

PROTOCOLO DE ESTAMBUL: APLICACIÓN CLÍNICA EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO *

Ricardo Restrepo Guzmán

En el marco de la promulgación del Protocolo de Estambul como elemento fundamental para la documentación de la tortura, el propósito de este trabajo es hacer una contribución desde el punto de vista de la aplicación clínica.

México es el primer país Latinoamericano que implementa el Protocolo de Estambul, esperamos que eso marque el inicio de un efecto “dominó” que involucre a todos los países de nuestro continente. Latinoamérica se ha visto enfrentada a ese problema durante muchos años, ya es hora que el personal de salud y las comunidades posean un mecanismo confiable y fidedigno para la evaluación de la tortura.

En las páginas siguientes, propongo: promover la implementación del protocolo; familiarizarnos con la terminología del derecho internacional humanitario; reconocer a la víctima de la tortura, durante la evaluación, como un ser integral; conocer nuestras limitaciones y estar conscientes de nuestro compromiso con la sociedad.

* Ponencia presentada por el Psiquiatra miembro de The Providence Center PHR (Physicians for Human Rights), durante el Seminario sobre los Instrumentos Nacionales e Internacionales para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura. México, Distrito Federal, noviembre de 2004.

I. Protocolo de Estambul

El Protocolo de Estambul es una herramienta indispensable para el personal médico que trabaja en el área de evaluación de la tortura. Como cualquier elemento clínico, es indispensable conocerlo a fondo y, por supuesto, saber su origen. El Manual para la Investigación y Documentación de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes es el primer conjunto de procedimientos internacionales orientados hacia la investigación y documentación de la tortura. El Protocolo provee guías prácticas y comprensivas para la valoración física y psicológica de las personas que alegan haber sido torturadas y maltratadas, para la investigación de casos en que se alega tortura, y para la denuncia de los resultados a las autoridades competentes.

El Protocolo de Estambul fue iniciado y coordinado por la *Physicians for Human Rights*, de Estados Unidos (PHR EUA), y la Fundación turca de Derechos Humanos (HRFT), y es el resultado del trabajo de más de 75 expertos en derecho, salud y derechos humanos, que representan a 40 organizaciones de 15 países. El Protocolo de Estambul fue presentado al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (UNHCHR) el 9 de agosto 1999; por su parte, los Principios de Estambul han recibido apoyo en las resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU y la Asamblea General. Con base en estas acciones, y el compromiso del gobierno mexicano, se dio un paso importante a nivel Latinoamericano al implementarse en México el protocolo en el año 2001.

II. Definiciones

Como clínicos estamos obligados a conocer términos relacionados con los derechos humanos y, también, a poseer una visión global de nuestros problemas, como país y como parte del continente. Se ha hecho ya una revisión amplia y detallada de la definición de la tortura y los mecanismos para prevenirla y castigarla, por lo tanto, a continuación abordaré someramente algunas definiciones que han sido detalladas a fondo por otros panelistas y, a partir de un lenguaje simple, presentaré algunos aspectos fundamentales considerados en el Protocolo de Estambul. En

la actualidad el mundo se mueve dentro de parámetros internacionales, por lo tanto, es importante el conocimiento del campo que a nivel global nos corresponde.

Refugiado. Es aquella persona que tiene un fundado temor de ser perseguida —a causa de su raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social determinado u opinión política—, y que al encontrarse fuera de su país de origen no puede, o no quiere, debido a ese temor, acogerse a la protección que le ofrece su nación. Según datos del *World Refugee Survey*, en el 2003 existían en el mundo 13 millones de refugiados.

Desplazado interno —podríamo llamarlo, en términos más simples, “refugiado interno”—. Este grupo comparte muchas características con los refugiados, sin embargo, legalmente son definidos de forma diferente pues permanecen dentro de su país, a pesar de huir de la violencia. Las estadísticas muestran que en el año 2003 existían 21.3 millones de personas en esta situación.

Desterrado —en inglés “*Uprooted people*”—. Dentro de este grupo están considerados tanto los refugiados como los desplazados internos, que en el 2003 sumaban una población de 34.8 millones de personas.

