 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 en 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 a lo largo 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, limitaciones de los movimientos articulares, dolor dorsal, dolor en las manos o en las partes cervicales del cuerpo o inflamación 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

211. 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, la pistola de aturdir, la 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 derechas. 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 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 la aparición de quemaduras eléctricas detectables. El indicio observable de las quemaduras eléctricas suele ser una lesión circular pardo-rojiza de un diámetro de 1 a 3 milímetros y, 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 difícilmente detectables. Se discute la conveniencia de realizar biopsias de las lesiones recientes con miras a determinar su origen. Las quemaduras eléctricas pueden producir cambios histológicos específicos pero éstos no siempre existen y su ausencia en ninguna forma puede interpretarse como excluyente de la quemadura eléctrica. Por consiguiente, la decisión debe adoptarse sobre una base individual ponderando si los posibles resultados del procedimiento van a compensar el dolor y las molestias que se asocian a la biopsia cutánea (véase el anexo II, secc. 2).

6. Tortura dental

212. La tortura dental puede adoptar la forma de roturas, extracción de dientes o aplicación de corrientes eléctricas a los dientes. El resultado puede ser pérdidas o roturas de dientes, inflamación de 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 causada por espasmos musculares resultantes de corrientes

eléctricas o de golpes a la cara.

7. Asfixia

213. 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 se ha utilizado tanto en la América Latina que su nombre en español, el «submarino», ha pasado a formar parte del vocabulario de los derechos humanos. Se puede evitar 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 al sujeto 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 la ahorcadura o en otras formas de asfixia por ligadura con frecuencia se encuentran abrasiones o contusiones características alrededor del cuello. El hueso hioides y el cartílago laríngeo pueden hallarse fracturados por una estrangulación parcial o por golpes administrados al cuello.

8. Tortura sexual, incluida la violación

214. La tortura sexual empieza por la desnudez forzada, que en muchos países es un factor constante de toda situación de tortura. Nunca se es tan vulnerable como cuando uno se encuentra desnudo y desvalido. La desnudez aumenta el terror psicológico de todo aspecto de la tortura pues abre siempre la posibilidad de malos tratos, violaciones o sodomía. Además, las amenazas, los malos tratos verbales 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 que la toquen forzosamente es traumático en todos los casos y se considera como tortura.

215. 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 se asocia al riesgo de desarrollar 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 ha de aplicarse en las horas que siguen al incidente y, en general, no está disponible en los países donde es habitual la aplicación de la tortura. 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 y, por consiguiente, del respeto de la sociedad. A los prisioneros se les puede colocar desnudos en las celdas junto con miembros de sus familias, amigos o extraños, violando así tabúes culturales. Viene a empeorar la situación la ausencia de intimidad en el uso de los servicios de evacuación. Además se puede obligar a los presos a que se fuercen sexualmente los unos a los otros, lo que provoca emociones particularmente difíciles de controlar. En cuanto a las mujeres, su traumatismo puede verse potenciado por el miedo a la violación, dado el profundo estigma cultural que a ella se asocia. También en el caso exclusivo de la mujer, se debe tener en cuenta el miedo a un posible embarazo, a la pérdida de la virginidad y a quedar en la incapacidad de tener hijos

(incluso si la violación puede después ocultarse ante un posible marido y el resto de la sociedad).

216. Si en determinados casos de abuso sexual la víctima no desea que la cosa 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 mantenimiento de la intimidad de la víctima. La preparación de un informe con respecto a supervivientes de la tortura que hayan sufrido recientemente un asalto sexual exige una formación psicológica especial y un apoyo psicológico adecuado. Deberá evitarse todo tipo

de tratamiento que pudiera aumentar el daño psicológico del superviviente de la tortura. Antes de iniciar el examen deberá obtenerse el permiso del sujeto para cualquier tipo de exploración y éste deberá ser confirmado 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 hallazgos.

89 D. Lunde y J. Ortmann, "Sexual torture and the treatment of its consequences", M. Ba şoyglu ed., *Torture and its consequences, current treatment approaches*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, págs. 310 a 331

a) Revisión de los síntomas

217. Tal como se ha descrito en páginas anteriores de este manual (véase secc. B supra), deberá escribirse una historia minuciosa de la presunta agresión. Pero existen algunas cuestiones concretas que sólo se relacionan con la alegación de abuso sexual. Con ellas se trata de determinar qué síntomas del momento pueden ser resultado de un reciente abuso, por ejemplo hemorragias, flujos vaginales o anales y localización del dolor, hematomas o heridas. En casos de antiguos abusos sexuales, las preguntas se dirigirán a los síntomas que en cada momento siguieron al ataque, como frecuencia de la micción, incontinencia o disuria, irregularidades menstruales, historia ulterior de embarazos, aborto o hemorragia vaginal, problemas con la actividad sexual, incluida la copulación, y dolor y hemorragias anales, estreñimiento o incontinencia.

218. Lo mejor sería que se pudiera disponer de instalaciones físicas y técnicas adecuadas para poder realizar una buena exploración de los supervivientes de violaciones sexuales a cargo de un equipo de psiquiatras, psicólogos, ginecólogos y enfermeras expertos y especializados en el tratamiento de supervivientes de la tortura sexual. Un objetivo adicional de la consulta siguiente a un abuso sexual es el de ofrecer apoyo, consejo y tranquilidad, cuando corresponda. Será preciso tratar temas 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 un abuso sexual reciente

219. Es raro que la víctima de una violación en el curso de una tortura sea liberada cuando aún se pueden hallar signos agudos del acto. En estos casos, deberán tenerse en cuenta ciertos hechos que podrían dificultar la evaluación médica. Las víctimas de una violación reciente pueden encontrarse inquietas y confusas en cuanto a la conveniencia de solicitar ayuda médica o jurídica a causa de sus temores, sus inquietudes socioculturales o la naturaleza destructiva del abuso. 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 a la exploración, registro de los hallazgos médicos relacionados con el abuso y obtención de muestras para el estudio forense. Siempre que sea posible, este reconocimiento deberá realizarlo un experto en documentar asaltos sexuales. Si no es así, el médico examinador deberá hablar con un experto o consultar alguno de los textos habituales de medicina forense clínica⁹⁰. Cuando el médico sea de sexo distinto que la víctima, ofrecerá a ésta la posibilidad de solicitar que otra persona de su mismo sexo se encuentre en la sala. Si se utiliza un intérprete éste puede al mismo tiempo desempeñar el papel de acompañante. Dado el carácter sensible de la investigación de un asalto sexual, normalmente los parientes de la víctima no son las personas ideales para desempeñar ese papel (véase cap. IV, secc. I). Es preciso que el paciente se encuentre a gusto y relajado antes del examen. Deberá realizarse una minuciosa exploración física, que incluya una meticulosa documentación de todos los signos físicos, incluyendo tamaño, situación y color, y, siempre que sea posible, estos signos se fotografiarán y se tomarán muestras para su examen.

220. 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 podrían haber sido consecuencia del asalto. Se incluyen aquí hematomas, laceraciones, equimosis y petequias que podrían resultar de succiones o mordiscos. Esto puede contribuir a que el paciente se vaya relajando con miras a un examen completo. Cuando las lesiones genitales sean mínimas, las situadas en otras partes del organismo pueden constituir el síntoma más significativo de la violación. 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 han utilizado objetos relativamente grandes la probabilidad de lesiones identificables será muy superior.

221. Cuando se disponga de un laboratorio forense se establecerá contacto con él antes de que se haga el examen para que explique 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 pretenden haber sido violadas. Aunque no se disponga de laboratorio convendrá de todas formas obtener frotis que después 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 hayan tomado 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.

90 Véase J. Howitt y D. Rogers, "Adult Sexual Offenses and Related Matters", W.D.S. McLay ed., Clinical Forensic Medicine, Londres, Greenwich Medical Media, 1996, págs. 193 a 218.

c) Examen después de la fase inmediata

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

223. Deberán registrarse los antecedentes tal como antes se ha descrito, y después se examinarán y documentarán los signos físicos generales. 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 exploración de mujeres puede percibir datos importantes ante el comportamiento de la mujer mientras describe su historia⁹¹. Puede pasar algún tiempo antes de que el sujeto esté dispuesto 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.

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

d) Seguimiento

224. 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.

225. En todos los casos de agresión sexual se prescribirán las adecuadas pruebas de laboratorio y el consiguiente tratamiento. 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 casos de abuso sexual se obtendrán cultivos iniciales y se practicarán

pruebas serológicas, iniciando la terapéutica correspondiente. Las disfunciones sexuales son frecuentes 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:

i) Aversión a los miembros del sexo opuesto o una reducción del 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 miedo a un daño sexual posible. 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 depositar su confianza en una 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 a los órganos reproductores o abortos malamente realizados de embarazos consecutivos a una violación.

e) Exploración genital de la mujer

226. En muchas culturas es totalmente inaceptable que en la vagina de una mujer virgen se introduzca cualquier cosa, incluso un espéculum, un dedo o una torunda. Si la mujer muestra claros signos de violación a la inspección externa, puede ser innecesaria la exploración pélvica interna. Entre los signos hallados 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.

227. 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 signo físico. Más adelante, cuando la mujer haya reanudado su actividad sexual, con consentimiento o no, o haya parido, puede ser casi imposible atribuir al incidente concreto de pretendido abuso cualquier hallazgo que se realice. Por consiguiente, el componente más significativo de una evaluación médica puede ser la evaluación que haga el examinador de la información básica (por ejemplo, la correlación existente entre las alegaciones de agresión y los daños observados 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

228. Los hombres que han sido sometidos a tortura en la región genital, incluidos aplastamientos, retorcimientos o tirones 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 tumoración 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 superpuesta a la tumoración. 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 secundaria a una 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 secundaria a un traumatismo. A diferencia del hidrocele, éste no se transilumina.

