

MIGUEL ANGEL PICHARDO REYES

ANATOMÍA DE LA TORTURA

Protocolo para la Documentación Psicosocial de la Tortura en el
marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos

PDPT-SIDH

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

Anatomía de la Tortura.
Protocolo para la Documentación Psicosocial de la Tortura en
el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.
PDPT-SIDH

Tesina que presenta
Miguel Angel Pichardo Reyes
para obtener el título de licenciado en psicología social.

C O N T E N I D O

Pag.

Dedicatoria

Agradecimientos

I. INTRODUCCIÓN

1. Problema a investigar

2. Planteamiento del problema

2.1. Motivación personal

2.2. De la tortura física a la tortura psicológica

2.3. La tortura psicológica: impunidad e impotencia

2.4. Los desafíos de la tortura psicológica

3. Propósito del estudio

4. Justificación del estudio

4.1. Conveniencia

4.2. Relevancia social

4.3. Implicaciones prácticas

4.4. Valor teórico

4.5. Utilidad metodológica

II. MARCO TEÓRICO

1. Psicología social aplicada al campo de la salud mental y los derechos humanos

1.1. Psicología y derechos humanos

1.2. Perspectiva psicosocial en salud mental y derechos humanos

a. La psicología social y el estudio de la violencia política en América Latina

b. Las víctimas de la violencia política y sus familias

c. Actuaciones psicosociales en salud mental con sobrevivientes de la tortura

1.3. Hacia una psicología social de los derechos humanos

2. La tortura psicológica en perspectiva psicosocial

2.1. Legislación nacional e internacional en materia de tortura

a. El ámbito del derecho internacional de los derechos humanos

b. El ámbito del derecho local mexicano

c. El ámbito del sistema interamericano de derechos humanos

2.2. La definición de tortura

2.3. La tortura en perspectiva psicosocial

a. La estructura formal del acto

b. El perfil cultural de la tortura

c. El contexto posibilitador de la tortura

d. El trasfondo ideológico del acto de tortura

3. La vulnerabilidad biopsicosocial

4. El estrés biopsicosocial

5. El trauma biopsicosocial

6. Integración teórica: perspectiva histórico-psicosocial

6.1. La vulnerabilidad pre-traumática

- 6.2. *La relación del sujeto con la tortura*
- 6.3. *La estructura formal del acto de tortura*
- 6.4. *La evidencia psicológica de la tortura*

III. PROTOCOLO PARA LA DOCUMENTACIÓN PSICOSOCIAL DE LA TORTURA

1. Disposiciones Generales

- 1.1. *Exposición de Motivos*
- 1.2. *Marco Jurídico*
- 1.3. *Marco Teórico*
- 1.4. *El sujeto del peritaje*
- 1.5. *El Proceso de la Entrevista*
- 1.6. *Deontología*
- 1.7. *Objetivos del Protocolo*

2. Evaluación de la Vulnerabilidad Pre-Traumática

- 2.1. *Información General*
- 2.2. *Datos Clínicos*
- 2.3. *Historia Personal y Social*
- 2.4. *Análisis Modal de los Problemas Presentes*
- 2.5. *Encuesta sobre las experiencias estresantes en la vida*
- 2.6. *Examen del estado mental*

3. Evaluación de la Reacción Traumática del Sujeto a la Tortura

- 3.1. *Testimonio sobre la experiencia traumática*
- 3.2. *Información del Presunto Agente*
- 3.3. *Información del Hecho*
- 3.4. *Efectos Cognitivos*
- 3.5. *Efectos Emocionales y Reacciones Psicológicas*
- 3.6. *Estrategias de Adaptación para Afrontar la Tortura*

4. Documentación de la Estructura Formal del Acto de Tortura

4.1. Tipología de Violaciones a los Derechos Humanos

4.2. Inventario de Métodos de Tortura

5. Evaluación de la Evidencia Psicosocial de la Tortura

5.1. Inventario de Síntomas de Estrés (ISE)

5.2. Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática (CACCS)

5.3. Su última experiencia traumática o estresante

5.4. Escala de Ansiedad de Hamilton

5.5. Criterios de Diagnóstico del Trastorno de Secuelas de Victimización por Actos Delicuenciales

5.6. Síntomas de Victimización: Una subcategoría distinta del estrés traumático

5.7. CREAS

5.8. Modos de afrontamiento al estrés

6. Clasificación Diagnóstica

7. Impresión Clínica

IV. DISCUSIÓN

1. Aspectos Teóricos

2. Aspectos Metodológicos

3. Aspectos Éticos

4. Aspectos Políticos

V. RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de la salud mental

2. A los defensores de derechos humanos

Bibliografía

Apéndice A: Modelo para la presentación de informes de PDPT-SIDH

Apéndice B: Documentación de la tortura y otras violaciones a los derechos humanos en agravio del indígena mazateco ARR

I. INTRODUCCIÓN

1. Problema a investigar

La construcción de un protocolo para la documentación psicosocial de la tortura en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

2. Planteamiento del problema

2.1. Motivación personal

Son más de siete años (1996-2003) los que llevo colaborando en el movimiento de los derechos humanos en México. En el primer trimestre de 1996 fundamos en la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa, el Equipo Universitario de Derechos Humanos “Ignacio Martín-Baró” (Barodh), a la par realizaba los estudios correspondientes en la carrera de psicología social. Ya en aquel momento problematizaba la posible articulación entre la disciplina psicosocial y el campo de los derechos humanos.

Para el mes de marzo de 1997 me integraba como voluntario al Centro de Derechos Humanos “Miguel Agustín Pro Juárez” (Centro Prodh), donde colabore por cuatro años (1997-2001) con el Área de Visitadurías. El Centro Prodh, a través del Área de Visitadurías había diseñado un proyecto o departamento para brindar servicios y atención psicológica a personas que habían sido afectadas por la represión y la violencia política estatal. El proyecto estaba bajo la conducción de dos psicólogos, una clínica y el otro social, Magdalena Sánchez Rocha y Alfredo Castillo Romero, respectivamente.

El proyecto representaba, en aquel entonces (el proyecto finalizó en el 2001), una forma concreta y novedosa de articular el campo de la salud mental con el de la justicia y los derechos humanos. Tres eran las novedades; primero, que los servicios eran ejecutados desde una asociación civil, organizándose de esta forma un grupo de profesionales de la psicología para atender a un sector de la sociedad, traspasando los márgenes de las instancias públicas de derechos humanos (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y Comisión Nacional de los Derechos Humanos) y de administración de justicia

(Ministerios Públicos, Procuraduría General de la República, etc.). Segundo, el perfil de los psicólogos, aunque era diverso, existía una convergencia a favor de la vida, la justicia y la defensa de los derechos humanos, iniciándose así la construcción de una nueva identidad grupal, cambiando los márgenes de las tradicionales disciplinas criminológicas, al campo de una victimología *sui generis* que articulaba tres elementos: salud mental, derechos humanos y compromiso sociopolítico. La tercera novedad recayó sobre el perfil de este proyecto, ya que la gran mayoría de organizaciones civiles de derechos humanos se centraban, priorizaban y hasta generalizaban la perspectiva jurídica, dejando o desconociendo otras perspectivas y medios de acción con las víctimas. Por aquella época (1996-1998) se planeaban proyectos de salud mental en dos organizaciones civiles de derechos humanos; Acción de los Cristianos para la Abolición de la Tortura (ACAT), con el Programa de Atención Integral a Sobrevivientes de la Tortura (PAIST), y el Área de Salud Mental del Centro de Derechos Humanos “Fray Bartolomé de las Casas”, en Chiapas.

En el mes de diciembre de 1998 asumí la coordinación del proyecto del Centro Prodh, denominado Programa Psicosocial de Atención a Víctimas de la Violencia Política. Fueron tres años (1998-2001) los que estuvo a mi cargo las acciones psicosociales de salud mental en el campo de los derechos humanos. Cuatro fueron las principales líneas de acción; 1) atención y acompañamiento psicosocial con víctimas y comunidades; 2) investigación y documentación de los componentes psicosociales de la violencia política; 3) promoción de la perspectiva psicosocial en el campo de la salud mental y los derechos humanos; y 4) el fortalecimiento organizacional al interior del Centro Prodh, especialmente por las situaciones de hostigamiento y amenazas políticas en agravio del conjunto del colectivo.

Una parte del trabajo consistía en brindar atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas o testigos que exponían su caso ante el Centro Prodh, ya fuera en las oficinas o en los momentos que realizábamos una Misión de Observación en Derechos Humanos en una comunidad en contexto de conflicto sociopolítico. La labor va desde la realización de una primera entrevista exploratoria, pasando por la documentación y denuncia del caso,

hasta el seguimiento y el apoyo emocional a las víctimas y familiares. El trabajo de atención fue ante todo interdisciplinario, donde convergían abogados, sociólogos, antropólogos y psicólogos.

Dentro del universo de las víctimas de violaciones a los derechos humanos se encontraban los que lo eran por motivos políticos, en contextos de conflictos sociopolíticos o por actos de violencia política del Estado Mexicano. Familiares y víctimas de la tortura, desapariciones forzadas, ejecuciones extrajudiciales, detenciones ilegales, amenazas de muerte, hostigamiento sexual, persecución política, encarcelamiento, incomunicación, espionaje político, etc. Esta era la población a la cual estaba encaminada los servicios que el Programa Psicosocial de Atención a Víctimas de la Violencia Política prestaba solidariamente.

Normalmente los sobrevivientes de la tortura, antes, en y después de ella, pasaron por otro tipo violaciones a sus derechos humanos, construyéndose así un gran espectro de actos violatorios que lesionaban la dignidad humana, la seguridad e integridad física y psicológica de la persona.

Si bien, tanto los abogados como los psicólogos éramos sensibles y solidarios ante el sufrimiento “del otro”, el problema en términos prácticos consistía en recoger la evidencia suficiente para sustentar jurídicamente (penal y en derechos humanos) las acusaciones que realizábamos contra tal o cual servidor público o persona amparada por el mismo. Este problema aparentemente técnico tenía sus orígenes e implicaciones políticas.

2.2. De la tortura física a la tortura psicológica

Cuando una persona era sometida a tortura, en la mayoría de las veces la única evidencia era su testimonio (oral o escrito). Los problema eran varios:

- El tiempo transcurrido desde los acontecimientos.
- Miedo de realizar la denuncia.

- Falta de personal médico especializado en la evaluación de secuelas de la tortura.
- Falta de personal de la salud mental especializado en la evaluación de secuelas de la tortura.
- Dificultad en el idioma.
- Diferencias culturales.
- Problemas económicos y de distancia.
- Herramientas inadecuadas para dar cuenta de la tortura (metodología y técnicas de investigación insuficientes).
- Insuficiente formación para la documentación efectiva de la tortura (códigos, protocolos, entrevista, etc.).
- Condiciones desfavorables para realizar la documentación (encierro, desplazamiento, etc.)

Estas y otras circunstancias particulares han dificultado la documentación efectiva de la tortura, sin embargo se suma un elemento particular, ya sea en circunstancias tan adversas como las antes mencionadas, o en condiciones optimas: la invisibilidad de la tortura.

La invisibilidad de la tortura la podemos plantear en diferentes ámbitos; el jurídico, el físico y el cultural:

- A nivel jurídico el problema se plantea en la definición de la tortura, a partir de la cual se puede decir que es y que no es tortura, o en todo caso a que otra clasificación jurídica pertenece.
- A nivel físico el problema reside en la falta de evidencia física de la tortura, ya sea por el tiempo transcurrido entre el evento y el examen físico, o por la utilización de técnicas especiales para infligir dolor físico sin dejar huella, o la utilización de métodos y técnicas psicológicas, sociales y de comunicación.
- Sobre el ámbito cultural el problema tiene muchas aristas, que van desde la falta de información sobre los derechos humanos y en particular sobre lo que es la tortura, pasando por la idea de que las violaciones a los derechos humanos se reducen a si se aplicaron

golpes o no, y la tortura a si fue física y dego evidencia, y finalizando con situaciones donde la violencia y la agresión son una forma cultural de relacionarse y donde las formas de tortura son admitidas social y moralmente (aunque no jurídicamente).