Vale la pena mencionar que toda Latinoamérica ha sido golpeada duramente por una situación socioeconómica y política difícil, hasta llegar a aportar un gran número de personas que, desafortunadamente, pertenecen a este grupo. Alrededor del mundo existen 57 países que son fuente de población desterrada; en nuestro subcontinente, Colombia presenta características *sui generis* con relación a esta problemática, ya que es el segundo país en el mundo con mayor cantidad de población desplazada, con 2.5 millones de personas, aproximadamente. Aunado a eso, es importante no desconocer que Centroamérica sigue padeciendo esta problemática y que en México es una situación que también requiere atención, ya que según estadísticas del *World Refugee Survey*, para diciembre de 2002 en el país existían 12 mil personas desplazadas.

Violación sistemática. Dentro de un parámetro legal, la violación sistemática son todas las violaciones a los derechos humanos, incluyendo: tortura, maltrato, genocidio y crímenes de lesa humanidad; todas perpetradas regularmente y con un propósito definido—sea por gobiernos, grupos armados al margen de la ley o individuos—, en contra de grupos políticos, religiosos o étnicos, que afectan el bienestar de los individuos.

Crímenes de lesa humanidad. Concepto consagrado por la ley N° 10 del Tribunal Internacional Militar en Nuremberg. Los crímenes de lesa humanidad se definen como atrocidades y ofensas en contra de la población civil, incluyendo, pero no limitada a, asesinato, exterminio, esclavitud, deportación, traslado forzoso, encarcelamiento, tortura u otro acto inhumano. Es importante anotar que se cataloga sea o no una violación del derecho interno del país en el que se haya cometido.

Genocidio. Esta definición se refiere a cualquier acto con la intención de destruir total o parcialmente a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, por medio de cualquiera de los siguientes métodos: asesinato, lesión grave a la integridad física o mental, condiciones inhumanas que llevan a la destrucción física, medidas para prevenir nacimientos en el seno del grupo determinado, así como traslado forzoso de niños.

Desaparición forzosa. Término bien conocido en América, aplicado regularmente en Sudamérica y que fue adoptado en todo el continente. Este método abarca a toda persona arrestada, detenida, secuestrada o privada de la libertad, de la que se dispone por fuera de la protección de la ley, que se encuentra en una situación en la que la obstaculización para facilitar información acerca del paradero de la misma es evidente.

Repatriado o “retornado”. El término se refiere a cualquier refugiado, desplazado interno, asilado político o persona en busca de asilo, que tiene posibilidad de ser repatriado o retornado a su lugar de origen.

III. Tortura

De acuerdo con la Convención contra la Tortura de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), celebrada en 1984, la tortura es definida como: “todo acto por el cual se inflijan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otras persona en el ejercicio de sus funciones públicas, a instigación suya, con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de acciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas”. Es importante mencionar también la Declaración de Tokio, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), promulgada en el año de 1975. Allí se definió la tortura como el acto sistemático e intencionado a partir del cual se inflige sufrimiento físico o mental con la intención de obtener información, una confesión o por cualquier otra razón. Asimismo, otros organismos regionales han contribuido en la preparación de normas para la prevención de la tortura, entre ellos están: la Comisión 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.

Población en riesgo de tortura

- Refugiados o asilados políticos;
- Líderes de un grupo de oposición;
- Familiares de sobrevivientes de tortura;
- Personas con historial de arresto o detención;
- Residentes de un país políticamente inestable;
- Prisioneros de guerra;
- Inmigrantes de países con regímenes totalitarios o militares;
- Miembros de grupos minoritarios (religiosos, étnicos o políticos); y
- Residentes de un país en guerra civil o conflicto interno, entre otros.

Métodos comunes de tortura. Es importante enfatizar que el médico perito, clínico forense o personal involucrado en el dictamen médico/psicológico para casos de tortura y/o abuso, debe tener siempre una visión global sobre la condición del sobreviviente de tortura y no entrar en la dicotomía de examinar sólo la parte física y/o psicológica del mismo.

Métodos de tortura física

- Asfixia;
- Estiramiento;
- Tortura genital;
- Golpes;
- Choques eléctricos;
- Quemaduras; y
- Otros traumas.

Métodos de tortura psicológica

- Amenazas-dolor, tortura, ejecución;
- Aislamiento e incertidumbre acerca de una posible liberación;
- Aislamiento sensorial;
- Ejecuciones simuladas;
- Testigo forzoso de golpes, violaciones o ejecuciones aplicadas a amigos y familiares;
- Privación del sueño;
- Interrogación por horas; y
- Ruido excesivo, entre otros.