229. La torsión testicular puede ser asimismo el 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 las condiciones existentes durante la detención, cuando se puede negar la atención médica, pueden observarse las secuelas tardías de esta lesión.

230. Los sujetos que fueron sometidos 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) Examen de la región anal

231. Tras la violación anal o la introducción de objetos en el ano, sea cual fuere el sexo de la persona, el dolor y la hemorragia pueden mantenerse durante días o semanas. Esto da lugar con frecuencia a un estreñimiento que puede exacerbarse a causa de 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 puedan observar cicatrices anales atípicas por su tamaño o posición y, en todo caso, 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 han obedecido a otros mecanismos. Al examinar el ano deberán buscarse y documentarse los siguientes signos:

i) Las fisuras tienden a aparecer como signos no específicos pues pueden darse en cierto número de situaciones «normales» (estreñimiento o higiene defectuosa). Pero cuando se observan en una situación aguda (es decir dentro de las primeras 72 horas), las fisuras son un signo más específico 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 o las 6 horas), puede ser indicio de traumatismo por penetración;

iv) Señales en la piel, que pueden ser resultado de traumatismos curados;

v) Exudación purulenta del ano. De todas formas en todos los casos de alegación de penetración rectal, se observe o no una exudación, deberán realizarse cultivos por si existe gonorrea o clamidiasis.

E. Pruebas de diagnóstico especializadas

232. Las pruebas de diagnóstico no constituyen parte esencial de la evaluación clínica de una persona que pretende haber sido torturada. En muchos casos basta con la historia médica y la exploración física. Pero en ciertas circunstancias, estas pruebas pueden aportar valiosa información auxiliar. Así, por ejemplo, cuando se ha presentado una demanda judicial contra miembros de la autoridad o una demanda de compensación. En estos casos, una prueba positiva puede ser definitiva 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 signos físicos, no debe utilizarse como indicativo de que no ha habido tortura. En muchas situaciones y por razones técnicas no pueden realizarse pruebas de diagnóstico, pero en ningún caso su ausencia invalidará un informe que desde otros puntos de vista está correctamente preparado. Cuando se dispone de unas posibilidades de pruebas de diagnóstico limitadas, no

convendrá utilizarlas para el estudio de lesiones por razones legales únicamente, sino que debe tenerse en cuenta que esas ins talaciones pueden ser aún más necesarias desde el punto de vista clínico (véanse más detalles en el anexo II).

CAPÍTULO VI

SIGNOS PSICOLÓGICOS INDICATIVOS DE TORTURA

A. Generalidades

1. El papel de la evaluación psicológica

233. 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 clínicos 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 sujeto. Pero las consecuencias psicológicas de la tortura hacen su aparición en el contexto del significado que personalmente se le dé, 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 causadas por 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 sobre un adulto van a ser los mismos que sobre un niño. De todas formas, existen asociaciones de síntomas y reacciones psicológicas que se han podido observar y documentar con bastante regularidad en supervivientes de la tortura.

234. Los autores tratan con frecuencia de justificar sus actos de tortura y malos tratos por la necesidad de obtener información. Esa idea viene a enmascarar cuál es el objetivo de la tortura y sus consecuencias deseadas. Uno de los objetivos fundamentales de la tortura es reducir el sujeto a una posición de desvalimiento y angustia extremos que pueda producir un deterioro de las funciones cognoscitivas, emocionales y del comportamiento⁹². Así, por ejemplo, la tortura constituye un ataque a los mecanismos fundamentales de funcionamiento psicológico y social de la persona. En esas circunstancias, el torturador trata no sólo de incapacitar físicamente a la víctima sino también de desintegrar su personalidad. El torturador aspira a destruir la idea de la víctima de que tiene sus raíces en una familia y una sociedad como ser humano con sus ensueños, sus esperanzas y sus aspiraciones de futuro. Al deshumanizar y quebrar la voluntad de su víctima, el torturador crea un ejemplo aterrador para todos aquellos que después se pongan en contacto con ella. De esta forma, la tortura puede quebrar o dañar la voluntad y la coherencia de comunidades enteras. Además, la tortura puede dejar daños profundos en las relaciones íntimas entre cónyuges, padres e hijos y otros miembros de la familia, así como en las relaciones entre las víctimas y sus comunidades.

235. 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 particulares repercusiones culturales, sociales y políticas que la tortura tiene para cada persona influyen sobre su capacidad de 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 vaya a evaluar a un individuo procedente de otro medio cultural. La investigación transcultural revela que los métodos fenomenológicos o descriptivos son los más 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 como anormal en otra^{93,94,95}. Desde la segunda guerra mundial se han realizado progresos 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 descrito ciertos síntomas y síndromes psicológicos.

236. En estos últimos años se ha aplicado el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático a una diversidad cada vez mayor de personas que sufren de 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 se encuentran índices elevados de trastorno de estrés postraumático y de depresión^{96,97,98}. El estudio transcultural de la depresión organizado por la Organización Mundial de la Salud facilita interesante información⁹⁹. Aunque ciertos síntomas pueden observarse en distintas culturas, éstos pueden no ser siempre los síntomas que más preocupan al sujeto.

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

93 A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", ponencia presentada en el WPA regional symposium on psychiatry and its related disciplines, 1986.

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

95 J. Westermeyer "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries", American Journal of Psychiatry, 142(7)1985, págs. 798 a 805.

96 R.F. Mollica, K. Donelan, S. Tor 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), 270 1993, págs. 581 a 586.

97 J.D. Kinzie et al., "The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", American Journal of Psychiatry, 147(7) 1990, págs. 913 a 917.

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

99 N. Sartorius, "Cross-cultural research on depression", Psychopathology, 19(2) 1987, págs. 6 a 11.

2. El contexto de la evaluación psicológica

237. 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 objetivos particulares de la evaluación (véase cap. III, secc. C.2).

238. Qué preguntas pueden formularse sin riesgo o cuáles no, variará en gran medida dependiendo de la confidencialidad y la seguridad que puedan asegurarse. 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. Un problema adicional se plantea cuando se esté tratando de evaluar si los síntomas psicológicos o del comportamiento son patológicos o adaptativos. Cuando se examine a una persona que está detenida o que vive en un ambiente de amenaza o de opresión considerable, existen síntomas que pueden ser adaptativos. Así, por ejemplo, una reducción del interés por las diversas actividades y un sentimiento de desapego y distanciamiento son comprensibles en una persona que se encuentre en confinamiento solitario. Del mismo modo, personas que viven en sociedades represivas pueden encontrar necesario mantener comportamientos de hipervigilancia y evitación¹⁰⁰. De todas formas, las limitaciones o condiciones que puedan imponerse a las entrevistas no impedirán que traten de aplicarse las mismas 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", R.J. Kleber, C.R. Figley, B.P.R.

Gersons eds., *Beyond Trauma Cultural and Societal Dynamics*, Nueva York, Plenum Press, 1995, págs. 188 a 210

B. Secuelas psicológicas de la tortura

1. Precauciones aconsejables

239. Antes de comenzar una descripción técnica de síntomas y clasificaciones psiquiátricas, debe advertirse que en general se considera que las clasificaciones psiquiátricas obedecen a conceptos médicos occidentales y que su aplicación a poblaciones no occidentales presenta dificultades implícitas o explícitas. Puede argüirse que las culturas occidentales padecen 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 psicológicamente¹⁰¹. El médico o psicólogo que efectúe la evaluación deberá esforzarse por establecer una relación entre el sufrimiento mental y el contexto de las creencias y normas culturales del individuo. Ello incluye el respeto al contexto político así como a la cultura y a las creencias religiosas. Dada la gravedad de la tortura y sus consecuencias, cuando se realiza una evaluación psicológica deberá adoptarse una actitud de aprendizaje informado más que la de precipitarse a establecer diagnósticos y clasificaciones. Lo mejor sería que esta actitud transmitiera 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 sensitiva puede dar a la víctima algún alivio de su experiencia de alienación.

101 M. Friedman y J. Jaranson, "The applicability of the posttraumatic concept to refugees", T. Marsella, et al. eds., *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1994, págs. 207 a 227

2. Reacciones psicológicas más frecuentes

a) Reexperimentación del trauma

240. La víctima puede tener súbitas rememoraciones o recuerdos intrusivos en los que una vez y otra vive el acontecimiento traumático, y esto incluso estando la persona despierta y consciente, o puede sufrir pesadillas recurrentes que incluyen elementos del acontecimiento traumático en su forma original o en forma simbólica. El sufrimiento ante la exposición a elementos que simbolizan o imitan el trauma se manifiesta con frecuencia por una falta de confianza y por miedo a las personas dotadas de autoridad, incluidos médicos y psicólogos. En países o situaciones en los que las autoridades participan en las violaciones de los derechos humanos, no deben considerarse sistemáticamente como patológicos la falta de confianza 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) Profundo retraimiento emocional;

iii) Profunda desafectación personal y retirada social;

iv) Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.

c) Hiperexcitación

i) Dificultad para dormirse o para permanecer dormido;

ii) Irritabilidad o brotes de cólera;

iii) Dificultad de concentración;

iv) Hipervigilancia, reacciones de inquietud exagerada;

v) Ansiedad generalizada;

vi) Respiración superficial, sudoración, sequedad de boca, mareos y problemas gastrointestinales.

d) Síntomas de depresión

241. Pueden observarse los siguientes síntomas de depresión: estado de ánimo depresivo, anhedonia (clara reducción del interés o del placer en cualquier actividad), trastornos del

apetito, pérdida de peso, insomnio o hipersomnio, agitación psicomotriz o retraso, fatiga y pérdida de energía, sensación de inutilidad, 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 desesperanza en cuanto al futuro

242. La víctima tiene la sensación de haber sufrido daños irreparables y un cambio irreversible de su personalidad¹⁰². El sujeto piensa que ha perdido una parte su porvenir y se encuentra sin expectativas de carrera, matrimonio, hijos o una duración normal de vida.