Efectivamente, nos encontramos ante tres modalidades de reduccionismo, uno jurídico, otro empírico y finalmente uno cultural. Estos reduccionismos serán las principales dificultades a la cuales tendremos que enfrentarnos, y a las cuales pretendemos superar.

2.3. La tortura psicológica: impunidad e impotencia

Los tres reduccionismos que sobre la tortura hemos mencionado tienen dos implicaciones de vital importancia para los intereses de este estudio: la impunidad y la impotencia. La tortura, al no ser “nombrada” (jurídicamente), evidenciada (por las disciplinas auxiliares) y penalizada (cultural y moralmente) se vuelve un problema sociopolítico con repercusiones históricas imprevisibles, basta recordar el contexto jurídico, social, cultural y moral que propicio el genocidio y etnocidio contra los judíos, los golpes de estado y las dictaduras de los años 60 a 80 en Brasil, Chile, Guatemala, Argentina y otros países centro y sudamericanos. La tortura en estos contextos no sólo era una práctica aceptada o tolerada, sino alentada, ya sea moral (es por el bien de la nación), ideológica (los “otros” no son humanos) o técnicamente (formación de oficiales, médicos, psicólogos y enfermeras capacitados para infligir tortura).

La tortura, en este sentido, más allá de sus problemáticas jurídicas, disciplinarias, normativas y morales, hunde sus raíces en fenómenos y procesos socioculturales y político-económicos de nuestra civilización occidental. Esta perspectiva hay que tenerla presente si no queremos caer en el reduccionismo disciplinario de encasillarlo en problemas de salud pública, desviación ideológica, psico y sociopatologías.

Sin embargo no podemos soslayar un problema eminentemente práctico; la evidencia. Reacción común, tanto de los sobrevivientes como de los defensores de derechos

humanos ante la tortura, es la impotencia. Sentirse incapaz de dar cuenta de la tortura, de evidenciarla, de materializar sus secuelas, esta impotencia se hace mayor al hacerse visible la impunidad, el dolor de las víctimas y las deficiencias del sistema de procuración e impartición de justicia a nivel local.

2.4. Los desafíos de la tortura psicológica

Los desafíos de la tortura en general, y de la tortura psicológica en particular son dos:

- La tortura en tanto acto violatorio de los derechos humanos no puede quedar en la impunidad, ya sea por los reduccionismos jurídicos, disciplinarios y culturales, como por una política gubernamental que tolere, ampare o alimente esta práctica.
- La tortura psicológica en tanto invisibilidad de su método, secuelas o impacto, debe evidenciarse como una violación efectiva a los derechos humanos que lesionan la esencia de la humanidad.

Por el momento estos dos desafíos han estado intrínsecamente relacionados, de uno depende el otro; si la tortura no se evidencia, no se nombra y no se penaliza, la naturaleza y consecuencia de estos actos quedarán en la impunidad y el olvido. Por otro lado, el nombrar, evidenciar y penalizar la tortura, aunque no necesariamente se llegue a la justicia, si representara una forma de denunciar ética y políticamente este tipo de actos.

3. Propósito del estudio

La construcción de un protocolo para evaluar biopsicosocialmente el trauma, el estrés y la vulnerabilidad asociada a la tortura psicológica en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, no tiene su fundamento en un interés disciplinario (aunque de hecho si lo tiene), sino en una necesidad, ya no tanto grupal (defensores de derechos humanos) o comunitaria (profesionales de la salud mental), sino sociopolítica. La necesidad de

evidenciar la tortura para luchar contra la impunidad y coadyuvar en la construcción de una cultura de respeto de la dignidad humana.

En este sentido, la construcción del Protocolo apunta hacia esa dirección, pero sin embargo se cristaliza en una etapa muy concreta del trabajo por la defensa de los derechos humanos; la denuncia internacional ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. El Protocolo tiene sentido y cumple sus objetivos en tanto da cuenta de la tortura y se utiliza para denunciarla ante la opinión pública, las instancias nacionales de procuración de justicia, y las instancias internacionales de derechos humanos.

El Protocolo de Estambul describe así el objetivo de las investigaciones 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.”

4. Justificación del estudio

4.1. Conveniencia

El estudio tiene una función eminentemente práctica, especialmente dentro de los estudios periciales del campo de la procuración de justicia local y el internacional de los derechos humanos. El estudio, en tanto construcción del Protocolo, trata de articular teoría, práctica y experiencia, por lo que es ante todo el producto de estos tres elementos que se unen a los avances disciplinarios de la psicología social y otras ciencias afines.

Aunque en la actualidad se cuenta con el Protocolo de Estambul, editado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, éste proporciona las directrices mínimas a nivel internacional para realizar documentaciones efectivas, sin

embargo sigue existiendo la necesidad de contar con instrumentos y procedimientos adecuados a las particularidades políticas, jurídicas y culturales de cada región.

4.2. Relevancia social

Su relevancia social esta determinada por su utilidad práctica para evidenciar la tortura psicológica y denunciar a los responsables de la misma ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, contribuyendo con esto a la impartición de la justicia, la reparación del daño y a la prevención y sanción de estas prácticas violatorias de los derechos humanos.

Son dos sectores de la población los principales beneficiados:

- Los defensores de derechos humanos y los trabajadores de la salud mental que con ellos trabajan, al contar con un instrumento para investigar y documentar la tortura, coadyuvando de esta forma a realizar denuncias mejor fundadas.
- Los familiares y víctimas de la tortura y de otras violaciones a los derechos humanos, al contar con un instrumento que de cuenta de su experiencia, haciéndola fiable ante las instancias de procuración de justicia, de derechos humanos y la opinión pública nacional e internacional. De igual forma, los dictámenes favorecen y orientan a los defensores de derechos humanos a proporcionar una atención y defensa integral, que a la par de las estrategias jurídicas y políticas se encuentren las médicas, psicosociales y comunitarias en beneficio de las víctimas y sus familiares.

4.3. Implicaciones prácticas

Ante la ausencia y déficit de estudios, métodos y herramientas para realizar dictámenes psicológicos en el campo de los derechos humanos, el Protocolo busca contribuir a la construcción de recursos que subvencionen esta situación. En este sentido, el Protocolo puede ser ejecutado y replicado en nuestro contexto internacional de los Estados Partes del Sistema Interamericano de los Derechos Humanos, teniendo como referente el Protocolo de

Estambul de Naciones Unidas, de tal forma que sirva de guía práctica para la evaluación psicológica asociada a la tortura psicológica.

4.4. Valor teórico

Elemento importante del estudio es el marco teórico, ya que este busca articular y superar creativamente los modelos hasta ahora imperantes, muchos de ellos insuficientes, inadecuados o reduccionistas del fenómeno de la tortura. La articulación de marcos teóricos, modelos y conceptos a partir de una visión histórico-psicosocial del fenómeno de la tortura, reconstruye los aportes realizados en otras latitudes y los presenta de forma sintética y didáctica.

El marco teórico viene a cubrir un vacío de perspectiva de la tortura psicológica, ya que esta ha sido relegada al campo de la especulación y marginada dentro del ámbito jurídico. Por eso también reivindica la dimensión intersubjetiva de la realidad histórica, especialmente dentro del campo de las relaciones humanas, sociales y políticas, dando cuenta de su importancia y pertinencia, especialmente en el marco de la justicia y los derechos humanos.

Si el marco teórico cumple su cometido en tanto comprensión (del fenómeno de la tortura), práctica (evaluación de la tortura) y transformación (prevención y denuncia de la tortura) de la realidad histórica, entonces podremos hablar de una teopraxis en sentido nato, así como de una contribución fundamental al movimiento de los defensores de los derechos humanos, las comunidades de víctimas y los intelectuales solidarios con las causas justas del continente americano .

4.5. Utilidad metodológica

El estudio articula y aporta nuevos instrumentos para la evaluación biopsicosocial asociada a la tortura. Los instrumentos hasta ahora disponibles presentaban varias dificultades para asociarlas al fenómeno de la tortura:

Inconmensurabilidad de los modelos:

- Modelos biomédicos y psicofisiológicos.
- Modelos cognitivos, emotivos y comportamentales.
- Modelos psicosociales y socioculturales, entre otros.

Reducción de los niveles de análisis:

- Intra personal.
- Inter personal.
- Grupal.
- Colectivo-cultural.

Parcialidad teórica:

- Psicoanálisis.
- Existencial.
- Crisis y emergencia.
- Psiquiatría.
- Psicopolítico.
- Clínico.
- Psicosocial.

Dificultades para la evaluación:

- Especulación.
- Hermenéutica.
- Estadístico.
- Medición y fiabilidad.
- Operacionalización de variables y conceptos.
- Cualitativo-etnográfico.
- Cuatitativo-clínico.

Si bien este estudio no supera estas diferencias, si las expresa y se posiciona claramente ante estos dilemas, los cuales en muchas ocasiones llegan a ser artificiales o falsos, sin embargo es importante tenerlos en cuenta como referentes e indicadores del avance de nuestro trabajo en el campo.

Ayuda a definir y delimitar fenómenos biopsicosociales asociados a la tortura psicológica. Esto especialmente a los conceptos de trauma, estrés y vulnerabilidad, este último como un nuevo concepto dentro del campo de estudio del fenómeno de la tortura asimilable a los conceptos de “dolor” y “sufrimiento” inscritos en la Convención Americana para la Prevenir y Sancionar la Tortura.

II. MARCO TEÓRICO

1. Psicología social aplicada al campo de la salud mental y los derechos humanos

1.1. Psicología y derechos humanos

El movimiento mundial de los derechos humanos ha estado marcado y definido históricamente por el ámbito de las leyes, en dicho caso la función de los abogados ha cumplido un papel fundamental. Indudablemente ha sido este ámbito el más fortalecido, es así como hemos sido testigos de la creación de leyes nacionales, tratados y declaraciones internacionales, creación de comisiones de la verdad, cortes y comisiones internacionales, relatores y grupos especiales, diplomados y cursos de especialización en derecho.

A la par de este avance histórico (aunque aún insuficiente) nos encontramos con un desarrollo inversamente proporcional en otros “campos marginados” dentro del espectro mundial de los derechos humanos: el antropológico, filosófico, pedagógico, comunitario, médico, psicológico y el religioso. Para nuestro cometido abordaremos el campo de la psicología, específicamente, el de la salud mental.

La relación formal entre la psicología y los derechos humanos fue tardío, y hasta la fecha, bastante insipiente. Mientras que en algunos países centroamericanos y sudamericanos esta relación lleva alrededor de 30 años (especialmente en Chile y Argentina), en México podemos hablar de no más de 15 años.

Son tres las fuentes fundamentales por las que se inicia la relación entre psicología y derechos humanos: a) la participación de profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas, médicos, trabajadores sociales, etc.) en los movimientos sociales (apoyando los movimientos armados de la década de los 70, colaborando con partidos de izquierda y grupos de derechos humanos, y simpatizando con los actuales movimientos sociales), b) la influencia de psicólogos (especialmente psicoanalistas) argentinos exiliados, y c) la influencia del psicólogo social Ignacio Martín-Baró y su Psicología de la Liberación

que estuvo íntimamente relacionada con los derechos humanos en contextos de guerra y represión política.

Fue hasta la segunda mitad de la década de los 90 que se empezaron a vislumbrar los primeros esfuerzos por dar cabida y relevancia a la psicología dentro del campo de los derechos humanos en México, especialmente en las organizaciones civiles. Dentro de estos esfuerzos podemos mencionar los siguientes:

- Creación del Programa Psicosocial de Atención a Víctimas de la Violencia Política del Centro de Derechos Humanos “Miguel Agustín Pro Juárez”.
- Creación del Programa de Atención Integral a Sobrevivientes de la Tortura de Acción de los Cristianos por la Abolición de la Tortura.
- Creación del Área de Salud Mental del Centro de Derechos Humanos “Fray Bartolomé de las Casas”, en Chiapas.
- Formación del Equipo Universitario de Derechos Humanos “Ignacio Martín-Baró”, actualmente (2003) como Instituto de Salud Mental y Derechos Humanos “Ignacio Martín-Baró”.
- Organización de los Congresos de Psicología Social de los Derechos Humanos.
- Organización del Seminario de Actuaciones Psicosociales en Salud Mental y Derechos Humanos.