Mecanismos del trauma en la tortura. Trauma cerrado

Aplastamiento. El dolor y trauma son infligidos con objetos tales como rodillos, culata de rifles y manoplas, y sus secuelas pueden ser fracturas, deformidades y necrosis.

Golpes. En nuestro medio se presentan mecanismos reconocidos en el lenguaje cotidiano de cada país, así, por ejemplo, en México conocemos “El teléfono”; situación en la que con una palmada en seco, en uno o ambos oídos, se causa un cambio de presión en el canal auditivo, presentándose la ruptura de la membrana timpánica. Existen otros métodos como “La falange”; situación en la que se

golpean violentamente las plantas de los pies, y ocasionalmente las palmas de las manos, originando síndromes compartimentales a nivel de la extremidad afectada; en este tipo de trauma los objetos utilizados son: manoplas, porras, culatas de rifle u otras herramientas similares, incluso se pueden propinar patadas. Las secuelas pueden ser rabdomiólisis, equimosis, fracturas y deformidades.

Flagelación. En este tipo de métodos se utilizan correas, cinturones de cuero y cables, que dejan como secuelas cicatrices características de este tipo de castigo.

Heridas penetrantes. Que son causadas con objetos de punta, como clavos y trozos de madera o metal con terminación en punta. Las heridas penetrantes pueden ser de diámetro pequeño y no parecer graves, sin embargo, requieren tratamiento médico. Dentro de esa definición están consideradas las heridas por arma blanca y arma de fuego.

Suspensión. Es un método común de tortura que produce gran dolor pero que, al tratar de ser determinada, deja poca evidencia física. En el medio se conocen métodos de suspensión como “La bandera”, en el cual la víctima es atada de pies y manos a un barrote o poste; asimismo, existen otro tipo de suspensiones, entre las que se incluye la abducción forzosa de extremidades; las secuelas de este tipo de tortura son: parálisis—como la plexopatía braquial—, dolor periférico y necrosis.

Quemaduras. En México y Latinoamérica este método es denominado “La parrilla”. En este método común de tortura se utilizan cigarrillos, productos químicos y hierros calientes, que dejan como secuelas lesiones particulares en manos, pies, orificios corporales y otras partes del cuerpo. En el dictamen de ésta y otras lesiones, corresponde al médico o clínico involucrado en la documentación, describir con detalle los hallazgos.

Choques eléctricos. En nuestro país se conoce comúnmente como “La picana”. Este método de tortura se lleva a cabo a partir de la utilización de electrodos, que se ubican en diferentes partes del

cuerpo, tales como: pezones, genitales u orificios corporales; entre las secuelas que deja están; convulsiones, arritmias cardíacas, trauma a nivel de los orificios corporales y, al momento del trauma, contracciones musculares.

Violación directa o por medio de objetos. Este método es comúnmente utilizado e inicia desde el momento mismo de ser desnudado, lo cual incrementa el sentido de vulnerabilidad de la víctima. Al momento de la violación la personalidad de ésta es quebrantada, lo que deja secuelas muy profundas, independientemente del sexo y el tipo físico y psicológico de la víctima. La mutilación, las enfermedades de transmisión sexual, la infertilidad, el embarazo no deseado, disfunciones sexuales y trastornos psicológicos, a nivel de la identidad y el comportamiento sexual, son algunas de las secuelas frecuentes que presentan las personas que sufren este tipo de castigos.

Exposición a sustancias o condiciones extremas. A partir de este método, se trata de vulnerar la capacidad de tolerancia de las víctimas; por ejemplo, por medio de la utilización de técnicas como la inmersión en agua u otras sustancias, o la exposición prolongada al frío o al calor.

Asfixia. Este método es comúnmente utilizado y conocido en Latinoamérica como “El submarino”; asimismo, a nivel local se practica “La capucha o bolsa” y “El tehuacanazo”, técnica por medio de la cual se introduce por la nariz de la víctima agua carbonatada con chile. Bajo esos métodos se provoca la sofocación del individuo, causando complicaciones de sangrado nasal o auditivo, y congestión e infecciones de tipo respiratorio. Muchas veces, a partir de la variante conocida como “El submarino húmedo”, se sumerge a la víctima en materia fecal, orina u otros desechos, lo que puede llegar a provocar neumonía, síndromes respiratorios e infecciones. Por otra parte, bajo la práctica de “La capucha o bolsa”, muchas veces se añade dentro de la misma insecticida, chile u otros elementos tóxicos, lo que se denomina “El submarino seco”, causando daños en las víctimas a nivel respiratorio y dermatológico.