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

f) Disociación, despersonalización y comportamiento atípico

243. La disociación es una quiebra de la integración de la conciencia, autopercepción, memoria y acciones. La persona puede verse cortada o desconocedora 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 como muy atípicos con respecto a lo que era su personalidad pretraumática. Una persona que antes era cauta puede lanzarse a comportamientos de alto riesgo.

g) Quejas psicósomáticas

244. Entre las víctimas de la tortura son comunes síntomas psicósomáticos como dolores, cefaleas u otros síntomas físicos, con o sin signos objetivos. La única queja que se manifieste puede ser el dolor, que puede variar tanto por su localización como por su intensidad. Los síntomas psicósomáticos pueden ser directamente debidos 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 psicósomáticas típicas figuran el dolor dorsal, dolores musculoesqueléticos y cefaleas, consecutivas con frecuencia a traumatismos craneales. Los dolores de cabeza son muy frecuentes entre los supervivientes de la tortura y muchas veces conducen a cefaleas crónicas postraumáticas. También pueden estar causados o exacerbados por la tensión y el sufrimiento.

h) Disfunciones sexuales

245. 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, secc. D.8).

i) Psicosis

246. 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 del sujeto. Las reacciones psicóticas pueden ser breves o prolongadas, y los síntomas pueden aparecer mientras la persona está detenida y torturada o después. Puede 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 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 signos o síntomas de psicosis plenamente desarrollada;

v) Paranoia y delirios de persecución;

vi) Los sujetos que tienen antecedentes de enfermedad mental pueden sufrir una recurrencia de su trastorno psicótico o trastornos del carácter con características psicóticas. Las personas con antecedentes de trastorno bipolar, gran depresión recurrente con rasgos psicóticos, esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos pueden experimentar un episodio del

mismo trastorno.

j) Utilización abusiva de sustancias

247. Es frecuente que los supervivientes de la tortura empiecen a utilizar abusivamente alcohol y drogas como forma de obliterar sus memorias traumáticas, de regular sus afectos y de controlar su ansiedad.

k) Deterioro neuropsicológico

248. La tortura puede causar un traumatismo físico que dé lugar a diversos grados de deterioro cerebral. Los golpes en la cabeza, la asfixia y la malnutrición prolongada pueden tener consecuencias neurológicas y neuropsicológicas a largo plazo que no son fáciles de detectar en el curso de un reconocimiento médico. Como sucede en todos los casos de deterioro cerebral que no puede objetivarse mediante técnicas de formación de imágenes u otros procedimientos médicos, la evaluación neuropsicológica y la realización de pruebas pueden ser la única forma segura de objetivar esos efectos. Frecuentemente los síntomas que tratan de hallarse en esas evaluaciones son en parte similares a los que componen el trastorno de estrés postraumático y a la gran depresión. Tanto los trastornos funcionales como los orgánicos pueden provocar fluctuaciones o deficiencias en el nivel de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento ejecutivo. Por consiguiente, para poder realizar un diagnóstico diferencial será preciso poseer conocimientos especializados en evaluación neuropsicológica y también de los problemas propios de la validación transcultural de los instrumentos neuropsicológicos (véase secc. C.4 infra).

3. Clasificaciones de diagnóstico

249. Aunque las principales quejas y los hallazgos más destacados entre los supervivientes de la tortura son muy diversos y están relacionados con las experiencias vitales propias exclusivamente de cada persona y con su contexto cultural, social y político, convendrá que los evaluadores estén familiarizados con los trastornos más frecuentemente diagnosticados a los supervivientes de traumatismos y tortura. Además, no es infrecuente que se halle más de un trastorno mental y entre los sujetos con trastornos mentales relacionados con los traumatismos se encuentra una comorbilidad considerable. Diversas manifestaciones de ansiedad y depresión son los síntomas que con más frecuencia resultan de la tortura. No es infrecuente que la sintomatología que antes se ha descrito se clasifique dentro de las categorías de ansiedad y trastornos de la afectividad. Los dos sistemas de clasificación más destacados son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, por una parte, y el manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales, de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSMIV)^{103,104}, por otra parte. La presente revisión se centrará en los diagnósticos más frecuentemente relacionados con los traumatismos: el trastorno de estrés postraumático, la gran depresión y los cambios duraderos de la personalidad.

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

104 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.^a ed., Washington, D.C., 1994

a) Trastornos depresivos

250. 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 gran depresión son dos entidades morbosas distintas con etiologías claramente diferenciables. Entre los trastornos depresivos figuran la gran depresión, un episodio o gran depresión únicos, y depresiones recurrentes (más de un episodio). Los trastornos depresivos pueden presentarse con o sin manifestaciones psicóticas, catatónicas, melancólicas o atípicas. Según el DSM-IV, para que pueda hacerse el diagnóstico de episodio de gran depresión será preciso que en un determinado período de dos semanas se presenten cinco o más de los síntomas que después se mencionan, y que represente 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) interés o placer claramente disminuidos en todas o casi todas las actividades,

3) pérdida de peso o cambio de apetito, 4) insomnio o hipersomnio, 5) agitación o retraso psicomotor, 6) fatiga o pérdida de energía, 7) sentimiento de inutilidad o de culpa excesivo o inadecuado, 8) reducción de la capacidad de pensamiento o de concentración y 9) ideas recurrentes de muerte o suicidio. Para poder formular este diagnóstico es preciso que los síntomas causen una angustia considerable o perturben el 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

251. 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 se da por segura entre agentes de salud, tribunales de inmigración y legos informados. Así se ha concebido la impresión errónea y simplista de que el TEPT es la principal consecuencia psicológica de la tortura.

252. 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. Por ejemplo, la víctima puede recordar que ha sido violada en varias ocasiones pero no puede dar las fechas exactas, los lugares donde ha sucedido y detalles sobre el entorno o los torturadores. En esas circunstancias, la incapacidad de recordar detalles precisos apoya, más que reduce, la credibilidad de la historia que narra el superviviente. Los principales temas de la historia mantendrán su coherencia en las distintas entrevistas. 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 originar considerable angustia o deterioro en el funcionamiento del sujeto. Para diagnosticar un trastorno de estrés postraumático, es preciso que el sujeto haya estado expuesto a un acontecimiento traumático que haya incluido experiencias amenazadoras de su vida o de la vida de otros y causado temor, desesperanza u horror intensos. El acontecimiento deberá ser reexperimentado persistentemente de una o más de las siguientes maneras: angustiosos recuerdos intrusivos del acontecimiento, sueños angustiosos recurrentes del acontecimiento, actuación o sentimiento de que la cosa está sucediendo de nuevo, incluyendo alucinaciones, rememoraciones súbitas e ilusiones, intensa angustia psicológica ante la exposición a recuerdos del acontecimiento y reactividad fisiológica cuando se ve expuesto a indicios semejantes o a aspectos que simbolizan el acontecimiento.

253. El sujeto demostrará persistentemente que evita todo estímulo asociado al acontecimiento traumático o mostrará un amortiguamiento general de la reactividad, lo que se indica por la reunión de un mínimo de tres de los siguientes signos: 1) esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al 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) desprendimiento o distanciamiento de otros, 6) estado afectivo reprimido y 7) estrechamiento 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 se indicaría por un mínimo de dos de los siguientes signos: dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, irritabilidad o brotes de cólera, dificultades para la concentración, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada.

254. 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 excitabilidad e irritabilidad. En esos momentos el superviviente suele experimentar un aumento de los recuerdos intrusivos, pesadillas y rememoraciones súbitas. En otros momentos, puede aparecer relativamente asintomático o constreñido y retirado 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 casos el TEPT puede evolucionar crónicamente a lo largo de muchos años

con transición eventual hacia un cambio de personalidad duradero.

c) Cambio de personalidad duradero

255. Tras un estrés extremo catastrófico o prolongado, pueden aparecer trastornos en sujetos adultos que antes no habían sufrido problemas de personalidad. Entre los tipos de estrés extremo que pueden cambiar 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 cambio duradero de personalidad sólo se formulará cuando haya signos 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 los cambios de personalidad y comportamiento causados por enfermedad, disfunción o daño cerebrales.

256. Para que se pueda formular el diagnóstico según la CIE-10 de cambio duradero de la personalidad tras una experiencia 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». Este cambio de personalidad se caracteriza por una actitud hostil o desconfiada hacia el mundo, retirada social, sentimientos de vacío o de desesperanza, una impresión crónica de «hallarse al borde», como ante una amenaza constante, y extrañamiento.

d) Abuso de sustancias

257. Los clínicos han observado que los supervivientes de la tortura con frecuencia caen secundariamente en un comportamiento de abuso del alcohol y las drogas como forma de obliterar los recuerdos traumáticos, regular afectos desagradables y controlar la ansiedad. Aunque es frecuente la presencia simultánea del TEPT y otros trastornos, apenas se han realizado investigaciones sistemáticas sobre el abuso de sustancias por supervivientes de la tortura. Las publicaciones relativas a poblaciones que han sufrido 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 de abusos de sustancias varía entre los distintos grupos étnicos o culturales. Los antiguos prisioneros de guerra con TEPT estaban más expuestos a la utilización abusiva de sustancias, mientras que los ex combatientes presentaban índices elevados de coexistencia del trastorno de estrés postraumático con el abuso de sustancias^{105,106,107,108,109,110,111,112}. En resumen, en otras poblaciones expuestas al trastorno de estrés postraumático se han recogido pruebas importantes en el sentido de que el abuso de sustancias puede acompañar al otro trastorno en los supervivientes de la tortura.

105 P.J. Farias, “Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 1991, págs. 167 a 192.

106 A. Dadfar, “The Afghans: bearing the scars of a forgotten war”, A. Marsella et al., *Amidst peril and pain*, 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*, 101 1975, págs. 400 a 422.

108 B.E. Engdahl et al. (en revisión), “The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war”.

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*, 20(21, 1) 1990, págs. 1776 a 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*, 48(3) 1991, págs. 207 a 215.