Esta enumeración no es exhaustiva ya que no incluimos el movimiento de la antipsiquiatría, la salud mental (restringida al ámbito psiquiátrico) y los derechos humanos, así como el trabajo victimológico que se ha realizado en diferentes organizaciones feministas.

Dentro de la articulación que se ha desarrollado entre la psicología y los derechos humanos encontramos convergencias temáticas. Si bien existe un creciente interés por conocer la arista psicológica dentro del ámbito de los derechos humanos, han sido los psicólogos y psicólogas los que han tomado la iniciativa y propuesto estrategias de trabajo psicológico en este ámbito.

Algunas de las temáticas que se han desarrollado son:

- Tortura física y psicológica.
- Reparación psicosocial.
- Guerra de baja intensidad.
- Migración, exilio y desplazamiento.
- Educación para la paz.
- Resolución de conflictos.
- Reconstrucción del tejido social.
- Seguridad y fortalecimiento organizacional.
- Miedo y amenaza política.
- Documentación y denuncia.
- Atención terapéutica a víctimas.
- Rehabilitación psicosocial.
- Impacto psicosocial y comunitario.
- Educación popular y procesos organizativos.
- Violencia política y represión.

Cabe mencionar un elemento que ha dado coherencia teórica y práctica a estas temáticas, el concepto de “integralidad”. La llamada integralidad de los derechos humanos no sólo se ha reducido a dar unidad teórica y filosófica a las cuatro generaciones de derechos humanos, sino que también a introducido componentes no-jurídicos en la comprensión y actuación en la defensa de los derechos humanos. Es así que junto a los elementos propiamente legales se encuentran prácticas surgidas desde la ciencia política, la pedagogía, la sociología, el trabajo social, la medicina y la psicología.

Si bien en nuestra argumentación haremos mención de la psicología social, la salud mental (por el lado de la psicología) y de la violencia política (en cuanto a derechos humanos), es importante destacar que estos se encuentran íntimamente relacionados, tanto teórica como prácticamente, con otros campos temáticos. Es así como detrás y a la par de lo

que llamamos psicología social y salud mental se encuentra la psicología política, la psicología comunitaria y la psicología clínica. Por otro lado, cuando mencionamos violencia política, conlleva elementos de los derechos civiles y políticos fundamentalmente, pero también de los derechos de los indígenas y los derechos de las minorías.

1.2. Perspectiva psicosocial en salud mental y derechos humanos

Desde mi punto de vista los campos más desarrollados en los 30 años de relación entre la psicología y los derechos humanos se encuentran la salud mental, tanto en su vertiente psicosocial-comunitaria, como en la clínica, y por otro lado la violencia política, especialmente la tortura, la desaparición forzada, la amenaza política y fenómenos comunitarios de desplazamiento y exilio. Lo anterior no es fortuito, sino que ha sido una exigencia de la misma realidad histórica de nuestros pueblos latinoamericanos; los golpes de estado, las dictaduras militares, las ideologías contrainsurgentes, la cultura de la muerte, la injusticia generalizada, la mentira institucionalizada, la represión, la guerra de baja intensidad, la desigualdad socioeconómica, la marginación y exclusión neoliberal, etc.

También existe un elemento intra-disciplinario; el auge del psicoanálisis y posteriormente de la psicología comunitaria y la psicología social. Por un lado tenemos a los y las psicoanalistas (exiliadas) chilenas y argentinas que se comprometieron con los movimientos populares y pusieron a su disposición las teorías psicológicas en boga. Por otro lado se desarrolla la Psicología Social de la Liberación propuesta por el español nacionalizado salvadoreño, Ignacio Martín-Baró, que asume una perspectiva psicosocial en el tratamiento de la violencia política. Independientemente de las posturas teóricas, las dos corrientes estuvieron en estrecha relación y colaboración, como lo podemos constatar en diferentes publicaciones de los años ochenta y noventa.

El trabajo en salud mental y derechos humanos de la década de los 70 estuvo marcada por el trabajo clínico y psicoanalítico. En este sentido fue la psicoterapia el principal método de abordaje con las víctimas de la violencia política, de los derechos humanos y de los sobrevivientes de la tortura y el exilio.

La psicoterapia con víctimas de la violencia política y sobrevivientes de la tortura en América Latina, pero especialmente en Chile y Argentina, fue una actividad considerada como subversiva. La persecución y el exilio fueron algunas de las represalias que estas psicoterapeutas padecieron, algunas incluso la tortura y la desaparición.

Para estas trabajadoras de la salud mental no existía una teoría, formación o experiencia que les condujera en la forma de abordar esta problemática, así que partiendo de las bases teóricas y prácticas con que contaban iniciaron un proceso de construcción a partir de la experiencia y la necesidad. Esta situación marca no sólo un momento de ruptura con el orden político e ideológico establecido, sino que también inicia una crítica hacia la psicología formal, académica e imperante. Es en estos contextos y en estas situaciones donde los trabajadores de la salud mental empiezan a ver la necesidad de construir una psicología que respondiera a las necesidades y aspiraciones de liberación del pueblo latinoamericano.

En el campo psicoterapéutico se inicia una heterodoxia con respecto a los procedimientos tradicionales en psicoterapia; se cuestiona la neutralidad ética e ideológica, así como el papel sociopolítico que cumple la psicoterapia tradicional. Es así que surgen nuevas formas de hacer psicoterapia, a la par que varios de estos trabajadores de la salud mental empiezan a organizarse en asociaciones humanitarias para proporcionar apoyo a las poblaciones más afectadas por la guerra civil, la represión política, el exilio y la tortura.

Con el antecedente psicoterapéutico con víctimas de la represión y sobrevivientes de la tortura, especialmente de los chilenos y argentinos, en la década de los 80 se inicia otra etapa de trabajo en salud mental pero ahora desde una perspectiva más política, psicosocial y comunitaria. Fue principalmente en el contexto centroamericano, en El Salvador con el psicólogo social Ignacio Martín-Baró que toma auge esta perspectiva. En Venezuela fue Maritza Montero y en Costa Rica Ignacio Dobles Oropeza.

Como mencione anteriormente, en México tenemos influencias de estas dos perspectivas; la psicoterapéutica y la psicosocial. Sin embargo, aunque estas perspectivas puedan ser complementarias, históricamente se han relacionado en una “sana distancia”. En la actualidad varios programas de atención a víctimas han incluido tanto el trabajo clínico-psicoterapéutico como el trabajo psicosocial-comunitario.

Existe un elemento que distingue al trabajo de salud mental en derechos humanos; la praxis. El trabajador y su disciplina tienen un compromiso *a priori* a favor de las víctimas y en contra de las injusticias. De igual forma su interés no es tanto académico como político. Estos elementos posicionan al trabajador de la salud mental en otros cuadrantes que exceden las actividades cotidianas de un académico, y se interrelacionan con el del activista y hasta el de la propia víctima (puesto que ellos pueden ser a la vez víctimas).

a. La psicología social y el estudio de la violencia política en América Latina.

Las décadas de dictaduras militares en Latinoamérica condujo a diversos profesionales de la salud mental y las ciencias sociales a adoptar posturas teóricas, ideológicas y de actividad comprometida, dentro y fuera de su región. Se realizaron muchos esfuerzos por analizar, desde el punto de vista de la psicología, el fenómeno del terrorismo de Estado y su impacto psicosocial. Este trabajo estuvo fundamentado en un esfuerzo de carácter teórico y en la experiencia clínica y testimonial.

Desde las primeras décadas del Siglo XX, existía ya una importante bibliografía sobre la psicología del control político, basada en estudios realizados en diferentes regiones del mundo.

En la primera mitad del Siglo XX, Horkheimer, Reich, Adorno y otros teóricos de la Escuela de Frankfurt, se preocuparon por investigar aquellos aspectos de la psicología de masas que favorecían una adaptación de la población a los sistemas de gobiernos autoritarios y fascistas. Entre los temas abordados se encuentran la manipulación del

inconsciente, la internalización de las sanciones sociales, la idealización de la conformidad, las vicisitudes del narcisismo y el ascenso del autoritarismo. Arendt también contribuyó significativamente analizando a los gobernantes. La división de Europa en dos bloques, después de la Segunda Guerra Mundial, propició la elaboración de muchos trabajos críticos sobre los sistemas totalitarios del Este. Los trabajos de Fanon en El Caribe, y en Argelia, así como los de Memmi en la Africa colonial y pos-colonial, plasmaron la conducta de los ciudadanos bajo gobiernos opresivos del Tercer Mundo.

El terrorismo de Estado, también conocido como “represión política”, “abuso de poder del Estado”, “violencia institucionalizada”, “violencia política”, etc., abarca tanto el uso como la amenaza del uso de la violencia por parte del Estado contra aquellos individuos, grupos o sectores de la sociedad considerados como opositores o como disidentes, y contra la población en general. Asimismo, se refiere a los métodos físicos, psicológicos y sociales utilizados para reforzar este control estatal. Su propósito es callar cualquier oposición a los condiciones impuestas por el gobierno.

En América Latina, la represión de las décadas de los 70 y los 80 significó la desarticulación organizacional de la sociedad civil y sus instituciones. El control se consolidó a través de medidas como los golpes de Estado, encarcelamientos, desapariciones, torturas, asesinatos y ejecuciones extrajudiciales. También se emplearon métodos de presión y coerción con individuos y grupos como son los despidos injustificados, el exilio y una gran variedad de técnicas de guerra psicológica.

A pesar de todo esto, y de otros atropellos que las sociedades latinoamericanas tuvieron que soportar, es increíble comprobar que los sectores mayoritarios de la población aceptaron y en ocasiones apoyaron los abusos realizadas en contra de sus derechos humanos. Se hace entonces necesario indagar cuales son los elementos que permiten a gobiernos represivos lograr un respaldo social, o por lo menos, un acatamiento a sus medidas, haciendo caso omiso de los atropellos realizados en contra de los ideales y las instituciones de la democracia. Martín-Baró planteó, poco antes de su muerte, que aún en

su país (El Salvador de la década de los 80), trastornado por la guerra, un asesinato masivo era un evento extraordinario, en comparación a otros eventos ordinarios.

Estudios realizados sobre sociedades gobernadas por regímenes altamente represivos como El Salvador, Guatemala, Honduras, Argentina, Uruguay, Chile y Brasil sugieren el nacimiento de una “cultura de miedo” que impregnó todos los aspectos de la vida nacional y una “elaboración cultural del terror”. Bajo el gobierno dictatorial, el miedo se convierte en un “estado mental penetrante”, ya sea en forma consciente o inconsciente, reconocido o negado.

En momentos difíciles, el Estado represivo puede interpretar casi cualquier declaración o actividad como una amenaza, como una actividad “subversiva”, y responder a ella con encarcelamientos, torturas, desapariciones o asesinatos. Enfrentados a la amenaza de una represión brutal y aniquiladora, los individuos desarrollan una sensación aumentada de vulnerabilidad, lo cual afecta a las relaciones interpersonales, aún las más íntimas.

La sospecha de que cualquiera, ya sea un pariente, un vecino, un compañero de trabajo o un amigo, pueda ser un colaborador secreto del gobierno, distorsiona las relaciones sociales, y uno mismo se convierte en fuente de sospechas para los demás. De esta manera, “toda persona es así simultáneamente víctima y asesino potencial”. Lira lo denomina “un sentido alterado de la realidad”, que dificulta cualquier validación objetiva de las experiencias vividas y de lo aprendido. Hollander lo describe como un “trastorno paranoide de la personalidad que llega a convertirse en un rasgo nacional”.