Extracción de tejidos corporales. La remoción de tejidos o anexos corporales es un método utilizado con frecuencia; el pelo y las uñas son las partes del cuerpo que el perpetrador utiliza para cumplir su cometido. Por su parte, las secuelas pueden ir desde infecciones a nivel de anexos, hasta fracturas y limitaciones del movimiento en las articulaciones. A nivel local dentro de este grupo podríamos incluir la denominada “Caña”, técnica a partir de la cual se expone a la persona a un intenso dolor, ya que se le insertan astillas de caña de azúcar debajo de las uñas.

Signos y síntomas físicos

A partir de un examen físico y psicológico adecuado, organizado y completo, el clínico debe poner en práctica su conocimiento para llegar a conclusiones que lo lleven a dictaminar la evidencia observada durante el curso de las evaluaciones del paciente torturado. Para no omitir ninguno de los sistemas, el examen debe ser practicado en orden.

Sistemas agudos

Es importante observar, describir y documentar lesiones en los siguientes sistemas:

- Tejidos blandos: hematomas, laceraciones, dolor e infecciones;
- Músculo-esquelético: fracturas, esguinces, luxaciones, deformidades y amputaciones;
- Neurológico: dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, dolor periférico o déficits sensorio-motores;
- Respiratorio: neumonías por aspiración, Síndrome de Distres Respiratorio del Adulto (SDRA);
- Renal/metabólico: Rabdomiolosis.

Sistemas crónicos

Es importante observar, describir y documentar lesiones en los siguientes sistemas:

- Tejidos blandos: cicatrices, contracturas de extremidades y deformidades;
- Músculo-esquelético: deformidades, anquilosis y amputaciones;
- Neurológico: parálisis, dolor de cabeza, convulsiones, marcha,

síndromes orgánico-cerebrales –muchas veces, a raíz del daño cerebral propiciado por los diferentes métodos (asfixia, golpes, etcétera), se observan cambios de la personalidad y comportamientos posttortura–;

- Síndromes de dolor crónico: estos síndromes se presentan en el sistema neurológico y, como anotábamos antes, se dan por estiramiento, trauma cerrado u otro tipo de mecanismo traumático;
- Anexos: edentula, deformidades faciales o corporales.

Evidencia psicológica de la tortura

La naturaleza misma de la tortura es lo suficientemente poderosa para producir un desequilibrio a nivel emocional y mental que muchas veces es omitido en las evaluaciones por el profesional de la salud. Frecuentemente la evidencia física predomina sobre la psicológica, característica que no debe ser válida en una buena evaluación clínica. Recordemos que a nivel internacional existen varios instrumentos legítimos para el diagnóstico de trastornos psicológicos, tales como: el DSM-IV TR –cuestionario sobre síntomas de Hopkins, para el diagnóstico de depresión– o el cuestionario de Trauma, de Harvard –para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático y ansiedad–, entre otros.

Con base en el sustento de los métodos de diagnóstico creados por la sociedad occidental, en el contexto de pacientes o individuos que no pertenecen a este tipo de cultura, debemos tener cuidado con la interpretación de éstos y tomar en cuenta la descripción de los síntomas. Se enumerarán a continuación las respuestas psicológicas más comunes.

Trastorno por estrés postraumático

El individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- Ha experimentado, presenciado, o le han explicado, uno o más acontecimientos caracterizados por la muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás (por ejemplo, guerras, atentados o catástrofes).
- Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar, y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones;
- Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar;
- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (por ejemplo, tiene la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y *flashbacks*);
- Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático;
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático;
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
 - Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático;
 - Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motiven recuerdos del trauma;
 - Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma;
 - Reducción importante del interés o la participación en actividades sociales o laborales;
 - Sensación de desapego o enajenación frente a los demás;
 - Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor);
 - Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no tener esperanzas de encontrar una pareja, formar una familia, hallar empleo, o llevar una vida normal).
 - Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:
 - Dificultad para conciliar o mantener el sueño;
 - Irritabilidad o ataques de ira;
 - Dificultad para concentrarse;
 - Respuestas exageradas de sobresalto.

Estas alteraciones duran más de un mes y provocan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral u otras áreas importantes de la vida de la persona.