112 A.Y. Shalev, A. Bleich, R.J. Ursano, "Post-traumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance", *Psychosomatics*, 31(2) 1990, págs. 197 a 203

e) Otros diagnósticos

258. 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 gran trastorno depresivo y el cambio duradero en la personalidad (véase infra). Entre los demás diagnósticos posibles figuran los siguientes:

i) La ansiedad generalizada, caracterizada por una ansiedad y preocupación excesivas acerca de gran diversidad de distintos acontecimientos o actividades, tensión motriz y un aumento de la actividad del sistema autónomo;

ii) El trastorno del pánico se manifiesta por ataques recurrentes e inesperados de intenso miedo o incomodidad, incluyendo 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 psicossomático con síntomas físicos que no se explican por ningún proceso médico;

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

vi) Trastornos causados por un proceso médico general que con frecuencia adopta la forma de un trastorno cerebral con las fluctuaciones o los déficit resultantes 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

259. El que en las evaluaciones psicológicas se puedan hallar signos críticos de malos tratos entre las víctimas de la tortura se debe a varias razones: con frecuencia la tortura provoca devastadores síntomas psicológicos, los métodos de tortura están con frecuencia diseñados para no dejar lesiones físicas y los métodos físicos de tortura pueden dejar huellas físicas que desaparecen o son inespecíficas.

260. 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 evaluar el grado de coherencia que existe entre el relato que el individuo hace de la tortura y los hallazgos psicológicos 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, secc. C y cap. IV, secc. 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.

261. Al proceder a la evaluación del estado psicológico y a formular un diagnóstico clínico siempre se tendrá en cuenta el contexto cultural. Para realizar la entrevista y formular una impresión clínica y conclusiones tiene una importancia fundamental conocer los síndromes específicos de la cultura y las expresiones de angustia vehiculadas por el lenguaje 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 se trate de un intérprete que sea 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 por parte de la víctima y es posible que le recuerde sus anteriores interrogatorios. Para reducir los efectos de la retraumatización, el 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 usa en ciertas formas de psicoterapia, durante las cuales el clínico adopta un papel pasivo y apenas abre la boca. El clínico debe hacer ver que es aliado del sujeto y adoptar una actitud de apoyo y de que se abstiene de todo juicio.

2. El proceso de la entrevista

262. El clínico debe comenzar la entrevista explicando con detalle qué procedimientos se van a seguir (qué preguntas se van a formular sobre antecedentes psicosociales, incluido el desarrollo de la 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 y poderse ir si el estrés llega a resultarle intolerable, con la posibilidad de una cita ulterior. El clínico 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, lo cual puede influir sobre sus percepciones y juicios propios.

263. El proceso de la entrevista puede recordar al superviviente los interrogatorios que sufrió durante la tortura. Por consiguiente, pueden aparecer fuertes sentimientos negativos contra el clínico, miedo, rabia, rechazo, desvalimiento, confusión, pánico u odio. El clínico debe dar lugar a que se expresan y expliquen esos sentimientos y expresar su comprensión ante la difícil situación del sujeto. Además, no se debe descuidar la posibilidad de que la persona aún pueda estar perseguida u oprimida. Cuando sea necesario se evitará toda pregunta acerca de actividades clandestinas. Es importante tomar en consideración las razones por las que 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 un informe de tortura de un sujeto se ha solicitado dentro del marco de un proceso judicial iniciado por una autoridad oficial, deberá advertirse a la persona que se va a evaluar que ese contexto 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.

264. Los clínicos que realicen evaluaciones físicas o psicológicas deben conocer las posibles reacciones emocionales que las evaluaciones de traumas graves pueden suscitar en el entrevistado y en el entrevistador. Esas reacciones emocionales se denominan de transferencia y de 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 trauma, figuran desconfianza, miedo, vergüenza, rabia y sentimientos de culpabilidad. Se denomina transferencia al conjunto de sentimientos que un superviviente concibe hacia el clínico, sentimientos que se relacionan con sus pasadas experiencias pero que se comprenden erróneamente como dirigidos hacia el clínico personalmente. Por otra parte, la reacción emocional del clínico hacia el superviviente de la tortura, conocida como contratransferencia, puede influir sobre la evaluación psicológica. Transferencia y contratransferencia son mutuamente interdependientes e interactivas.

265. El posible impacto de las reacciones de transferencia sobre el proceso de evaluación se evidencia si se tiene en cuenta que una entrevista o un examen que exijan contar y recordar los detalles de una historia traumática provocarán la exposición a recuerdos, pensamientos y sentimientos angustiosos e indeseables. Por consiguiente, aunque la víctima de la tortura sea consentidora de la evaluación con la esperanza de beneficiarse de ella, la exposición resultante puede renovar la propia experiencia traumática. Pueden darse dos fenómenos que a continuación se describen.

266. Las preguntas del evaluador pueden ser sentidas por el sujeto como una exposición forzada equivalente a un interrogatorio. Puede sospechar que el evaluador obedece a motivaciones escotofílicas o sádicas, y el entrevistado puede formularse preguntas como: «¿Por qué quiere obligarme a que describa hasta el último terrible detalle de 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 una extraña motivación.» Puede haber prejuicios contra el evaluador, que nunca ha sido arrestado y torturado. Esto puede hacer que el sujeto sienta que el evaluador está del lado del enemigo.

267. El evaluador es percibido como persona en posición de autoridad, lo que con frecuencia es el caso, y por ello no se le pueden confiar ciertos aspectos de la historia traumática. Otras veces, sobre todo cuando el sujeto permanece en custodia, éste podría mostrarse confiado en exceso si en la situación existente el entrevistador no pudiera garantizarle que no va a haber represalias. Deberán adoptarse todas las precauciones necesarias para asegurarse de que los prisioneros no se exponen a riesgos innecesarios confiando ingenuamente en alguien que desde el 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 salvaguardar 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.

268. 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 equilibrio de poder percibido o real y puede aumentar el posible sentimiento de miedo, desconfianza y sumisión forzada en el sujeto. En ciertos casos, sobre todo si el sujeto permanece en custodia, 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.

269. 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. Muy 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 permanecen en custodia, en todas las sociedades menos las más 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 puede formular preguntas precisas que el sexo al que pertenezca. Se han conocido casos de mujeres víctimas de violación que no han revelado nada a investigadoras no médicas pero que han solicitado hablar con un médico aunque sea varón de manera que puedan formularle preguntas médicas concretas. Las preguntas más frecuentes 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, la atención que necesariamente se ha de conceder a los detalles y la precisión de las preguntas relativas a la historia se perciben fácilmente como un signo de desconfianza o de duda por parte del examinador.

270. 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 de lo que resultaría una profunda retracción y una indiferencia afectiva en el curso del examen o la entrevista. Para la preparación del informe, la retracción 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 fuese para ella el hacerlo.

271. Las reacciones de contratransferencia suelen ser inconscientes y precisamente por serlo pueden plantear problemas. El tener sentimientos cuando se escucha a alguien que habla de su tortura es completamente esperable por mucho que esos sentimientos puedan interferir con la eficacia del clínico, pero si se comprenden pueden servirle de guía. Médicos y psicólogos implicados 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 informar sobre 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 un acuerdo acerca de que los profesionales que se dedican habitualmente a realizar este tipo de exámenes deben obtener supervisión y apoyo personal de colegas que tengan experiencia en este campo. Entre las más frecuentes reacciones de contratransferencia figuran:

i) Evitación, retirada e indiferencia defensiva en reacción a la exposición a material perturbador. Esto puede facilitar el que se olviden algunos detalles y se subestime la gravedad de las consecuencias físicas o psicológicas;

ii) Desilusión, desaliento, desesperanza y sobreidentificación, que pueden provocar síntomas de depresión o de traumatización vicariante, como pesadillas, ansiedad y miedo;

iii) Omnipotencia y grandiosidad, 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 por enfrentarse con la gravedad de la historia o los sufrimientos comunicados. Esto se puede manifestar en forma de falta de confianza en la propia capacidad para hacer justicia al superviviente y una preocupación poco realista con 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 nivel político pueden dar lugar a la adopción de actitudes claramente sentimentales o idealizadas hacia el superviviente;

La indignación y la rabia hacia 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 pueden hacerse crónicos o excesivos;

vii) Sentimientos expuestos a niveles desacostumbrados de ansiedad pueden provocar indignación o repugnancia contra la víctima. Esto también puede suceder si el sujeto se siente utilizado por la víctima cuando el clínico tiene dudas acerca de la veracidad de la historia de tortura narrada por la víctima trata de beneficiarse de una evaluación que pone de manifiesto las consecuencias del presunto incidente;

viii) Entre las diferencias importantes entre los sistemas de valores culturales del clínico y los del individuo que pretende haber sido torturado puede figurar la creencia en mitos relativos a ciertos grupos étnicos, actitudes de condescendencia y subestimación del grado de desarrollo del individuo o de su perspicacia. En sentido contrario, cuando los clínicos 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.

272. La mayor parte de los clínicos 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 efectividad del clínico puede verse comprometida cuando la contratransferencia se actúa en lugar de ser un motivo de reflexión. Se aconseja a los clínicos encargados de la evaluación y tratamiento de la tortura que examinen su contratransferencia y, siempre que sea posible, obtengan supervisión y asesoramiento de un colega.