Hollander señala que el silencio, la incapacidad de poder expresarse y las inhibiciones impuestas o autoimpuestas conducen a grandes sectores a rechazar el involucrarse en temas políticos:

“Una de las características más sobresalientes de una población aterrorizada es su compulsión a negar la realidad, a rehusarse a ser testigo del drama siniestro que oprime a todo un país. La negación sirve al individuo como una barrera entre él o

ella y su conciencia, y de la exigencia, interna o externa de actuar desafiando esta violación sistemática de los derechos humanos más fundamentales.”

Un efecto adicional de la represión política es el aumento de la polarización, tanto a nivel individual como colectivo; todo se define en términos de “ellos” o “nosotros”. La autonomía personal y la confianza en sí mismo se reducen; la percepción que los demás tienen llega a ser lo prioritario; solo así se evita sentirse en peligro. “Pero paradójicamente, esto se acompaña por un incremento del individualismo”; el individuo se aísla, y se obliga a cubrir sus necesidades sin esperar ayuda de otros, ni a organizarse para recibir un apoyo mutuo.

b. Las víctimas de la violencia política y sus familias

La represión política impacta a todos los sectores de la sociedad, pero este impacto es mucho mayor en aquellos que son expuestos en mayor medida. Las personas que han sido torturadas o encarceladas, o que tienen familiares que sufrieron las consecuencias de la violencia estatal, se enfrentan con demasiada frecuencia ante un doble sufrimiento. Uno es la experiencia o la pérdida sufrida, y el otro es la negación de la sociedad de estos eventos, y la segregación social y el aislamiento que se impone a las víctimas y sus familiares.

Cuando ocurre una emergencia, ya sea natural (huracanes, terremotos, etc.) o tecnológica (radiación, contaminación, explosión, etc.), los distintos apoyos sociales favorecen la elaboración del duelo sobre los afectados. En contraposición a esto, cuando existen emergencias políticas o humanitarias, como lo son las desapariciones, el genocidio, las torturas, las ejecuciones extrajudiciales, la sociedad (nacional o internacional) despliega una serie de mecanismos de negación, lo cual obliga a las víctimas y sus familiares a privatizar la pérdida. Lo anterior aunado a la estigmatización social, la confusión o la vergüenza. Estos fenómenos tienen un origen sociocultural, y obviamente político, donde la experiencia vivida y la pérdida son personales y sociales. Sin embargo, cuando la persona se confronta con una realidad que no conoce, desconfirma la existencia del trauma individual y familiar, y en cambio culpa a la víctima por lo ocurrido, los procesos de duelo y manejo

de las consecuencias de esta experiencia se dificultan enormemente. El sufrimiento se convierte en un estado en vez de un proceso.

La pérdida de un ser querido normalmente provoca sentimientos muy intensos de dolor, confusión e incredulidad. Pero las muertes causadas por otro ser humano son más estresantes para los familiares sobrevivientes; el horror y el terror son respuestas típicas a estos eventos. Mientras intentan enfrentar esta pérdida, las familias experimentan el temor de que la persecución continúe contra ellos. En lugar de recibir un reconocimiento y apoyo, a menudo son objeto de ostracismo y de aislamiento por parte de sus amistades y conocidos. Los miembros de la familia pueden perder sus empleos, o ser obligados a huir por motivos de seguridad propia. Debido al peligro, la familia posiblemente no pueda realizar un funeral para el difunto; puede sentirse forzada inclusive a mantener su muerte como un secreto. El silencio y las mentiras constituyen la respuesta oficial acostumbrada del gobierno sobre las circunstancias que rodean estas muertes. Más adelante, estas familias probablemente tengan que enfrentar duras pruebas económicas, así como el rechazo social. Estas muertes ocurren en el contexto de muchas otras pérdidas y tensiones.

Becker y sus colegas (1987) señalan que los sentimientos de rabia constituyen un aspecto normal del proceso de duelo, pero que estos sentimientos tienden a disminuir con el paso del tiempo. Informan que, en el caso de los asesinatos políticamente motivados, la rabia es una de las emociones más intensas que los familiares experimentan, debido al sentimiento de impotencia y de justicia que desarrollan, y que es provocado por las circunstancias de la pérdida y por la negativa del gobierno de aceptar su responsabilidad. En estos casos, el odio puede convertirse en un estado permanente y autodestructivo. Cristal (1988) utiliza el concepto de “adicción al odio”, al referirse a sentimientos similares que se encuentran en los sobrevivientes de los campos de concentración.

Las desapariciones políticas fueron, y continúan siendo, un fenómeno que se presenta a nivel mundial, y es típico de los gobiernos represivos y de las fuerzas de ocupación a todo lo ancho del espectro político. En América Latina, desde las décadas de

los 70 hasta los 80, la desaparición se utilizó en forma extendida como un método de control social, particularmente en Guatemala, El Salvador, Argentina, Chile y Honduras.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre el impacto psicológico de las desapariciones forzadas motivadas por razones políticas en esta región, se enfocan sobre los casos de Argentina y Chile. En Chile, después del golpe de 1973, y en Argentina, desde 1974 hasta 1983, las desapariciones eran un método común para tratar a los opositores al régimen. Casi ninguno de los miles de desaparecidos reapareció con vida, y fueron pocos los cuerpos encontrados hasta después de que estas dictaduras se extinguieran. Miles “desaparecieron” simplemente, sin que se hubiera dado ninguna cobertura de prensa sobre sus secuestros.

La negación de estos eventos por parte de estos dos gobiernos militares, y por las instituciones que estaban bajo su control directo o indirecto, incluyendo la policía, las cortes y los medios de comunicación, se combinó con el deseo de la aterrorizada población de no saber nada sobre esto, y con los temores de los familiares de los desaparecidos sobre los efectos de denunciar públicamente la ausencia de sus seres queridos.

En Chile y Argentina, los obstáculos que los familiares enfrentaron para comprender su situación y sus alternativas los conducía a una mayor incertidumbre sobre cuales eran los mecanismos más apropiados para emprender una búsqueda de sus seres queridos. Se movilizaban en una “zona de ambigüedad psicotizante”, sin saber si sus parientes desaparecidos estaban vivos o muertos. Su desesperado deseo de que el desaparecido estuviera vivo se contrastaba con el conocimiento casi certero que, si estaba vivo, estaría sufriendo torturas espantosas, así como otras formas de degradación física y psicológica. Sin saber cual había sido el destino de sus seres queridos, se hacía imposible que se pudieran entregar a un proceso de duelo. En conjunto, todo esto creaba un estado de inestabilidad y de confusión, “una herida abierta” y “una pregunta eterna sin respuesta”, en el cual el evento se continuaba experimentando cinco o seis años después del hecho “como si hubiera pasado hoy”.

c. Actuaciones psicosociales en salud mental con sobrevivientes de la tortura

El empleo extensivo de la tortura física y psicológica es uno de los aspectos más preocupantes de la violencia política. Lejos de constituir “una práctica residual de una época mas barbárica”, la tortura se utilizó en el transcurso de todo el Siglo XX como un instrumento de política estatal en aproximadamente un tercio de los países del mundo.

En América Latina, la tortura ha sido utilizada ampliamente para obtener información, como castigo, para anular psicológicamente, para instaurar terror y para intimidar a los opositores. Entonces, la tortura puede ser un fenómeno político, en tanto que su meta es la obtención de información, destruir la personalidad del individuo, intimidar, aterrorizar y paralizar a la población entera. Por ejemplo, una práctica común implementada en muchos países de América Central ha sido la de depositar cuerpos torturados y asesinados en lugares públicos. En este caso, la tortura tiene como meta el producir un impacto tanto en la víctima como en la población; terror y deshumanización.

Los métodos de tortura física empleados en América Latina han incluido: la aplicación de corrientes eléctricas a las zonas mas sensibles del cuerpo (órganos sexuales); golpes, quemaduras y heridas; el arrancar y mutilar partes del cuerpo, tales como uñas, dedos, ojos, lengua y órganos sexuales; la suspensión en el vacío en diferentes posiciones; la violación por parte de humanos y también de animales; el uso de drogas; el sumergimiento en agua, orina o excrementos para causar asfixias; y la privación del sueño, la comida, el agua y otras privaciones sensoriales y espaciales.

De acuerdo a una breve reseña histórica de Pau Pérez Sales, la guerra de Vietnam y la popularización del concepto de Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) marcan un punto de inflexión. Las concepciones de los psiquiatras y psicólogos anteriores a 1950 vieron su reflejo en la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-I (1952), que hablaba de Gran Reacción de Estrés (Gross Stress Reaction). El DSM-II de 1968 desvaloriza el concepto y prefiere hablar de Trastorno Transitorio Situacional (Transient Situational Disturbance). En el DSM-III de

1982, la presión de los grupos de veteranos y profesionales de salud mental que pedían el reconocimiento de un Síndrome Post-Vietnam consigue que se incluya por primer vez la categoría de TEPT que ya se mantendrá en las sucesivas revisiones. La Organización Mundial de la Salud fue reacia a aceptar esta categoría diagnóstica y en la Novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, 1975) considera estos problemas bajo la etiqueta general de Reacción Aguda ante Gran Tensión, aceptando finalmente la categoría de TEPT en la CIE-10 de 1994.

Lo anterior significó la aparición de cerca de cincuenta centros de investigación y tratamiento de Estrés Post-Traumático en los Estados Unidos y que se disparara la investigación y las publicaciones sobre el tema. En 1985 surge la Society for Traumatic Stress Studies (STSS), con más de dos mil profesionales afiliados en la actualidad sólo en los EUA. En 1993 la STSS amplía su ámbito de acción y se convierte en la International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) con sede en Chicago. En enero de 1988 la ISTSS empieza a editar el Journal of Traumatic Stress. La mayoría de miembros de la ISTSS son profesionales de los EUA, Australia e Israel, lo que se refleja en la línea editorial y en el tipo de trabajos que se presentan.

Esta visión del tema tiene diversos referentes en Europa que mantienen la misma filosofía y base conceptual si bien obviamente divergen en la población con la que trabajan e introducen matices propios de la psiquiatría europea. En 1985 surgió en Dinamarca el International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) a partir del Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT) de Copenhague. El IRCT gracias a un acuerdo de colaboración financiera con el Ministerio de Asuntos Exteriores danés y la agencia oficial DANIDA ha tenido desde su fundación un crecimiento exponencial. El IRCT es en la actualidad, apenas una década después de su fundación, el centro de una gran red mundial de organizaciones que trabajan en atención a víctimas de tortura.

Pero esta línea de trabajo, con todo y ser mayoritaria no es la única. Por razones tanto conceptuales como ideológicas y de contexto, la psicología y la psiquiatría latinoamericanas se desmarcan pronto de ella y hacen un desarrollo propio y autónomo.

Aunque hay autores que ya habían realizado aportaciones con anterioridad, se reconoce como la persona que supo aunar esos esfuerzos a Ignacio Martín-Baró, sacerdote jesuita de la Universidad Centroamericana (UCA) de El Salvador. La compilación de trabajos de diferentes autores en *Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia* ha sido, desde su primera edición, el auténtico Handbook de la psicología y psiquiatría latinoamericanas relacionados con las situaciones de guerra y represión.

La década de los ochenta vio aparecer, desde México a Argentina, cerca de cincuenta centros, asociaciones u organizaciones dedicados a la atención en salud mental para víctimas de la represión política. Los textos de autores chilenos como Elizabeth Lira o Paz Rojas, o argentinos como Diane Cordón, circulan y se reproducen difundiendo un modelo rico en elementos de la psiquiatría dinámica, los postulados sistémicos y la psiquiatría social. Este modelo, propio del Cono Sur, centrado en la terapia individual y familiar pero con una indisociable perspectiva social y de compromiso político, se ha visto sustancialmente enriquecido y modificado por los grupos del área centroamericana y Caribe (especialmente Colombia, Brasil, El Salvador, Nicaragua y Guatemala) que han incorporado a su trabajo elementos de la Educación Popular de la escuela de Paulo Freire y en línea con los postulados sociales de Martín-Baró, centran la comprensión y el afrontamiento de las situaciones traumáticas en el grupo y la comunidad a través del uso de dinámicas participativas y de la movilización de los recursos positivos propios del grupo, dejando la atención clínica individualizada sólo para casos excepcionales de extrema traumatización. Muchos de estos equipos se agruparon alrededor de la Red de Salud Mental y Derechos Humanos que funcionó en América Latina a partir de 1980, con apoyo de grupos de Estados Unidos y Europa, promoviendo la realización de encuentros latinoamericanos y de intercambio de experiencias y materiales.