Trastorno depresivo mayor

A. Son indicios de un trastorno depresivo mayor, la presencia, durante un periodo de dos semanas, de cinco (o más) de los siguientes síntomas, que representan un cambio respecto de la actividad previa. Uno de los síntomas básicos debe ser el estado de ánimo depresivo, y otro la pérdida de interés o la capacidad para el placer —no se incluyen los síntomas que claramente son debidos a una enfermedad médica, o a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo—.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indique el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío), o la observación realizada por otros (por ejemplo, el llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso, sin hacer régimen, o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 por ciento del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En los niños hay que valorar el fracaso paralograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte),

ideación suicida recurrente, sin un plan específico, o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido); los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Otras perturbaciones mentales importantes incluyen:
Desórdenes de ansiedad tales como: trastorno del pánico o crisis de angustia, al igual que trastorno de ansiedad generalizada, entre otros.

Trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo, ansiedad, mixto, o con cambios del comportamiento.

Somatización o trastornos somatomorfos, trastorno muchas veces evidenciado en culturas que llevan, como mecanismo de defensa, la expresión de su dolor anímico a una dimensión corporal –para facilitar así una mayor aceptación y entendimiento del problema de base en su entorno, en este caso la tortura o el maltrato–. En nuestras poblaciones indígenas es importante tener en cuenta este aspecto, para entender cómo expresan el dolor en sus diferentes formas –dolor de cabeza, dolor corporal u otras quejas–. Es importante considerar la validez de estas expresiones y las razones de las mismas, sin tildar de “payaso” a quien las sufre.

Síndrome Orgánico Cerebral. El deterioro neuropsicológico puede ser evidenciado por medio de múltiples traumas causados por la tortura, puesto que el sistema nervioso central ha sido dañado. Es

importante entonces considerar diferentes métodos de diagnóstico y de laboratorio para hacer un estudio fidedigno.

Trastornos psicóticos. Antes de dictaminar este tipo de trastornos, para la evaluación de los mismos se debe tener en cuenta el contexto cultural; estas perturbaciones se hacen evidentes a partir de delirios, alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y olfatorias, o bien, de comportamiento extraño, ilusiones o distorsiones de la percepción y paranoia.

Trastornos relacionados con sustancias. Muchas veces, con la intención de aminorar los recuerdos, y regular el estado de ánimo y la ansiedad, el alcohol y otras sustancias psicoactivas pueden ser utilizadas como válvulas de escape por quienes sobreviven a la tortura. En nuestra cultura Latinoamericana el alcohol y otros psicoactivos han sido parte importante del proceso de duelo, por lo que es primordial, en el contexto de la evaluación, tener en cuenta su significado.

Trastornos sexuales. Cuando una persona se ve expuesta a la tortura, cualquier tipo de humillación, no necesariamente sexual, puede generar cambios a nivel de su deseo y comportamiento sexual.

IV. La entrevista con el paciente

Como preámbulo de este tema, aquí está un testimonio mexicano:

A unos nos detuvieron el día primero y a otros el día cuatro. El primero, nos torturaron con toques eléctricos en todo el cuerpo, con cable de luz a los dos, nos echaron agua en la nariz y en la boca como tres veces, nos echaron Tehuacán en la nariz y golpes. Me colgaron del helicóptero, con una reata en los pies, ‘te vamos a matar’. Nos preguntaban que si éramos del EPR [...] Nos dieron golpes y toques eléctricos, nos pasaron con el Agente del Ministerio Público pero todo ya estaba hecho en cuanto a la declaración. No había ningún abogado. No sé leer y no leí mi declaración. Es de suma importancia anotar que en todos los códigos de ética

de atención de la salud del paciente, existen principios comunes. El profesional de la salud, para cumplir a cabalidad el objetivo fundamental de la medicina, que es aliviar el sufrimiento y la angustia, debe mantener la independencia e ignorar todas las presiones, para evitar dañar al paciente. Para llevar a cabo esto el profesional de la salud tiene:

- El deber de dar una asistencia compasiva;
- El deber de ofrecer un consentimiento informado; y
- El deber de mantener la confidencialidad.

La entrevista con el paciente debe tomar en cuenta el contexto individual de la persona torturada, teniendo en consideración un conjunto que abarca el concepto cuerpo-mente, espíritu-cultura, para entender la expresión del episodio traumático de la víctima.