273. Las circunstancias pueden exigir que las entrevistas sean realizadas por un clínico 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, secc. 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 clínico que investiga y un intérprete, que facilita la interpretación lingüística y al mismo tiempo explica qué significado cultural se da a acontecimientos, experiencias, síntomas e idiomas. Con frecuencia el clínico no percibe factores culturales, religiosos y sociales importantes, de forma que un buen intérprete habrá de ser capaz de señalar esos factores y explicar su importancia al clínico. Si el entrevistador se basa estrictamente en una interpretación literal, palabra por palabra, no podrá aprovechar este tipo de interpretación en profundidad de la información que le llegue. Por otra parte, si se espera que los intérpretes señalen al clínico los factores culturales, religiosos y sociales importantes, es fundamental que al mismo tiempo no traten de influir en ningún modo sobre las respuestas que la persona torturada dé a las preguntas del clínico. Cuando no se utilice una traducción literal, el clínico habrá de asegurarse de que las respuestas del entrevistado, tal como se las comunica el intérprete, representan exactamente lo que la persona ha dicho, sin ninguna adición o supresión por el intérprete. Sea cual fuere la estrategia adoptada, en la elección de un intérprete se tendrán en cuenta como elementos 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 qué es lo que está diciendo y pueda comunicarlo con exactitud al clínico investigador. En ningún caso se permitirá que el intérprete sea un funcionario encargado de la aplicación de la ley ni un empleado del gobierno. Con el fin de mantener la confidencialidad, 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

274. La introducción mencionará la entidad que envía al sujeto, un resumen de fuentes colaterales (por ejemplo, registros 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 tortura y malos tratos

275. Se harán esfuerzos por recoger el historial completo de torturas, persecuciones y otras experiencias traumáticas importantes (véanse cap. IV, secc. E). Esta parte de la evaluación suele ser agotadora para la persona que está siendo evaluada. Por consiguiente, puede ser necesario proceder en varias sesiones. La entrevista comenzará por un resumen general de los acontecimientos para después pasar a obtener detalles de las experiencias de torturas. Es preciso que el entrevistador conozca las cuestiones legales pertinentes ya que éstas determinarán la naturaleza y cantidad de información necesaria para bien documentar los hechos.

b) Quejas psicológicas actuales

276. La determinación del funcionamiento psicológico actual forma el núcleo de la evaluación. Como los prisioneros de guerra gravemente brutalizados y las víctimas de violación muestran en un 80% a 90% de los casos una prolongada prevalencia de trastorno de estrés postraumático, será preciso formular preguntas concretas relativas a las tres categorías de DSM-IV de trastorno de estrés postraumático (retorno de la experiencia del acontecimiento traumático, evitación de respuestas o amortiguación de éstas, amnesia y excitación)^{113,114}. Se describirán los síntomas afectivos, cognoscitivos y del comportamiento con descripciones detalladas, 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.

113 B.O. Rothbaum et al., "A prospective examination of posttraumatic stress disorder rape victims", *Journal of Traumatic Stress*,

5 1992, págs. 455 a 475.

114 P.B. Sutker, D.K. Winstead, Z.H. Galina, "Cognitive deficits and psycho-pathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", *American Journal of Psychiatry*, 148 1991, págs. 62 a 72.

c) Historia posterior a la tortura

277. En esta parte de la evaluación psicológica se trata de obtener información sobre las

actuales circunstancias de la vida del sujeto. Es importante investigar cuáles son las fuentes actuales de estrés, como, por ejemplo, separación o pérdida de personas amadas, huída 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

278. 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 toda historia que se encuentre sobre traumas antiguos, como malos tratos durante la infancia, sufrimientos durante la guerra o violencia doméstica, así como el medio cultural y religioso de la víctima.

279. 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 previamente a los acontecimientos traumáticos. 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 la información básica el entrevistador deberá tener en cuenta que la duración y gravedad de las 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 los amigos, y los valores y actitudes con respecto a las experiencias traumáticas, así como diversos factores políticos y culturales, la gravedad y la duración de los acontecimientos traumáticos, la 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 limitaciones de tiempo y otros problemas, puede ser difícil obtener toda esta información. De todas formas, es importante conseguir datos suficientes acerca del estado mental y funcionamiento psicosocial previos del sujeto con el fin de poderse hacer una idea de la medida en que la tortura ha contribuido a los problemas psicológicos.

e) Historia clínica

280. La historia clínica resume las condiciones de salud antes del trauma, la situación actual, dolores en cualquier parte del cuerpo, quejas de tipo psicosomático, medicinas utilizadas y sus efectos secundarios, aspectos importantes de la historia sexual, intervenciones quirúrgicas anteriores y otros datos médicos (véase cap. V, secc. B).

f) Historia psiquiátrica

281. Deberá interrogarse al sujeto acerca de sus antecedentes de trastornos mentales o psicológicos, la naturaleza de sus problemas y si ha recibido tratamiento o ha necesitado hospitalización psiquiátrica. También se le interrogará acerca de su uso terapéutico de medicinas psicotrópicas.

g) Antecedentes de uso y abuso de sustancias

282. El clínico deberá preguntar al sujeto si ha utilizado sustancias antes y después de la tortura, si se han producido cambios en el tipo 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 la región como la nuez de betel y otras muchas.

h) Examen del estado mental

283. El examen del estado mental comienza en el momento en que el clínico se encuentra con el sujeto. El entrevistador deberá tomar nota del aspecto de la persona, considerando, por ejemplo, posibles signos de malnutrición, falta de limpieza, cambios en la actividad motriz durante la entrevista, uso del lenguaje, contacto ocular, capacidad de establecer una relación con el entrevistador y medios que el sujeto utiliza para establecer comunicación. En el informe de la evaluación psicológica deberán incluirse todos los aspectos del examen del estado mental, con los siguientes componentes: aspectos como apariencia general, actividad motriz, lenguaje, estado de ánimo y afectividad, contenido del pensamiento, proceso mental, ideas de suicidio y homicidio, y examen cognoscitivo

(orientación, memoria a largo plazo, rememoración intermedia y rememoración inmediata).

i) Evaluación del funcionamiento social

284. El trauma y la tortura pueden, directa e indirectamente, dañar la capacidad funcional de la persona. Además, la tortura puede causar indirectamente pérdidas de funcionamiento e invalideces cuando las consecuencias psicológicas de la experiencia alteran la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo, ganarse la vida, mantener a la familia y proseguir sus estudios. El clínico deberá evaluar el actual nivel de funcionamiento del sujeto interrogándole acerca de sus actividades cotidianas, su función social (como ama de casa, estudiante, trabajador), sus actividades sociales y recreativas y su percepción del propio estado de salud. El entrevistador pedirá al sujeto que evalúe su propia situación sanitaria, que hable de la presencia o ausencia de sentimiento de fatiga crónica y que comunique posibles cambios en su funcionamiento general.

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

285. Apenas hay publicaciones acerca de la utilización de las pruebas psicológicas (pruebas proyectivas y objetivas de personalidad) en la evaluación de los supervivientes de la tortura. Además, las pruebas psicológicas de personalidad carecen de validez transcultural. Estos factores se combinan limitando gravemente la utilidad de las pruebas psicológicas para la evaluación de las víctimas de la tortura. En cambio, las pruebas neuropsicológicas pueden ser útiles para evaluar casos de lesiones cerebrales resultantes de la tortura (véase secc. C.4 infra). La persona que ha sobrevivido a la tortura puede tropezar con dificultades para expresar en palabras sus experiencias y síntomas. En ciertos casos puede ser útil utilizar listas de comprobación sobre acontecimientos traumáticos y síntomas. En los casos en los que el entrevistador llega a la conclusión de que podría ser útil utilizar estas listas de comprobación, puede recurrir a numerosos cuestionarios, pero ninguno de ellos se refiere específicamente a las víctimas de la tortura.

k) Impresión clínica

286. Para formular una impresión clínica que se incorpore al informe sobre signos psicológicos de tortura, deberán formularse las siguientes preguntas importantes: i) ¿Hay una concordancia entre los signos psicológicos y el informe de presunta tortura?

ii) ¿Se puede decir que los signos psicológicos hallados constituyen reacciones esperables o típicas de un estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo?

iii) Considerando la evolución fluctuante con el tiempo de los trastornos mentales relacionados con el trauma, ¿cuál sería el marco temporal en relación con los acontecimientos de la tortura? ¿En qué punto del curso de recuperación se encuentra el sujeto?

iv) Entre los distintos elementos de estrés coexistentes ¿cuáles están ejerciendo su acción sobre el sujeto (por ejemplo, una persecución que aún dura, migración forzada, exilio, pérdida de la familia o pérdida de la función social)? ¿Qué repercusión tienen estos factores sobre el sujeto?

v) ¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico? Merecen especial atención los traumatismos craneales sufridos durante la tortura o detención.

vi) ¿Indica el cuadro clínico que exista una falsa alegación de tortura?

287. El clínico deberá dar su opinión acerca de la concordancia que pueda existir entre los signos psicológicos y la medida en que esos signos 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 previa. Se tomará nota de factores como el momento en que se inician cada uno de los síntomas en relación con el trauma, la especificidad de todos los signos psicológicos y las modalidades de funcionamiento psicológico. También se mencionarán otros factores adicionales, como la migración forzada, el reasentamiento, dificultades de aculturación, problemas de lenguaje, desempleo, pérdida del hogar, familia y estado social. Se evaluará y describirá la relación y la concordancia entre los acontecimientos y los síntomas. Ciertos elementos físicos, como los traumatismos craneales o las lesiones encefálicas, pueden requerir una evaluación más detallada. Tal vez sea recomendable proceder a evaluaciones neurológicas o

neuropsicológicas.

288. Si el superviviente tiene un conjunto de síntomas que corresponda a 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 la alegación de tortura, en cambio el hecho de que no se satisfagan los criterios de diagnóstico psiquiátrico no significa que el sujeto no haya sido torturado. El superviviente de la tortura puede no reunir el conjunto sintomático 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 tortura que pretenda haber experimentado se considerarán como un conjunto. 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.