Esta línea de trabajo crítica con los modelos euroamericanos centrados en el individuo no es exclusiva de América Latina, aunque haya sido allí donde ha alcanzado su máximo desarrollo. Existe una amplia red de organizaciones a nivel mundial que mantienen este tono. Muchas se agrupan en la recién creada International Society for Health and

Human Rights (ISHHR). Muchos de los grupos que en su momento formaron parte de la Red latinoamericana se integraron posteriormente a la ISHHR.

En Europa el primer centro establecido para la atención médica y psicosocial de refugiados y víctimas de la represión fue el COLAT en Bruselas (1976). En 1979 surge el Psychosocial Centre for Refugees en Frankfurt.

Por su importancia hay que destacar también algunos centros universitarios con programas específicos de salud mental y derechos humanos: El IPSER-WHO Collaboration Centre on Refugees and Ethnic Minorities, vinculado a la Universidad Libre de Ámsterdam, el Health and Human Rights Programme vinculado a la Harvard School of Public Health, en Boston, el Refugee Studies Programme de la Universidad de Oxford y el Center for Refugee Studies de la Universidad de Toronto.

El trabajo en salud mental y derechos humanos con sobrevivientes de la tortura es bastante amplio, sin embargo lo podríamos agrupar en cinco líneas de acción:

Líneas de Acción en Salud Mental y Derechos Humanos con Sobrevivientes de la Tortura

Líneas de Acción	Objetivo
Prevención y Promoción	Desarrollar estrategias educativas, de investigación y difusión sobre la práctica de la tortura y sus consecuencias psicosociales con el fin de crear conciencia en la sociedad para luchar por su abolición y erradicación.
Evaluación Psicosocial y Denuncia Formal	Diseño y realización de protocolos y evaluaciones biopsicosociales con sobrevivientes de la tortura para que sirvan como peritajes psicológicos ante las instancias de procuración e impartición de justicia y ante las cortes internacionales.
Denuncia y Acompañamiento Psicosocial	Implementar proyectos de acompañamiento emocional, familiar, comunitario y psicosocial con familiares y sobrevivientes de la tortura en la etapa de la denuncia formal e

	informal o ante los procesos judiciales a nivel nacional e internacional.
Rehabilitación Psicosocial y Reconstrucción Social	Ejecutar programas de atención especializada con sobrevivientes de la tortura y comunidades en crisis que tienen como objetivo mitigar el daño (físico y mental), afrontar e integrar la experiencia traumática, rehacer el proyecto de vida, reconstruir los lazos sociales y las redes de apoyo.
Reparación Psicosocial	Realizar proyectos encaminados a luchar contra la impunidad, enfrentar y castigar a los responsables, descubrir la verdad, y resarcir simbólicamente y materialmente los daños causados.

El trabajo con el fenómeno de la tortura ha tenido más desarrollo la perspectiva clínica-psicoterapéutica, especialmente en lo concerniente a la sintomatología y el proceso de recuperación y rehabilitación. En las décadas de los 80 y 90 también se resalta el trabajo grupal, el comunitario, la denuncia legal y la valoración a través de peritajes psicológicos.

En la actualidad se reconoce la necesidad de las dos perspectivas articuladas con el trabajo médico, físico, legal y político. Lo anterior gracias a la superación de los reduccionismos psicologistas y legalistas sobre la tortura, considerándolo en estos momentos como un problema y fenómeno eminentemente complejo que no puede reducirse, ni su explicación ni su solución a fórmulas solamente legales o solamente psicológicas.

Es por eso que la perspectiva psicosocial en salud mental y derechos humanos con respecto a la tortura articula estas dos tradiciones en coordinación con las acciones legales, políticas y pedagógicas.

1.3. Hacia una psicología social de los derechos humanos

El trabajo en salud mental y derechos humanos ha hecho surgir recientemente una nueva disciplina que se ha denominado psicología social de los derechos humanos. Esta nueva

disciplina no es más que un intento de sistematizar la experiencia histórica y articular el campo académico-investigativo con el activista-ejecutor. De hecho en esta nueva disciplina convergen investigadores académicos de las universidades, con activistas de derechos humanos de las organizaciones civiles.

La psicología social de los derechos humanos es la práctica más acabada de la psicología latinoamericana, especialmente de la psicología de la liberación. En ella convergen diversas áreas que van desde la clínica y la terapéutica, pasando por la grupal y comunitaria, hasta la social, política y colectiva.

La psicología social de los derechos humanos surge como una forma de dar respuesta a un fenómeno ético-político de América Latina; los no-humanos. El reto han sido los pueblos oprimidos y crucificados, y el horizonte ha sido la liberación integral y la construcción de una nueva sociedad. En este contexto las violaciones sistemáticas y flagrantes a los derechos humanos en todo Latinoamérica es el principal factor generador de conciencia entre los trabajadores de la salud mental comprometidos con los valores de la liberación.

En este orden de ideas la psicología social de los derechos humanos no tiene un fundamento epistemológico como lo tendrían otras disciplinas, sino que ante todo tiene un fundamento ético. Es decir, esta psicología social, surge de una interpelación ética y de un sentir con “el otro”, no en tanto comprensión, sino en cuanto experiencia corpórea del sufrimiento y el dolor. La fundación ética se remonta a la complejidad del ser humano en cuanto tal, posterior a esto viene la justificación científica, pero esta queda determinada por aquel impacto en el ser humano que tiene que ver con enfrentarse a la muerte y la miseria material. Por eso, el interés disciplinario no se orienta al desarrollo del conocimiento, sino a la transformación de la realidad. Obviamente que detrás de esta transformación se encuentra el conocimiento y la comprensión.

En cuanto al carácter epistemológico de la psicología social de los derechos humanos podemos decir que la actividad racional, comprensiva y explicativa siempre

tendrá como fundamento la vida. En el contexto de las violaciones a los derechos humanos, que finalmente es una forma de negación de la vida, la psicología social de los derechos humanos emplea algo más que la solidaridad y la buena voluntad, haciendo uso de el bagaje técnico, metodológico y teórico para poder desentrañar, explicar y finalmente denunciar el carácter perverso de los sistemas o acciones que degraden la dignidad y la vida.

Pues bien, la psicología social de los derechos humanos no es neutral y mucho menos ingenua. Esta disciplina tiene una visión sociopolítica sobre las violaciones a los derechos humanos, y esta visión, si bien es teórica, ante todo debe de estar enraizada y fundada en la experiencia personal. Es aquí donde la línea que separa al psicólogo de la psicología se vuelve imperceptible, de tal forma que la disciplina no niega al científico, articulándose el interés del ser humano con el interés de la disciplina.

2. La tortura psicológica en perspectiva psicosocial

El fenómeno de la tortura ha tenido distintos abordajes, todos ellos necesariamente parciales por su carácter histórico. Ahora bien, para nuestro cometido no pretendemos proporcionar una perspectiva total del fenómeno, sino más bien, en esta misma perspectiva histórica contribuir a la clarificación de la tortura desde una perspectiva psicosocial de la salud mental.

Si bien la perspectiva psicosocial es una más dentro del espectro de paradigmas y teorías, queremos sobresaltar su gran valor teórico y metodológico para la comprensión y tratamiento de estos fenómenos sociopolíticos. De igual forma, esta perspectiva no puede mantenerse al margen de los otros abordajes, por lo que serán referentes continuos.

2.1. Legislación nacional e internacional en materia de tortura

a. El ámbito del derecho internacional de los derechos humanos

Como he mencionado con anterioridad, el campo de los derechos humanos ha estado íntimamente relacionado con el del derecho, y el fenómeno de la tortura no es la excepción, y ha permanecido en la mira del derecho internacional.

Los primeros instrumentos internacionales de derechos humanos que abordan la tortura forman parte de lo que se denomina legislación humanitaria internacional, aplicándose en situaciones de conflicto armado. Entre ellas están las Convenciones de Ginebra de 1864, 1868, 1906 y 1929, y las Convenciones de la Haya de 1899 y 1907.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, la Organización de las Naciones Unidas (que recién se había aprobado) aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo artículo 5 prohíbe la tortura. Los principios establecidos en esta declaración fueron desarrollados en dos pactos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su artículo 7 establece una prohibición expresa de la tortura.

En el ámbito regional, la Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre, en salvaguarda del individuo ante la tortura, dispone el derecho de la persona a su seguridad (artículo I), a un trato humano durante la privación de su libertad (artículo XXV) y a que no se le imponga penas crueles, infamantes o inusitadas (artículo XXVI). La Convención Americana de Derechos Humanos prohíbe expresamente la tortura en su artículo 5. En Europa y África se aprobó instrumentos similares.

Además de estas declaraciones y pactos, las organizaciones intergubernamentales establecieron organismos de derechos humanos y otros mecanismos para hacer frente a las violaciones de derechos humanos, incluyendo la tortura. Entre ellas tenemos las siguientes: la Comisión de Derechos Humanos y la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a Minorías de Naciones Unidas (ahora Subcomisión de Promoción y Protección de Derechos Humanos); el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que se fundó por mandato del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Comisión

Interamericana de Derechos Humanos; la Comisión Europea de Derechos Humanos; y la Comisión Africana de Derechos Humanos y Ciudadanos.

A mediados de los setenta comenzó a reconocerse en el ámbito internacional, que se necesitaban instrumentos y mecanismos más efectivos para enfrentar el problema de la tortura que se estaba diseminando en todo el mundo. Ello tuvo su origen en el conocimiento de un gran número de casos dramáticos sobre la práctica sistemática de la tortura, especialmente en el caso de la dictadura de Pinochet en Chile, y el trabajo de organizaciones civiles y no-gubernamentales que estaban obteniendo cada vez más éxito en sus gestiones en las Naciones Unidas. El primer instrumento nuevo fue la Declaración sobre la Protección de todas las Personas Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos y Degradantes, aprobado en 1975 en el seno de las Naciones Unidas. En 1981 se estableció el Fondo Voluntario para Víctimas de Tortura; de esta manera, los Estados pueden contribuir con dinero para que sea utilizado por este fondo cuyo objetivo es el restablecimiento de las víctimas de tortura.

Sin embargo, no fue sino hasta mediados de la década de los ochenta que la Organización de las Naciones Unidas y las organizaciones regionales aprobaron los instrumentos más importantes de derechos humanos sobre la tortura, una vez más como resultado de las presiones de algunos gobiernos y las gestiones de las ONG's. Entre estos instrumentos están la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984); y, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985); y, la Convención Europea para la Prevención de la Tortura y los Tratos o Penas Inhumanos y Degradantes (1987). En 1985 las Naciones Unidas nombró el primer Relator Especial sobre la Tortura; desde entonces, este mandato ha sido renovado hasta hoy día. Finalmente, en 1987 se creó en las Naciones Unidas el Comité Contra la Tortura.

Las constituciones de varios países estipulan que los tratados internacionales adoptados por el Estado son obligatorios y han de ser incorporados automáticamente en la

legislación nacional, y que los tribunales deben asumir que son superiores a las legislaciones nacionales previas a ellos.

Además de los instrumentos, comités y relatores especiales de derechos humanos en el ámbito universal, en tiempos más recientes varios tribunales internacionales han comenzado a jugar un papel respecto a la tortura. La Corte Interamericana de Derechos Humanos; la Corte Europea de Derechos Humanos; la Corte Penal Internacional para la Ex-Yugoslavia y la Corte Penal Internacional para Ruanda han resuelto sobre casos de tortura.