En la evaluación del torturado es relevante tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- El origen cultural, socioeconómico y educativo de la persona a ser evaluada.
- El origen urbano o rural, y su profesión u oficio.
- Las causas de fondo en la reubicación del paciente torturado.
- El estado de salud de la población del país y, más específicamente, de la población de la zona de origen del individuo en mención.
- El uso de medicina tradicional, los conceptos clínicos, el concepto de la enfermedad mental y las costumbres de la persona.
- Conocer, en lo posible –sustentado en otras experiencias, descripciones o estudios–, la respuesta de ese grupo social o cultural a la tortura.
- Conocer las condiciones del lugar en tránsito, zona huésped o país en donde se presentó la tortura.
- Evaluar, dentro de lo posible, la capacidad de adaptabilidad de la persona a nuevas condiciones, y conocer sus actitudes hacia otras minorías étnicas o grupos diferentes dentro de su propia población.

La entrevista y su entorno

- El consultorio debe ser lo menos parecido a una celda.
- Las condiciones del lugar de evaluación deben ser adecuadas.

- Los objetos a utilizar deben estar a la vista del paciente y los instrumentos médicos deben ser presentados al mismo, para evitar la desconfianza. Asimismo, es necesario evitar monitores o pantallas, para no afectar la relación médico-paciente.
- Es necesario ser consciente que la ansiedad puede ser generada por los más insignificantes objetos. El clínico debe estar atento a cualquier reacción del sobreviviente a la tortura, pues esta persona es muy vulnerable.
- Es importante evitar las evaluaciones rápidas, pues eso no contribuirá a hacer un buen dictamen médico/psicológico.

La entrevista y el proceso

- Esperar una cita puede desencadenar la ansiedad en el paciente torturado, la espera por parte de éste y el incumplimiento del clínico evaluador pueden ser fuente de desconfianza, lo que afectará el proceso de la entrevista.
- Es esencial disminuir la ansiedad, explicando al paciente quien es el médico, su función, y hacer una descripción de cómo será la entrevista y el examen físico y psicológico. También es importante evitar el elemento sorpresa en este tipo de entrevistas.
- Durante la entrevista, es medular permitir al paciente tener autonomía y algún sentido de control; esto será valorado por el mismo y creará una atmósfera propicia para la narración de los sucesos, lo que permitirá cumplir con los objetivos de una buena documentación y aplicación del protocolo.
- El proceso de la entrevista se debe llevar con respeto.
- Las preguntas deben hacerse de manera directa pero con tacto, a partir de un modelo de preguntas abierto que propicie el diálogo.
- Es importante considerar que para el paciente es difícil revelar cierto tipo de información, por lo cual el clínico debe tener paciencia y no “forzar” ningún tipo de respuesta. Un ejemplo de esto puede ser el abuso sexual, que puede tomar varias sesiones para ser discutido.
- Se debe educar al paciente acerca de los síntomas expresados, facilitando así un entendimiento de su sentir.
- También es necesario corregir las malas interpretaciones del paciente, propiciando en el individuo un sentimiento de confianza hacia el evaluador clínico y su misión.

- Asimismo, en la evaluación del sobreviviente de la tortura, es necesario considerar el aspecto cultural como elemento fundamental.
- Por último, es importante estar consciente de los mecanismos de defensa que se generan en la relación médico-paciente (por ejemplo, negación, transferencia), para evitar malas interpretaciones o confusión en el proceso de documentación.

La entrevista y el intérprete

En algunos lugares estaremos sujetos a desconocer el lenguaje o el dialecto. En nuestro medio, frente a la población indígena de nuestros países latinoamericanos, muchas veces nos veremos enfrentados a este dilema; por lo cual, como clínicos, debemos buscar siempre el recurso que facilite la comprensión de los sucesos, para no omitir información que puede ser crucial en nuestro informe. Cuando se investiga la tortura, no es nada fácil trabajar por medio de un intérprete. Aquí el evaluador debe ser el líder, tanto de la entrevista como del triángulo paciente-intérprete-clínico, a través del manejo de los tiempos, para que tanto el paciente como el médico se beneficien del interprete como puente de comunicación.