289. Es importante darse cuenta de que ciertas personas alegan falsamente haber sufrido 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 exageración o fabricación. De todas formas, el clínico no debe olvidar que tal fabricación exige un conocimiento detallado de la sintomatología relacionada con los traumas, conocimiento que muy poca gente posee. Todo testimonio puede presentar incoherencias por diversas razones válidas, como problemas de memoria resultantes de una lesión encefálica, confusión, disociación, diferencias culturales en la percepción del tiempo o fragmentación y represión de memorias traumáticas. Para documentar con eficacia los signos psicológicos de tortura es necesario que el clínico tenga la capacidad necesaria para en su informe hacer una evaluación de coherencias e incoherencias. Si el entrevistador sospecha que hay fabricación, 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 clínico realiza exámenes adicionales y sigue sospechando que hay fabricación, deberá remitir el sujeto a otro clínico y pedir la opinión de su colega. La sospecha de fabricación se documentará con la opinión de dos clínicos.

1) Recomendaciones

290. Las recomendaciones que resulten de la evaluación psicológica dependerán de las cuestiones que se planteen en el momento en que se solicitó la evaluación. Puede tratarse de cuestiones de tipo legal y judicial o de demandas de asilo o de reasentamiento o de la necesidad de un tratamiento. Las recomendaciones pueden ir en el sentido de una nueva evaluación, por ejemplo pruebas neuropsicológicas, de un tratamiento médico o psiquiátrico o de señalar la necesidad de seguridad o asilo.

4. Evaluación neuropsicológica

291. La neuropsicología clínica es una ciencia aplicada que se interesa por la expresión de una disfunción cerebral sobre el comportamiento. La evaluación neuropsicológica, en particular, se ocupa de la medición y clasificación de los trastornos del comportamiento asociados a los daños cerebrales orgánicos. Desde hace mucho tiempo se reconoce que esta disciplina es útil para poder diferenciar entre procesos 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 tortura no son muy frecuentes y hasta la fecha no se han publicado estudios de este tipo. Por consiguiente, a continuación sólo van a exponerse algunos principios generales que pueden orientar a los agentes de salud para comprender la utilidad y las indicaciones de la evaluación neuropsicológica de sujetos presuntamente torturados. Antes de exponer las cuestiones de utilidad e indicaciones, es esencial reconocer qué limitaciones tiene la evaluación neuropsicológica de este grupo de población.

a) Limitaciones de la evaluación neuropsicológica

292. Existe cierto número de factores que frecuentemente complican la evaluación de los supervivientes de la tortura en general y que ya se han señalado en otro lugar de este manual. Son factores aplicables a la evaluación neuropsicológica lo mismo que a los

exámenes médicos o psicológicos. La evaluación neuropsicológica puede verse limitada por cierto número de factores adicionales, entre ellos la falta de investigaciones sobre supervivientes de la tortura, la utilización de normas basadas en la población, las diferencias culturales y lingüísticas y la traumatización añadida a aquellos que ya han experimentado la tortura.

293. Como ya se mencionó, las publicaciones relativas a la evaluación neuropsicológica de víctimas de la tortura son escasísimas. Estas se refieren a diversos tipos de traumatismos craneales y a la evaluación neuropsicológica de 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 otras poblaciones de sujetos.

294. La evaluación neuropsicológica tal como se ha estructurado y se practica en las culturas 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^{115,116}. Los resultados de las pruebas se utilizan sobre todo cuando el deterioro cerebral es ligero a moderado, más que cuando es grave, o cuando se piensa que los déficit neuropsicológicos son secundarios a un trastorno psiquiátrico.

295. 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 normalizadas de las pruebas y el examinador clínico no conoce a fondo el idioma del sujeto. Cuando no se dispone de traducciones normalizadas de las pruebas y el examinador no conoce a fondo el idioma del sujeto, la parte verbal de las pruebas no deberá utilizarse, pues no puede obtenerse de ella ninguna interpretación significativa. Esto significa que sólo se pueden utilizar las pruebas no verbales, de manera que tampoco pueden hacerse comparaciones entre facultades verbales y no verbales. Además, es más difícil proceder al análisis de las insuficiencias de lateralización

(o de localización). Sin embargo, este análisis suele ser útil a causa de la organización asimétrica del cerebro, cuyo hemisferio izquierdo es normalmente dominante en lo que se refiere al uso de 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 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 alguna flexión orgánica cerebral los conocimientos actuales adquiridos tienen menos probabilidades de deteriorarse que las demás funciones y serán más representativos de la anterior capacidad de aprendizaje que las demás 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 previo al trauma. En consecuencia, puede ser difícil de interpretar un trastorno neuropsicológico que no llegue a ser grave ni moderado.

296. 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 todo nuevo traumatismo del sujeto (véase cap. IV, secc. H). Por citar sólo uno de los ejemplos concretos relativos a la pruebas neuropsicológicas, podría causar grave traumatismo al sujeto el someterle a la técnica normal de la batería Halstead-Reitan, en particular a la Prueba de Funcionamiento Táctil (Tactual Performance Test TPT), y taparle rutinariamente los ojos al sujeto. Para la mayor

parte de las víctimas que durante su detención y tortura fueron mantenidas a ciegas, e incluso para las que no estuvieron en ese caso, sería muy traumatizante vivir la experiencia de desvalimiento inherente a este procedimiento. De hecho, cualquier forma de prueba neuropsicológica puede por sí misma ser problemática, 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 inusitada, además de que se les pida que hagan algo, en lugar de mantener previamente un diálogo, puede resultar excesivamente estresante o recordarle la experiencia de tortura.

115 A.R. Luria y L.V. Majovski, "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology", *American Psychologist*, 32(11)

1977, págs. 959 a 968.

116 R.J. Ivnik, "Overstatement of differences", *American Psychologist*, 33(8) 1978, págs. 766 a 767.

b) Indicaciones de la evaluación neuropsicológica

297. Para evaluar cualquier déficit de 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 será la primera la que represente una aplicación típica y tradicional de la neuropsicología clínica, mientras que la segunda será una indicación relativamente nueva, no muy bien investigada y más bien problemática.

298. 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, de tensión y tortura. Puede tratarse de heridas de bala, envenenamiento, 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 %) detrás de los golpes en el cuerpo (58 %)¹¹⁷. La frecuencia de daños cerebrales es elevada entre las víctimas de la tortura.

299. Las lesiones craneales cerradas que dan lugar a niveles medios a moderados de lesión a largo plazo son probablemente las causas más frecuentemente encontradas 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. Niveles medios a moderados de daño cerebral pueden pasar inadvertidos o ser subestimados por los profesionales de salud mental a causa de que los síntomas de depresión y de trastorno de estrés postraumático figurarán probablemente 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 o bien de deterioro cerebral o bien de trastorno de estrés postraumático. Como estas quejas son frecuentes en supervivientes que padecen el trastorno de estrés postraumático, ni siquiera se plantea la cuestión de si no se deberán realmente a un traumatismo craneal.

300. En una fase inicial de la exploración el diagnóstico deberá basarse en la historia que el sujeto comunique de traumatismos craneales y también en el curso de la sintomatología. Como suele suceder con los sujetos que han padecido lesiones cerebrales, puede ser útil la información obtenida de partes terceras, 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, por así decirlo, están en «el interior» del problema. Para recoger unas primeras impresiones con respecto a la diferencia existente entre déficit cerebral orgánico y trastorno de estrés postraumático, será un punto de partida útil la evaluación de la cronicidad de 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 el déficit parece crónico, no fluctúa y lo confirman los miembros de la familia, deberá considerarse la posibilidad de déficit cerebral, incluso si en un primer momento no se conoce una clara historia de traumatismo craneal.

301. En el momento en que sospecha la existencia de una lesión cerebral, lo primero que deberá hacer el profesional de salud mental es considerar la conveniencia de remitir el 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 tenerse en cuenta figuran un reconocimiento médico extensivo, una consulta neurológica especializada y una evaluación neuropsicológica. El uso de los procedimientos de evaluación neuropsicológica está indicado en general cuando, sin gran perturbación neurológica, se comunican síntomas predominantemente de carácter cognoscitivo o cuando se ha de hacer un diagnóstico diferencial entre lesión cerebral y trastorno de estrés postraumático.

302. La selección de pruebas y procedimientos neuropsicológicos está sujeta a las limitaciones antes especificadas y, por consiguiente, no puede atenerse al formato de la batería estándar de pruebas sino que ha de ser más bien específica en función del caso y sensitiva a las características individuales. La flexibilidad que se requiere para la selección de pruebas y procedimientos exige que el examinador posea experiencia, conocimientos y prudencia considerables. Como ya se ha dicho, la serie de instrumentos que se debe utilizar se limitará con frecuencia a las pruebas no verbales, mientras que las características psicométricas de todas las pruebas normalizadas 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 sectores del funcionamiento cognoscitivo 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 los déficit.

303. Aún viene a complicar más el asunto el hecho de que entre los resultados de las pruebas no verbales se han podido encontrar considerables diferencias entre grupos pertenecientes a medios culturales estrechamente relacionados. Así, por ejemplo, en una investigación se comparó el rendimiento de muestras aleatorias y basadas en la comunidad de 118 personas de edad avanzada y de lengua inglesa y el de 118 personas de la misma edad y de lengua española valiéndose de una breve batería de pruebas neuropsicológicas¹¹⁸. Las muestras se habían seleccionado al azar y equiparado desde el punto de vista demográfico. Pero aunque los resultados obtenidos con las mediciones verbales eran similares, los sujetos de lengua española obtuvieron resultados significativamente inferiores en casi todas las mediciones no verbales. Estos resultados indican la conveniencia de mostrarse prudentes cuando se utilizan mediciones no verbales y verbales para evaluar a personas que no son de lengua inglesa, siempre que se trate de pruebas preparadas con destino a personas de lengua inglesa.

304. La elección de instrumentos y procedimientos en la evaluación neuropsicológica de presuntas víctimas de tortura deberá realizarla el clínico 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 buena formación y conocimientos en materia de relaciones entre cerebro y comportamiento. En la bibliografía común pueden hallarse listas completas de procedimientos y pruebas neuropsicológicos, con instrucciones para su correcta aplicación¹¹⁹.