Es importante señalar que la tortura constituye un delito que, bajo las leyes internacionales, está sujeto a jurisdicción universal. Esto significa que cualquier Estado que encuentre en su territorio alguna persona sospechosa de haber cometido tal delito, puede llevar al sospechoso a un juicio, cualquiera sea el lugar donde tal delito ocurrió.

b. El ámbito del derecho local mexicano

En cuanto al ámbito nacional se refiere, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra el mínimo de derechos que deben ser respetados y protegidos por el Estado Mexicano. Contenidas bajo el rubro de “Garantías Individuales” se encuentran comprendidas, el respeto a la seguridad e integridad personal. En este contexto resulta importante mencionar los artículos que, constitucionalmente protegen la integridad de la persona ante actos de tortura.

El artículo 16 establece que:

“... ningún indiciado podrá ser detenido por el Ministerio Público por más de 48 horas, plazo en que deberá ordenarse su libertad o ponérsele a disposición de la autoridad judicial; este plazo podrá duplicarse en aquellos casos que la ley prevea como delincuencia organizada. Todo abuso a lo anteriormente dispuesto será sancionado por la ley penal.”

El artículo 20 establece entre otras garantías de todo procesado las de: a) no podrá ser obligado a declarar; b) queda prohibida y será sancionada por la ley penal toda incomunicación, intimidación o tortura; c) la confesión rendida ante cualquier autoridad distinta del Ministerio Público o del Juez, o ante estos sin la asistencia de su defensor carece de todo valor probatorio. En este mismo sentido la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura señala en su artículo 80 que, ninguna confesión o información que haya sido obtenida mediante tortura podrá invocarse como prueba, y el artículo 90 establece que “no tendrá valor probatorio alguno, la confesión rendida ante una autoridad policíaca, ni la rendida ante el Ministerio Público o autoridad judicial, sin la presencia del defensor o persona de confianza del inculcado y, en su caso, del traductor.”

El artículo 22 establece que:

“Quedan prohibidas las penas de mutilación, las marcas, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualquier otras penas inusitada y trascendentales.”

El artículo 103 y 107 Constitucional señalan que el Juicio de Amparo promovido ante los tribunales federales, es procedente contra leyes y actos de autoridad que vulneren o restrinjan las garantías individuales.

Las instancias instituidas para la defensa de las víctimas de tortura y sanción a los responsables puede dividirse, en atención al artículo 102 Constitucional, en jurisdiccionales y no jurisdiccionales. Las primeras se integran por los organismos públicos integrados por tribunales que pueden hacer uso de la coacción para el cumplimiento de sus resoluciones. Las segundas funcionan como instancias cuyas resoluciones no son vinculatorias. En las primeras intervienen tribunales judiciales de las entidades federativas. Las no jurisdiccionales se integran por 33 Ombudsmen, una Comisión Nacional de Derechos Humanos y por 32 Comisiones Estatales, una por cada Estado y una en el Distrito Federal.

De acuerdo a las disposiciones jurídicas de carácter reglamentarias, el artículo 3 de la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura señala que:

“comete el delito de tortura el servidor público que, con motivo de sus atribuciones inflija a una persona dolores o sufrimientos graves, sean físicos o psíquicos con el fin de obtener del torturado o de un tercero, información o una confesión, o castigarla por un acto que ha cometido o se sospeche que ha cometido, o coaccionarla para que realice o deje de realizar una conducta determinada.”

El Código Federal de Procedimientos Penales señala en el artículo 3 que:

”... queda estrictamente prohibido a la Policía Judicial Federal recibir declaraciones del indiciado o detener a alguna persona, fuera de los casos de flagrancia, sin que medien instrucciones escritas del Ministerio Público, del Juez o del Tribunal.”

En el mismo Código, el artículo 287 señala que:

“... las diligencia practicadas por agentes de la Policía Judicial Federal o local, tendrán valor de testimonios que deberán complementarse con otras diligencias de prueba que practique el Ministerio Público, para atenderse en el acto de la consignación, pero en ningún caso se podrá tomar como confesión lo asentado en aquellas”.

El artículo 289 del Código de Procedimientos Penales, establece que en ningún caso y por ningún motivo podrá la autoridad emplear la incomunicación, intimidación o tortura para lograr la declaración del indiciado o para otra finalidad.

El artículo 160 fracción XIV de la Ley Federal de Amparo establece que en los juicios del orden penal se considerarán violadas las formalidades del procedimiento cuando la sentencia se funde en la confesión del reo, si estuvo incomunicado antes de otorgarla o si se obtuvo su declaración por medio de amenazas.

c. El ámbito del sistema interamericano de derechos humanos

La Organización de Estados Americanos (OEA) fue creada el 30 de abril de 1948, en Bogotá, con la aprobación, por parte de la Novena Conferencia de Estados Americanos, de la Carta de la OEA. La OEA está, en la actualidad, integrada por 35 Estados miembros, incluida Cuba, aunque excluida de cualquier actividad de la Organización desde 1962.

El 2 de mayo de 1948, la Novena Conferencia de Estados Americanos proclama la Declaración Americana de Derechos y Obligaciones del Hombre, estableciendo lo siguiente:

“Artículo 1. Todo ser humano tiene derecho... a la integridad de su persona.

Artículo 25. Todo individuo privado de su libertad... también tiene derecho a un trato humano durante su detención.

Artículo 26. ...Toda persona acusada de algún delito tiene derecho... a no verse condenado a penas crueles, degradantes o inusitadas.”

En 1959, se crea la Comisión Interamericana de Derechos Humanos cuyos Estatutos fueron aprobados por el Consejo de la OEA el 25 de mayo de 1960. El 27 de febrero de 1967, en aplicación del Protocolo de Buenos Aires, la Comisión se convierte en órgano permanente de la Organización. Está formada por siete miembros, designados a título personal por un periodo de cuatro años por la Asamblea General de la OEA y tiene su sede en Washington, Estados Unidos.

El 22 de noviembre de 1969, en San José, los Estados miembros de la OEA aprueban la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que entró en vigor el 18 de julio de 1978 y que estipula lo siguiente:

“Artículo 5. Derecho a la integridad de la persona.

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

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

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ejerce un doble papel, en el marco de la Carta de la OEA, por un lado, y de aplicación a la Convención Americana de Derechos Humanos, por otro lado.

En el marco de la Carta de la OEA, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos es la encargada de promover el respeto de los derechos humanos, tal y como quedan definidos en la Declaración Americana de Derechos y Obligaciones del Hombre. Su competencia se extiende, por lo tanto, a todos los Estados Miembros de la Organización. La Comisión puede remitir recomendaciones a algunos de esos Estados y examinar situaciones concretas de violación de los derechos de la persona humana, redactando, por ejemplo, informes al respecto.

Con la entrada en vigor de la Convención Americana de Derechos Humanos, la Comisión se convierte en uno de los órganos de la Convención. Su tarea consiste en atender los requerimientos individuales interpuestos contra los Estados que han reconocido de pleno derecho dicha competencia a la Comisión luego de ser Partes de la Convención. Dichos requerimientos pueden proceder no sólo de víctimas de violaciones de la Convención, sino también de cualquier otra persona, grupo de personas u organizaciones no gubernamentales. Por el contrario, la competencia de la Comisión es facultativa en el caso de comunicaciones estatales, debiendo tanto los Estados denunciantes como los denunciados ser Partes de la Convención y haber reconocido la competencia de la Comisión para resolver al respecto.

Cuando la Comisión declara admisible un requerimiento, procede a examinar las alegaciones del demandante, así como la información proporcionada por el Gobierno. A lo largo de toda la instrucción, la Comisión debe prestar sus servicios a las Partes, con el fin de llegar a una solución amistosa. En caso de no llegar a un acuerdo, la Comisión redactará

un informe, que deberá incluir la exposición de los hechos, así como sus conclusiones y que será remitido a los Estados implicados, quienes dispondrán de un plazo de tres meses para ajustar su conducta o reaccionar. En el mismo plazo, el caso podrá ser trasladado a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por la propia Comisión, o por los Estados implicados.

Si el caso no llega a la Corte y no se ha llegado a una solución amistosa, la Comisión emitirá su dictamen y sus conclusiones al respecto. Si la violación de la Convención queda demostrada, la Comisión deberá formular, si procede, sus recomendaciones y fijar un plazo para que el Estado implicado pueda tomar las medidas que le incumben para resolver la situación.

La Convención ha creado La Corte Interamericana de Derechos Humanos, integrada por siete jueces designados por los Estados Partes de la Convención por un periodo de seis años, renovable una sola vez, que actúan a título personal, cuya sede se encuentra en San José de Costa Rica.

La Corte tiene competencia jurisdiccional pero es subordinada al consentimiento previo de los Estados Partes. Sólo pueden recurrir la Comisión o un Estado Parte, pero no los individuos. Sus sentencias son vinculantes para los Estados implicados, en los que debe reconocer si un derecho o libertad, garantizado por la Convención, ha sido violado, pudiendo otorgar una indemnización económica para reparar el perjuicio sufrido por la víctima. Si se demuestra que un derecho o libertad, protegido por la Convención, ha sido violado, la Corte Interamericana puede también ordenar que se garantice a la parte perjudicada el disfrute del derecho o de la libertad infringida.

La Corte Interamericana establece, en aplicación del artículo 64 de la Convención, una importante competencia consultiva respecto a la interpretación de la Convención Americana de Derechos Humanos, o de cualquier otro Tratado sobre protección de Derechos Humanos en los Estados Americanos. Los órganos de la OEA, los Estados Miembros de la Organización, así como la propia Comisión, podrán recurrir a la

Convención para un dictamen consultivo, para que, por ejemplo y a petición de alguno de los Estados Miembros, dictamine sobre la compatibilidad de alguna de sus Leyes con la Convención y con los demás Tratados arriba mencionados.

La Convención Americana para Prevenir y Sancionar de la Tortura fue aprobada el 9 de diciembre de 1985 y entró en vigor el 28 de febrero de 1987. Al 31 de marzo de 2000, la Convención había sido firmada por 16 Estados Partes. Dicha Convención establece las obligaciones de los Estados respecto a la prohibición de la tortura y demás formas de malos tratos. A través de la Convención, los Estados Partes se comprometen a informar a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre las medidas legislativas, judiciales, administrativas u otras, que adopten en aplicación de la Convención.

Además de la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, se encuentran la Convención Interamericana sobre Prevención, Sanción y Erradicar la Violencia contra la Mujer fue aprobada el 9 de junio de 1994 y entró en vigor el 5 de marzo de 1995, así como la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas, aprobada el 9 de junio de 1994 y que entró en vigor el 28 de marzo de 1996.

2.2. La definición de tortura

En la actualidad contamos con diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos, estas normas constituyen la base para que determinados casos sean considerados como tortura y también para que los torturadores sean llevados ante los tribunales y sean sentenciados.

Para el caso que nos incumbe, sobre la evaluación biopsicosocial asociada a la tortura psicológica en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la definición legal de la tortura es muy importante, ya que es la que se utiliza para llevar los casos, primero ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y posteriormente ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

A continuación abordaremos no sólo la definición de tortura que nos proporciona la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, sino las principales convenciones de derechos humanos en la materia a nivel internacional.

La Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes; la Convención contra la Tortura y Otros Tratos Crueles Inhumanos y Degradantes; y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura tienen los siguientes elementos comunes:

1. La tortura es un acto intencional que causa dolores, penas y sufrimientos físicos o mentales.
2. La tortura es inflingida siempre a una persona.
3. Su objetivo es obtener información o confesión, castigar o intimidar.
4. El agente activo de la tortura es un funcionario público u otra persona a instigación del primero.
5. No se considera como tortura las penas y sufrimientos que sean consecuencia de medidas o sanciones legales.