La entrevista y la educación

Por otra parte, como clínicos debemos tomar en cuenta lo siguiente:

- Tener en cuenta otros recursos del sistema de salud donde se realiza la evaluación y conocer otras fuentes de atención.
- Para lograr un buen dictamen médico/psicológico especializado para casos de tortura y/o maltrato, es fundamental tener siempre en cuenta estudios paraclínicos y de laboratorio. Siempre que sea posible es importante recurrir a las interconsultas con otros clínicos, ya que su opinión puede contribuir a sustentar hallazgos apuntalados en una opinión especializada, que servirán para asesorar al clínico que prepara el dictamen.
- Es fundamental para el sobreviviente de tortura hacerle referencia a los servicios de rehabilitación y apoyo social que necesita para alcanzar su recuperación.

La entrevista y su documentación

- El método fundamental de la documentación, y su guía, debe

ser el Protocolo de Estambul (Manual para la Investigación y Documentación de la Tortura y otros Tratos o Penas crueles, inhumanos o Degradantes).

- Siempre será valioso mantener una agenda que, dentro de lo posible, permita la flexibilidad para hacer más de una entrevista.
- Es importante escribir el dictamen médico/psicológico inmediatamente después de hacer la entrevista.
- En la descripción de sucesos y hallazgos clínicos se debe limitar el uso de las “comillas”. Es importante anotar que el profesional de la salud debe tratar al máximo de poner en práctica su juicio y, por ende, su capacidad para interpretar en términos clínicos los hallazgos encontrados durante el examen.
- El estilo del documento escrito debe mantener, en lo posible, un tono personal con el lector –en este caso la autoridad competente–, para así captar su atención.
- Antes de entregar el informe o la testificación, es necesario leer el dictamen médico/psicológico, para darle al trabajo realizado los detalles pertinentes, ya que de ese documento depende en gran parte que se haga justicia.
- Se debe estar siempre listo para hacer una declaración, por escrito y/o verbal, en la que las preguntas se respondan de manera concisa.

Opciones en el tratamiento

Intervenciones específicas:

Es ineludible proveer o remitir al sobreviviente de tortura a la obtención de:

- Servicios médicos básicos;
- Psicoterapia;
- Servicios sociales;
- Recursos espirituales;
- Medicaciones; y
- Servicios de terapia y rehabilitación, entre otros.

V. Trauma indirecto

Para finalizar quisiera hacer mención al trabajo desarrollado por el médico perito, el forense, el profesional de la salud y el profesional

involucrado en la prevención y documentación de la tortura. En el ejercicio de su profesión éstos tienen un privilegio, pero también una labor muy delicada. Al exponerse a este tipo de pacientes, con sus historias y problemas generados por la tortura, están también expuestos, como cualquier ser humano, a reaccionar frente a su tarea de una manera muchas veces no muy saludable. La carga de trabajo, la presión, el volumen de pacientes atendidos y otros elementos propios de este trabajo, los predisponen al trauma indirecto. Es ahí donde el compañero y el colega son fundamentales en el proceso de renovación personal, en un trabajo que lo amerita. Este tipo de trauma tiene como características:

- La acumulación a través del tiempo
- El efecto es diferente del que implica el trabajo de terapia en general;
- Produce síntomas del Trastorno de estrés postraumático;
- Cambia la percepción de uno mismo y del mundo.

Los síntomas del Trauma indirecto son:

- Ansiedad generalizada;
- Disminución de sensaciones;
- Agotamiento;
- Pobre adaptación;
- Rabia;
- Pensamientos intrusos;
- Pesadillas;
- Temores irracionales;
- Adicciones;
- Disturbios del sueño;
- Disociación;
- Imágenes intrusas;
- Pérdida del sentido de seguridad;
- Pérdida de la confianza;
- Pérdida de la comunicación y aislamiento;
- Cinismo;
- Desilusión;
- Deterioro de las relaciones con la pareja y de la intimidad;
- Pérdida de la autoestima; y
- Pérdida del autocontrol, entre otros.

¿Qué pueden hacer nuestros colegas en caso de presentar trauma indirecto?

Deben abrir las puertas para:

- Comunicar y reconocer el problema;
- Buscar alternativas para hacer un balance adecuado en sus vidas, tales como: vincularse con grupos de colegas en donde encuentren apoyo, hacer ejercicio, llevar una buena dieta, hacer un espacio para el esparcimiento y para pasarla con la familia.
- Llevar un entrenamiento adecuado para realizar este tipo de trabajo y continuar en comunicación con mentores del área.
- Descubrir nuevamente la esperanza y el propósito de nuestro trabajo, como fuerzas fundamentales de nuestra profesión, teniendo siempre como alternativa, en estos casos, la terapia de apoyo.