117 H.C. Traue, G. Schwarz-Langer, N.F. Gurriss, "Extremtraumatisierung durch Folter. Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer", *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1 1997, págs. 41 a 62.

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*, 19(3) 1997, págs.

331 a 339.

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

c) Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

305. De todo lo dicho cabe deducir que es preciso actuar con sumo cuidado cuando se proceda a evaluaciones neuropsicológicas del trastorno cerebral de presuntas víctimas de tortura. Este será sobre todo el caso cuando se trate de diagnosticar mediante la evaluación neuropsicológica la presencia de TEPT en presuntos supervivientes. Incluso cuando se trate de evaluar la posibilidad de TEPT en sujetos sobre los cuales se disponga de normas basadas en la población, aún 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 en general intervienen en los trastornos psiquiátricos, se ha ido haciendo cada vez más frecuente el recurso a los paradigmas neuropsicológicos. Pero, como se ha dicho, «hasta la fecha es poco lo que se ha escrito sobre el TEPT desde una perspectiva neuropsicológica»¹²⁰.

306. Existe gran variabilidad entre las muestras utilizadas para el estudio de mediciones neuropsicológicas en el estrés postraumático. Esto puede explicar la variabilidad de los problemas cognoscitivos notificados por esos estudios. Se ha señalado que «las observaciones clínicas indican que los síntomas de TEPT se solapan sobre todo con los observados en los campos neurocognoscitivos de la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo». Esto estaría de acuerdo con las quejas que frecuentemente formulan 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 un objetivo concreto.

307. Al parecer, con los métodos de evaluación neuropsicológica puede identificarse la presencia de déficit neurocognoscitivos en el TEPT, pese a lo difícil que es demostrar la especificidad de esos déficit. Algunos estudios han demostrado la presencia de déficit en sujetos con TEPT por comparación con testigos normales, pero no han llegado a diferenciar estos sujetos de testigos psiquiátricos equiparados^{121,122}. En otras palabras, es probable que los déficit neurocognoscitivos revelados por los resultados de las pruebas sean evidentes en casos de TEPT, pero insuficientes para el diagnóstico de este proceso. 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, posiblemente, en las pruebas de personalidad. En este sentido, los métodos específicos de evaluación neuropsicológica pueden aportar una contribución a la documentación del TEPT de la misma manera que pueden hacerlo a otros trastornos psiquiátricos asociados a déficit neurocognoscitivos conocidos.

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

120 J.A. Knight, "Neuropsychological assessment in post-traumatic stress disorder", J.P. Wilson and T.M. Keane eds., *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, Nueva York, Guilford, 1997.

121 J.E. Dalton, S.L. Pederson, J.J. Ryan, "Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance", *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11(3) 1989, págs. 121 a 124.

122 T. Gil et al., "Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder", *Journal of Traumatic Stress*, 3(1) 1990, págs. 29 a 45.

5. Los niños y la tortura

309. La tortura puede dañar a un niño directa o indirectamente. El daño puede proceder de

que el niño haya sido torturado o detenido, de la tortura de sus padres o próximos familiares o de haber sido testigo de tortura 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 a toda 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 torturado. De todas formas, se resumirán algunos puntos importantes.

310. En primer lugar, cuando se evalúa a un niño sospechoso de haber sufrido o presenciado actos de tortura, el clínico deberá asegurarse de que el niño en cuestión cuenta con el apoyo de personas que le atienden y que durante la evaluación se siente en seguridad. Para ello puede ser necesario que durante la evaluación esté presente su padre, su madre o alguien de confianza. En segundo lugar, el clínico debe tener en cuenta que en lo que respecta al trauma con frecuencia el niño no expresa sus pensamientos y emociones verbalmente sino más bien en su comportamiento¹²³. 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.

311. Si un niño ha sido física o sexualmente agredido, es importante, siempre que sea posible, que se ponga al niño en manos de un experto en malos tratos infantiles. El examen genital de los niños, experimentado probablemente como traumático, deberá quedar a cargo de clínicos expertos en la interpretación de los signos observados. A veces conviene tomar grabación vídeo del examen de manera que otros expertos puedan dar su opinión acerca de los signos físicos hallados sin que el niño haya de ser sometido a una nueva exploración. No deben realizarse exámenes genitales o anales completos sin anestesia general. Además, el examinador deberá ser consciente de que la exploración en sí misma puede rememorar la agresión y es posible que el niño empiece súbitamente a llorar o se descompense psicológicamente durante el examen.

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

a) Consideraciones relativas al desarrollo

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

124. Tratándose de niños de tres años o se ocupan de él

menos que hayan experimentado o presenciado tortura, es fundamental el papel protector y tranquilizador de su entorno¹²⁵. Las reacciones de los niños muy pequeños a las experiencias traumáticas tienen como componente normal la hiperexcitación, con intranquilidad, trastornos del sueño, irritabilidad, sobresaltos excesivos y evitación. Los niños de más de tres años tienden con frecuencia a retirarse y a negarse a hablar directamente de sus experiencias traumáticas. La capacidad de expresión verbal va aumentando con el desarrollo. Se produce un claro aumento al llegar a la fase operativa concreta (8-9 años), cuando el niño es capaz de dar una cronología fidedigna de los acontecimientos. Durante esta fase se desarrollan las capacidades de operaciones concretas y temporales y espaciales¹²⁶. Estas nuevas aptitudes aún son frágiles y en general hasta que no comienza la fase operativa formal

(12 años) el niño no siempre puede construir una narrativa coherente. La adolescencia es un período de desarrollo turbulento. Los efectos de la tortura pueden variar en gran medida. La experiencia de tortura puede provocar en el adolescente profundos cambios de personalidad de los que resulte un comportamiento antisocial¹²⁷. Por otra parte, los efectos de la tortura sobre los adolescentes pueden ser semejantes a los observados en niños más jóvenes.

124 Ottino S. von Overbeck, "Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre", *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 14 1998, págs. 35 a 39.

125 M. Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés", M.R.

Moro y S. Lebovici eds., *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, París, PUF, 1995.

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

127 Véase la nota 125 supra.

b) Consideraciones clínicas

313. En el niño pueden aparecer los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Los síntomas pueden ser similares a los que se observan en el adulto, pero el clínico habrá de fijarse sobre todo en la observación del comportamiento del niño, más que en su expresión verbal^{128,129,130,131}. Por ejemplo, el niño puede mostrar síntomas de volver a experimentar, que se manifiestan por juegos monótonos y repetitivos que representan aspectos del acontecimiento traumático, memorias visuales de los acontecimientos, con juego o sin él, preguntas repetidas o declaraciones acerca del acontecimiento traumático y pesadillas. El niño puede perder su control sobre los esfínteres, aparecer socialmente retirado, afectos amortiguados, cambios de actitud hacia sí mismo y hacia los demás y sentimiento de que no existe un futuro. Puede experimentar hiperexcitación y terrores nocturnos, problemas para acostarse, trastornos del sueño, sobresaltos excesivos, irritabilidad y trastornos considerables de la atención y la concentración. Temores y comportamientos agresivos que no existían antes del acontecimiento traumático pueden aparecer 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.

128 L. C. Terr, "Childhood traumas: an outline and overview",

American Journal of Psychiatry, 148 1991, págs. 10 a 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*, 4 1995, págs. 205 a 215.

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

c) Papel de la familia

314. La familia desempeña un importante papel dinámico en la persistencia de la sintomatología del niño. Para preservar la cohesión de la familia, pueden aparecer comportamientos disfuncionales y delegación de papeles. A determinados miembros de la familia, con frecuencia niños, se les puede asignar el papel de pacientes y desarrollar graves trastornos. El niño puede estar superprotegido 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 a sus padres. Cuando el niño no haya sido la víctima directa de la tortura sino que sólo se haya visto afectado indirectamente, con frecuencia los adultos tienden a subestimar las consecuencias sobre el psiquismo y el desarrollo del niño. Cuando seres queridos por el niño han sido perseguidos, violados y torturados o el niño haya sido testigo de graves traumas o de tortura, puede concebir ideas disfuncionales como la de que es él el responsable de todos esos daños o que es él el que ha de soportar la carga de sus padres. Este tipo de ideas puede a largo plazo plantear problemas de culpabilidad, conflictos de lealtad, trastornos del desarrollo personal y de la maduración a un adulto independiente.

ANEXO I

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

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

encuentran los siguientes: aclarar los hechos y establecer y reconocer la responsabilidad de las personas o los Estados ante las víctimas y sus familias, determinar las medidas necesarias para impedir que se repitan estos actos, facilitar el procesamiento y, cuando convenga, el castigo mediante sanciones disciplinarias de las personas cuya responsabilidad se haya determinado en la investigación, y demostrar la necesidad de que el Estado ofrezca plena reparación, incluida una indemnización financiera justa y adecuada, así como los medios para obtener atención médica y rehabilitación¹³².

Los Estados velarán por que se investiguen con prontitud y efectividad las quejas o denuncias de torturas o malos tratos. Incluso cuando no exista denuncia expresa, deberá iniciarse una investigación si existen otros indicios de que puede haberse cometido un acto de tortura 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.

La autoridad investigadora tendrá poderes para obtener toda la información necesaria para la investigación y estará obligada a hacerlo¹³³. 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. 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.

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.

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 habitual abusiva, o por otras razones fundadas, los Estados velarán por que las investigaciones se lleven a cabo por conducto de una comisión independiente o por 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

134.a lo establecido en estos Principios

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 adoptarán a consecuencia de ella.

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.