Existen tres diferencias entre las definiciones sobre tortura que exponen estos instrumentos:

1. La Declaración y la Convención contra la Tortura, ambos instrumentos de las Naciones Unidas, hacen referencia a la gravedad de los sufrimientos y penas inflingidos para configurar la tortura, mientras que la Convención Interamericana no hace mención a éste. A este respecto la Convención Interamericana toma en cuenta el hecho que la gravedad o no de un acto es, a final de cuentas, algo subjetivo “que depende de niveles de sensibilidad individual y construcciones culturales, sociales e históricas respecto de la aplicación de penas, del uso de la violencia y de la percepción del dolor y daño causado”.

2. La Convención contra la Tortura deja abierta la posibilidad de considerar otros objetivos de la tortura basados en cualquier tipo de discriminación. La Convención

Interamericana para prevenir y sancionar la tortura incorpora dentro de los objetivos de la tortura el que sea utilizado como “medida preventiva”; también incluye como supuesto de tortura el que busque anular la personalidad de la víctima o disminuir su capacidad física o mental, aunque no se cause dolor físico o angustia psíquica; además, incluye un supuesto genérico que pueda practicarse la tortura con cualquier otro fin.

3. En relación con el agente, si bien los tres instrumentos internacionales prevén que pueda ser el funcionario público o una persona particular que actúa a instigación del primero, cada instrumento internacional agrega detalles adicionales. La Convención contra la Tortura plantea que la tortura infligida por un particular puede darse por instigación de un funcionario público o con el consentimiento o aquiescencia del mismo. La Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura amplía y especifica las responsabilidades de los funcionarios públicos al hacer referencia a quien ordena, instiga, induce, comete directamente la tortura, o a quien pudiendo hacerlo, no lo impide. Dentro de la premisa de que sea una persona particular quien torture, la Convención Interamericana mantiene el requisito de que sea a instigación de un funcionario público, pero se especifica los diferentes niveles de participación: ordenen, instiguen, lo cometan directamente o sean cómplices de la tortura.

Cabe destacar que las definiciones de la tortura antes señaladas se realizaron dentro del marco del derecho, por lo que los conceptos y categorías utilizados se restringen a lo legal y no tanto a lo médico y psicológico. Especialmente queremos hacer énfasis en los conceptos de dolor, sufrimiento y gravedad.

Una dificultad, que como psicólogos sociales y trabajadores de la salud mental en el campo de los derechos humanos, es el de los concepto expuestos en las convenciones relacionadas con la tortura, ya que estos son extraídos de otros ámbitos y su finalidad es propiamente legal. Por lo que el principal problema consiste en encontrar otros conceptos y categorías que desde la psicología social y el campo de la salud mental se asimilen a los de dolor, sufrimiento y gravedad.

Dado que el diseño del presente Protocolo pretende ubicarse en el ámbito regional de las Américas, hemos decidido seguir la definición inscrita en la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, puesto que esta Convención es aplicable a la mayoría de los Estados de América Latina y forma parte del cuerpo de declaraciones, convenciones y estatutos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

La Convención Internacional para Prevenir y Sancionar la Tortura dispone en su artículo 2 que:

“Para efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de sus 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.”

En la definición sobre la tortura que la Convención presenta, podemos observar varios elementos que son sumamente útiles desde el punto de vista clínico y psicosocial, como la sintomatología (penas o sufrimientos físicos o mentales) y los motivos (con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, anular la personalidad, disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica). En efecto, tanto la sintomatología como los motivos establecidos en esta Convención son los elementos jurídicos claves desde donde la perspectiva psicosocial en salud mental puede realizar un aporte significativo para dar cuenta de este fenómeno.

En este sentido, desde un punto de vista psicosocial en salud mental, son tres los objetivos generales que debe guiar la investigación y documentación psicosocial en salud mental con sobrevivientes de la tortura en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos:

1. Dar cuenta de los dolores y sufrimientos físicos o mentales infligidos a una persona.
2. Dar cuenta de las motivaciones y métodos de la tortura.
3. Dar cuenta del impacto psicosocial en la salud mental de la persona.

Puesto que la definición de tortura proporcionada por la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura utiliza términos descriptivos como “infligir”, “penas” y “sufrimientos”, los cuales no necesariamente concuerdan con la nosología psicosocial en salud mental (ya sea psiquiátrica, médica, psicológica, etc.), es de nuestro interés proponer categorías nosológicas desde el ámbito psicosocial de la salud mental que puedan ser asimilables o comparables con el término “sufrimiento”.

Dado que en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos un acto de tortura no se determina por sus consecuencias o gravedad de los sufrimientos (subjetivo) como en el Sistema Universal de Derechos Humanos de la Naciones Unidas o como en algunos sistemas locales (México y Perú), sino que se rige a partir del acto en sí (objetivo), el trabajo de investigación y documentación psicosocial en salud mental con sobrevivientes de la tortura va más allá de determinar si se infligió sufrimiento (puesto que la misma Convención para dictaminar la tortura descarta la causa de dolor físico y angustia física). Por lo que este tipo de peritajes también buscan determinar el tipo de métodos utilizados, su impacto en la persona y los posibles motivos por los cuales se le aplicaron, datos que son de suma utilidad para sustentar una acusación de este tipo y también determinar el tipo de reparación que se le debe a las víctimas.

Para cumplir los objetivos antes señalados, hemos optado por integrar tres líneas de investigación psicosocial en salud mental, dos de las cuales han sido utilizadas en el ámbito de los derechos humanos, especialmente de la tortura; el estrés y el trauma, y por otro lado, desde el campo de la psicología de la salud y la medicina conductual la categoría conceptual de vulnerabilidad psicosocial.

Puesto que los términos “dolor” y “sufrimiento” no corresponden a las categorías nosológicas utilizadas dentro del ámbito psicosocial de la salud mental y los derechos humanos, asimilaremos a estos los conceptos de estrés, trauma y vulnerabilidad psicosocial.

Pero antes, para entender con mayor profundidad esta conversión de los conceptos legales a los conceptos psicológicos asociados al fenómeno de la tortura, es indispensable conocer la dinámica de esta en sus facetas psicosociales.

2.2. La tortura en perspectiva psicosocial

El fenómeno de la tortura no lo podemos reducir a un hecho aislado de carácter interpersonal y psicopatológico, sino que es ante todo un fenómeno histórico que puede asumir características políticas o sociales de acuerdo a determinados contextos. Son tres los reduccionismos en las aproximaciones disciplinarias al fenómeno de la tortura: la psicologista, la legalista y la sociologista. La primera descontextualiza el fenómeno reduciéndolo a un acto donde se ponen en juego procesos interpersonales e intrapersonales, patologizándose de esta forma a la tortura y sus implicados. El reduccionismo legalista se concentra en analizar, de acuerdo a las leyes y no de acuerdo a la realidad, los actos de tortura, a la par que deshumaniza la acción observando únicamente las leyes y los procedimientos legales. El tercer reduccionismo comprende al fenómeno de la tortura como una política del Estado donde los torturadores son una pieza más de una estrategia.

Es precisamente la psicología social de los derechos humanos la que busca superar estos reduccionismos en cuanto a la comprensión del fenómeno, enmarcándolo dentro de un proceso histórico de constante interacción y conflicto entre lo personal, lo social y lo institucional.

De esta forma nuestra aproximación psicosocial al fenómeno de la tortura incorpora los elementos propiamente psicológicos, los sociales y también los jurídicos. Para nuestra aproximación psicosocial haremos uso de una propuesta de análisis de la violencia

realizada por el psicólogo social Ignacio Martín-Baró, en este caso aplicada al fenómeno de la tortura.

Martín-Baró señaló cuatro aspectos constitutivos de todo acto de violencia: a) la estructura formal del acto, b) la “ecuación personal”, c) el contexto posibilitador, y d) el trasfondo ideológico del acto. Analicemos estos cuatro aspectos:

a. Estructura formal del acto de tortura.

La estructura formal del acto consiste en la “conducta” como forma extrínseca, pero también de la formalidad del acto como totalidad de sentido. Con la estructura formal del acto se responde a la pregunta ¿qué es esto? En este sentido Martín-Baró diferencia entre violencia instrumental y violencia terminal: “Un acto de violencia instrumental es aquél realizado como medio para lograr un objetivo diferente, mientras que el acto de violencia final es aquél realizado por sí mismo, es decir, el acto buscado como fin.”

El fenómeno de la tortura en tanto conducta humana la podemos ubicar como un acto de violencia instrumental, en tanto que esta tiene objetivos que cumplir de acuerdo a distintas circunstancias, por ejemplo, la tortura política puede tener alguno de los siguientes objetivos:

1. La obtención de información a través de personas acusadas de ser miembros de un partido o grupo de resistencia. Se propone obtener una confesión comprometedora del afectado y sus virtuales compañeros.
2. La confrontación de individuos o grupos sociales con una instancia de la autoridad del Estado presentada como todopoderosa. El aparato del poder represivo debe inducir aquí a que las personas se sientan desprotegidas y adopten una actitud de adaptación pasiva.
3. Sembrar la desconfianza mutua dentro de los grupos opositores.
4. Provocar la invalidez psicosocial de supuestos o reconocidos opositores al régimen.

De acuerdo con Dobles Oropeza el objetivo de la tortura, en tanto violencia instrumental, no es solamente obligar a hablar y obtener información, sino que también se violenta la noción de “sí mismo” que tiene la víctima, su dignidad como ser humano.

La tortura como forma extrínseca del comportamiento humano puede ser definida operacionalmente de acuerdo a los siguientes criterios: a) es un acto intencional que causa dolores, penas y sufrimientos físicos o mentales, b) es inflingida siempre a una persona, c) su objetivo es obtener información o confesión, castigar o intimidar, discriminar o anular la personalidad, y d) el agente es un funcionario público u otra persona a instigación del primero.

Una dificultad contemporánea en la comprensión del acto de la tortura es su constante relación con la violencia de carácter terminal, o sea, como un fin en sí mismo. De aquí algunas concepciones que presuponen la naturaleza patológica, tanto del acto como del agente, reduciendo en muchas ocasiones un fenómeno tan complejo y multidimensional, a explicaciones de tipo intraindividual, psicologista y patologísta. De hecho se ha llegado a hablar de un “síndrome de la tortura” en tanto categoría nosológica para designar el cuadro patológico que presenta un sobreviviente de la tortura. Al respecto Paz Rojas Baeza comenta: “Nos dimos cuenta que no podíamos considerar los síntomas o síndromes que presentaban los torturados, una anormalidad ni menos una enfermedad, porque en estos casos lo que era anormal y patológico era el acto de tortura y no los síntomas que esta acción provocaba.”

No dudamos que en la relación torturador-torturado se proyecten trastornos psicopatológicos por parte del torturador, sin embargo, la tortura en tanto “comportamiento humano” se encuentra más allá de lo pasional y lo terminal, y más bien se ubica dentro de un método, una técnica de aplicación racional, instrumental y racionalizada, y menos como la exteriorización de trastornos propios de un ser degenerado y maléfico. A este respecto Paz Rojas vuelve a mencionar que: “La tortura y sus consecuencias se diferencian nítidamente de otros actos de violencia, por perversos y brutales que ellos sean. Ella es un acto humano integral, no sólo porque tiene intención, porque es racional, porque es elegida,

sino también porque tiene causas, motivos, aprendizajes, objetivos, marcos de referencia ideológica, técnicas específicas de realización, pericia, códigos simbólicos, lugar social definido, personal especial para aplicarla y porque su fin no es sólo destruir al sujeto que la sufre sino que paralizar, mediante el terror, a toda la sociedad.”

De acuerdo a esta caracterización instrumental de la tortura, esta será física o psicológica de acuerdo al tipo de método utilizado, en todo caso no se puede hablar de tortura física o tortura psicológica, sino de método físico de tortura o método psicológico de tortura.

La tortura ha ido avanzando de acuerdo a los avances históricos, tecnológicos y de las ciencias de la salud y de la comunicación. En la actualidad la tortura mantiene una tendencia en la utilización de técnicas farmacológicas, psicológicas y de comunicación.