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

- a) El nombre del sujeto y la filiación de todos los presentes en el examen; la fecha y hora exactas; la situación, carácter y domicilio de la institución (incluida la habitación, cuando sea necesario) donde se realizó el examen (por ejemplo, centro de detención, clínica, casa, etc.); las circunstancias del sujeto en el momento del examen (por ejemplo, cualquier coacción de que haya sido objeto a su llegada o durante el examen, la presencia de fuerzas de seguridad durante el examen, la conducta de las personas que acompañaban al preso, posibles amenazas proferidas contra la persona que realizó el examen, etc.), y cualquier otro factor pertinente;
- b) 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;
- c) Una descripción de todos los resultados obtenidos tras el examen clínico, físico y psicológico, incluidas las pruebas de diagnóstico correspondientes y, cuando sea posible, fotografías en color de todas las lesiones;
- d) Una interpretación de la relación que exista entre los síntomas físicos y psicológicos y las posibles torturas o malos tratos. Tratamiento médico y psicológico recomendado o necesidad de exámenes posteriores;
- e) El informe deberá ir firmado y en él se identificará claramente a las personas que llevaron a cabo el examen.

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

132 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 a la atención de los gobiernos los Principios e instaron encarecidamente a los gobiernos a que los considerasen un instrumento útil en las medidas que adopten en contra de la tortura.

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

134 Véase la nota 133 supra

ANEXO II

Pruebas de diagnóstico

Constantemente se están sistematizando 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 más modernas fuentes de información, por ejemplo poniéndose en contacto con algún centro especializado en la documentación de la tortura (véase cap. V, secc. 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. Este 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, pese a que la tecnología más moderna y costosa no siempre está disponible o por lo menos no para una persona mantenida en custodia.

Entre las exploraciones radiológicas y de formación de imágenes para el diagnóstico figuran la radiografía tradicional (rayos X), la escintilografía radioisotópica, la tomografía computadorizada (TC), la resonancia magnética nuclear (RMN) y la ultrasonografía (USG). Cada una de ellas tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Los rayos X, la escintilografía y la tomografía computadorizada se basan en radiaciones ionizantes, lo que podría ser motivo de inquietud en el caso de las embarazadas y los niños. La resonancia magnética se basa 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 muy 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 escintilografía 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. Este es sobre todo el caso en los niños. Las radiografías rutinarias no son el método de elección para evaluar los tejidos blandos.

La escintilografía 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 si bien para ello está más indicado el ultrasonido. La escintilografía no permite observar traumatismos de tejidos blandos. Es posible que con la escintilografía 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 escintilografía ósea para detectar fractura 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 escintilografía permite con frecuencia detectar fracturas de costillas que no son visibles en la radiografía habitual.

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

Los barridos óseos pueden realizarse o bien con imágenes retardadas en unas tres horas o bien como 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 escintilografía. 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 magnética¹³⁵.

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 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, escintilografía 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 escintilografía. 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 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 a causa de que 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 la exploración del 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, deberá 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. A este fenómeno se le 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 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. Es de lamentar que cuando un tribunal solicita que un demandante que alega 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 el que se obtenga un resultado negativo, lo más probable es que una cosa y otra tengan un impacto perjudicial sobre el 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 un consentimiento informado para la biopsia, se informará a la persona de la incertidumbre de los resultados y se le permitirá que pondere los posibles beneficios contra el impacto que puede sufrir una psique ya traumatizada.

a) Explicación de la biopsia

Se han realizado importantes estudios de laboratorio para medir los efectos de los choques eléctricos sobre la piel de cerdos anestesiados^{136,137,138,139,140,141}. Estos trabajos han mostrado que existen signos histológicos específicos del traumatismo eléctrico que pueden demostrarse mediante un examen microscópico de biopsias por punción. De todas formas, el estudio más detallado de estas investigaciones, que pueden tener aplicaciones clínicas considerables, rebasa en ámbito de la presente publicación. El lector que desee más información puede consultar las referencias antes citadas.

Son pocos los casos de tortura de seres humanos por choques eléctricos que han sido estudiados desde el punto de vista histológico^{142,143,144,145}. 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 lesiones tomadas por excisión algunos días después de la presunta tortura por electricidad mostraron cambios segmentarios y depósitos de sales de calcio sobre estructuras celulares, lo que correspondía bien a los efectos de una corriente eléctrica, pero no servía de diagnóstico ya que no se observaron depósitos de sales de calcio sobre fibras dérmicas. Una biopsia tomada un mes después de la presunta tortura por electricidad mostraba una cicatriz cónica de 1 a 2 milímetros 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 valiéndose de los métodos forenses aceptados. Bajo anestesia local se obtiene una biopsia por punción de 3-4 milímetros, 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 angustia del paciente¹⁴⁶. 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, pero éste es un 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) ¹⁴⁷.

Típicos signos de lesión por electricidad, aunque no tengan valor diagnóstico son las lesiones que aparecen en segmentos cónicos, de 1 a 2 milímetros de diámetro, con 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.

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

136 Thomsen et al., “Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin: a light microscopic study”, *Forensic Science International*, 17 1981, págs. 133 a 143.

137 Thomsen et al., “The effect of direct current, sodiumhydroxide, and hydrochloric acid on pig epidermis: a light microscopic and electron microscopic study”, *Acta path microbiol. immunol. Scand, sect A* 91 1983, págs. 307 a 316.

138 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 Copenhage, F.A.D.L. 1984, págs. 1 a 78.

139 T. Karlsmark et al., “Tracing the use of torture: electrically induced calcification of collagen in pig skin”, *Nature*, 301 1983, págs. 75 a 78.

140 T. Karlsmark et al., “Electrically-induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study”, *Forensic Science International*, 39 1988, págs. 163 a 174.

141 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 Copenhage, *Danish Medical Bulletin*, 37 1990, págs. 507 a 520.

142 L. Danielsen et al., “Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a description of a case”, *American Journal of Forensic Medical Pathology*, 12 1991, págs. 222 a 226.

143 F. Öztop et al., “Signs of electrical torture on the skin”, *Human Rights Foundation of Turkey, Treatment and Rehabilitation Centers Report* 1994, HRFT Publication 11 1994, págs. 97 a 104.

144 L. Danielsen, T. Karlsmark, H.K. Thomsen, “Diagnosis of skin lesions following electrical torture”, *Rom J.Leg.Med*, 5 1997, págs. 15 a 20.

145 H. Jacobsen, “Electrically induced deposition of metal on the human skin”, *Forensic Science International*, 90 1997, págs. 85 a 92

146 Véase la nota 78 supra.

147 Danielsen et al., 1991.

ANEXO III

Nota: para consultar el/los anexo/s dirigirse al Boletín Oficial; Suipacha 767 PB.

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 previstas para que sean 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 tortura y malos tratos podrá estar a cargo de uno o más clínicos, según sean sus calificaciones.

I. Información sobre el caso

Fecha del examen: Examen solicitado por (nombre/posición): Caso o informe n.º: 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 clínico: 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) Sujeto inmovilizado durante el examen: sí/no; en caso afirmativo ¿cómo/por qué? Informe médico transmitido a (nombre/posición/número del documento de identidad)

Fecha del envío: Momento del envío:

Evaluación/investigación médica conducida sin restricción (sujetos en custodia): sí/no

Facilitar detalles sobre cualquier tipo de restricciones:

II. Calificaciones del clínico (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 en relación con la investigación

Publicaciones, presentaciones y cursos de formación sobre el tema

Curriculum vitae

III. Declaración relativa a la veracidad del testimonio (para el testimonio judicial) Por ejemplo: «He tenido conocimiento personal de los hechos relatados, excepto los incluidos en información y creencias, que considero verídicos. Estoy dispuesto a testimoniar sobre la anterior declaración basada en mi conocimiento y creencia personales.»

IV. Información de base

Información general (edad, ocupación, educación, composición familiar, etc.) Antecedentes médicos Revisión de evaluaciones médicas anteriores de tortura y malos tratos Historia psicosocial previa a la detención

V. Alegaciones de tortura y malos tratos

11. Resumen de detención y abuso

12. Circunstancias del arresto y la detención

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

14. Narración de los malos tratos de tortura (en cada lugar de detención)

15. Revisión de los métodos de tortura

VI. Síntomas y discapacidades físicos

Describir la evolución de síntomas y discapacidades agudos y crónicos y el proceso de curación subsiguiente.

11. Síntomas y discapacidades agudos

12. Síntomas y discapacidades crónicos

VII. Exploración física

11. Aspecto general

12. Piel

13. Cara y cabeza

14. Ojos, oídos, nariz y garganta

15. Cavidad oral y dientes

16. Tórax y abdomen (incluidos signos vitales)

17. Sistema genitourinario

18. Sistema musculoesquelético

19. Sistema nervioso central y periférico

VIII. Historia/exploración psicológica

11. Métodos de evaluación

12. Quejas psicológicas actuales

13. Historia posterior a la tortura

14. Historia previa a la tortura

15. Historia anterior psicológica/psiquiátrica

16. Historia de uso y abuso de sustancias

17. Examen del estado mental

18. Evaluación del funcionamiento social

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

10. Pruebas neuropsicológicas: (véanse indicaciones y limitaciones en el capítulo VI, secc. 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 e

incapacidades agudos y crónicos con las alegaciones de abuso.

B. Correlacionar el grado de concordancia entre los hallazgos de la exploración física y las alegaciones de abuso.

(Nota: La ausencia de signos físicos no excluye la posibilidad de que se haya infligido tortura o malos tratos.) C. Correlacionar el grado de concordancia entre los hallazgos físicos del individuo y su 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 hallazgos psicológicos y la descripción de la presunta tortura.

B. Evaluar si los signos psicológicos hallados son reacciones esperables o típicas 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 acontecimientos de tortura y en qué punto de la recuperación se encuentra el sujeto.

D. Identificar todo elemento 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 esas influencias 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, etc.) y las alegaciones de tortura y malos tratos.

2. Reiterar los síntomas y las incapacidades que sigue padeciendo el sujeto como resultado del presunto abuso.

3. Exponer 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 de restricciones a la evaluación/investigación médica (para los sujetos mantenidos en custodia)

Por ejemplo, «Los clínicos 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 clínicos abajo firmantes se vieron obligados a realizar su evaluación con las siguientes restricciones: ...».

XVI. Firma del clínico, fecha, lugar

XVII. Anexos pertinentes