Con esta motivación, en 1975 la World Medical Association definió la tortura en su Tokio Declaration como: “the deliberate, systematic or wanton infliction of physical or mental suffering by one or more persons acting alone or on the orders of any authority, to force another person to yield information, to make a confession, or for any other reason.”

El Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT) divide a los métodos de tortura en tres categorías: métodos psicológicos, métodos físicos y una combinación de estos. Los métodos psicológicos son técnicas de tortura que se inflinge estrés mental. Los métodos físicos son técnicas de tortura que infligen dolor físico-corporal. Los métodos combinados de tortura física y psicológica se dividen en dos tipos; técnicas de destrucción de la personalidad y **the weakening techniques**. Independientemente del tipo de técnicas que se utilicen, la tortura tiene un impacto en la persona a nivel físico y psicológico.

En la actualidad esta división sigue siendo válida sólo en el nivel de las relaciones de interacción diádicas torturado-torturador, y se han puesto en duda su validez explicativa para otro tipo de tortura que va más allá de la interacción diádica como lo son las masacres,

la desaparición forzada o el genocidio, donde la tortura sobrepasa los escenarios de interacción controlados (como en una celda o centro de detención clandestino) y se ubican dentro de escenarios colectivos y culturales mas complejos. Algunos autores hablan de tortura social, tortura cultural y equiparación a la tortura.

Lo anterior nos puede dar una visión más completa sobre lo que es la tortura, ubicando sus métodos y técnicas en un contexto mucho más amplio que el de la relación diádica torturado-torturador.

Más allá de los métodos y técnicas de tortura, nos encontramos con el impacto que esta provoca tanto en el individuo como en la sociedad. Algunos autores tienden a asociar a la tortura psicológica con el propio impacto psicológico de la tortura, mientras que otros relacionan el impacto con el tipo de método, así que la tortura física únicamente dejaría secuelas física, y la tortura psicológica únicamente un impacto psicológico.

Como ya lo hemos señalado, el fenómeno de la tortura va mas allá de las técnicas y del espacio interaccional inmediato, para colocarse dentro del gran entramado de relaciones sociales, políticas y económicas, asumiendo de igual forma las unidades intrapsíquicas e interpersonales.

A modo de proposición, podemos decir que la tortura (cualquiera que allá sido el método y técnica utilizados) tiene un impacto que abarca al sujeto sobreviviente de la tortura, a la familia, la comunidad, la sociedad y hasta el contexto nacional e internacional. De igual forma, en estos diferentes ámbitos la tortura impacta diferencialmente en las esferas psicológicas, corporales, físicas, interaccionales, redes sociales, ideológicas, acciones sociales, situación política, participación social, estado legal, relaciones internacionales, etc.

Tenemos que la tortura, tanto en su método, como en su impacto, no se reducen al ámbito inmediato de la interacción, sino que abarca todo el dinamismo social de la realidad histórica. Si bien la mayoría de los especialistas son concientes de estas dimensiones, la

realidad es que en la práctica es aún difícil dar cuenta de ello, por lo que el ámbito clínico ha tenido mejores resultados en cuanto al diagnóstico de los síntomas.

b. El perfil cultural de la tortura.

El segundo aspecto del acto de violencia, de acuerdo a Martín-Baró, es la llamada “ecuación personal”. Son todos aquellos elementos del acto que sólo son explicables por el particular carácter de la persona que lo realiza.

Si bien, como en los párrafos anteriores hemos comentado, la tortura no es una enfermedad y tampoco las acciones de personas trastornadas psiquiátricamente, es innegable el componente de la persona que la aplica. Ignacio Dobles comenta que puede resultar muy confortante la concepción del torturador como un “ser especial”, ajeno a nuestra realidad cotidiana. De esta manera nos refugiamos en esa “cotidianidad”, ajena de lo “degradante”, lo “perverso” y “sucio”.

En el mismo orden de ideas Montero comenta: “tal calificación cumple igualmente una función ideológica evidentemente tranquilizadora de la conciencia de los individuos. Hay que ser insensible para causar el dolor ajeno, dolor que sin embargo es necesario. La sangre y las lágrimas de las víctimas, su destrucción física y psicológica no pueden ser ocultadas; por ello, considerando a los torturadores como gente especial, anormal, distinta de lo común, se preserva la sanidad y la bondad del grupo. Los torturadores son distintos, pertenecen a una especie de exogrupo, que de hecho los excluye del “nosotros”. Luego podemos estar tranquilos, ya que ello permite pensar que la gente como uno no realizará un trabajo tan indeseable, pero a la vez inevitable”.

Sin embargo, más allá de encontrar un “perfil psicológico” del torturador, tenemos que descubrir un “perfil cultural” dentro del cual es posible la construcción potencial de torturadores dentro de los estándares de normalidad psicológica de la sociedad, pasando de ser un problema “patológico” a otro de corte más bien “técnico”. Hannah Arendt concluía que la explicación de las matanzas realizadas por el Tercer Reich no tenía que buscarse en

el carácter patológico de los nazis, sino, por el contrario, en el frío procedimiento administrativo, en la suma de los actos burocráticos realizados por miles de ciudadanos, desempeñando su trabajo y cumpliendo su deber.

Sin embargo el principal problema que se plantea no consiste en si el torturador es un transtornado o un simple técnico que aplica sus conocimientos racional y calculadoramente. Obviamente que en los casos de tortura por agente gubernamentales, esta es aplicada ex profeso y no ha voluntad o iniciativa de los torturadores. En este sentido la cuestión se plantea en ¿Cómo una persona puede ejecutar actos de tortura a petición de una autoridad en contra de otro ser? ¿Porqué obedece esas ordenes? ¿Quién es conformista y cómo se hace conformista?

Algunas líneas de investigación en psicología social nos pueden sugerir algunas explicaciones a este hecho. Las investigaciones realizadas en el campo de la influencia social sobre la conformidad, la obediencia y la autoridad apuntan hacia el contexto, la socialización y la cultura, más que hacia la psicopatología.

Diversas observaciones experimentales demuestran que los sujetos que poseen un rango social elevado influyen en los que poseen un rango social débil. Otros factores como la competencia, aseguran la autoridad del individuo en el seno del grupo y lo realzan como agente de influencia. Las experiencias de Milgram sobre la obediencia constituyen la más impresionante ilustración de este aspecto de la realidad. Milgram comentaba sobre las conclusiones de sus estudios que lo mas terrible de esto era “la destrucción ordinaria y rutinaria ejecutada por gente normal obedeciendo órdenes”.

Otras experiencias han mostrado cómo individuos de rango social inferior obedecían a individuos de rango social superior o individuos incompetentes se sometían a individuos competentes. Otros estudios han evidenciado el hecho de que, cuanto mayor es la necesidad de aprobación en un individuo, mayor es su conformismo. En este sentido, Moscovici menciona tres modelos de sumisión:

1. Sumisión de los individuos situados por debajo de la jerarquía de rango y de poder respecto a las personas que están en la cima de la jerarquía.
2. Sumisión de los individuos que no pueden adaptarse a su entorno de modo autónomo respecto a los individuos capaces de adaptarse de modo autónomo.
3. Sumisión de los individuos cuya organización psicológica está orientada hacia los otros y que son virtualmente desviantes respecto a los individuos que no son virtualmente desviantes.

Para el caso de la tortura, la ecuación personal se transforma en una ecuación cultural, donde las instituciones, la socialización y las normas y valores construyen sujetos sociales completamente normales, capaces de obedecer y ejecutar, bajo ciertas condiciones, ordenes como la tortura.

c. El contexto posibilitador de la tortura.

El tercer factor constitutivo de la violencia es el contexto posibilitador: “Para que se realice un acto de violencia o de agresión debe darse una situación mediata o inmediata, en la que tenga cabida ese acto. Tanto el desencadenamiento como la ejecución de la acción violenta requieren de un contexto propicio.” Ante todo debe darse un contexto social que estimule o al menos permita la violencia.

Martín-Baró distingue dos tipos de contextos: un contexto amplio, social, y un contexto inmediato, situacional. En el contexto amplio donde se ejecuta la tortura se encuentran un sistema de normas y valores, así como de contexto jurídicos, sociales y culturales propicios o permisibles de la tortura. El caso de los países que tuvieron gobiernos militares, como en el caso de Chile, donde existieron “situaciones de emergencia” que fueron utilizadas por los militares para realizar detenciones ilegales, desapariciones forzadas, ejecuciones extrajudiciales y actos de tortura. Aunado a esto imperaba una situación de impunidad que garantizaba jurídica y psicológicamente la amnistía a los culpables.

En el ámbito de las normas y valores nos encontramos con sociedades que han interiorizado la “cultura del terror”, y donde tanto la tortura, la represión y la pena de muerte son alentadas y anheladas por un gran sector de la sociedad. No es extraño que en este contexto, como puede ser el de Guatemala, se produzcan crímenes de lesa humanidad como la desaparición forzada y las ejecuciones extrajudiciales que rebasan los miles de personas.

Sin embargo la situación político-legal no debe ser excepcional como en los casos de regímenes dictatoriales como los de Chile, Argentina o Guatemala para producirse la tortura, sino que en situaciones de “normalidad democrática” la tortura tiene un terreno propicio para su ejecución, aunque esto sea de forma más velada, como lo puede ser la tortura psicológica o la represión legalizada.

Como podemos observar, en el contexto amplio-social, los actos de tortura son posibilitados gracias a dos componentes de este contexto: el valoral-normativo, y la situación político-legal.

Se da en segundo lugar, un contexto inmediato-interaccional de la acción violenta de la tortura. En el contexto interaccional torturador-torturado podemos ubicar varios elementos desencadenantes o propiciadores de los actos de tortura:

1. Los estímulos ambientales. Son los “escenarios comportamentales”, por ejemplo; las cárceles y los centros de detención clandestinas.
2. Las situaciones de poder. “Uno de los factores que con más facilidad desata los comportamientos violentos es la posibilidad de realizarlos”, por ejemplo; cuando el torturador pertenece a una corporación policial, a un grupo paramilitar o cuenta con la atribución de poder por parte de algún mando superior.
3. La presión grupal. Uno de los elementos más desencadenantes lo constituye la presión grupal. Un campesino incorporado a un cuerpo de autodefensa civil o a un grupo paramilitar puede verse obligado por la presión grupal a participar en actos de violencia como emboscadas, masacres y tortura.

En el contexto inmediato-interacción existe mucha evidencia desde la psicología social sobre como el grupo y el contexto inmediato influye en el comportamiento de los sujetos. Las siguientes proposiciones exponen esta situación:

1. Cuanto menos estructurados estén el estímulo, el objeto o la situación en que se ejerce la influencia, mayor es ésta.
2. La influencia es mucho mayor cuando está en juego un estímulo social complejo o un juicio de valor que cuando se trata de un estímulo material simple o de un juicio de hecho.
3. Cuanto más insegura se siente una persona en sus opiniones y juicios mayor es su propensión a ser influida.
4. Cuanto menos segura se siente una persona de sus aptitudes sensoriales e intelectuales, más dispuesta está a aceptar la influencia de alguien al que atribuye capacidades sensoriales e intelectuales superiores.

Desde esta perspectiva funcionalista de la influencia social, el consenso, el control y la conformidad serían elementos suficientes para explicar el porque cientos de personas normales en circunstancias anormales (aún dentro de la normalidad democrática) pueden ejecutar crímenes de lesa humanidad como la tortura. El contexto inmediato-interaccional cumple un papel determinante dentro de escenario.

Según el psicólogo social Stanley Milgram, el análisis de varias matanzas masivas ocurridas a inicios de la década de los 70 muestra una serie de situaciones constantes:

1. Las personas realizan sus tareas con un sentido administrativo más que moral.
2. Los individuos establecen una distinción entre matar a otros como el cumplimiento de un deber y el hacerlo como fruto de sentimientos personales.
3. Lo que las personas experimentan como exigencias morales de lealtad, responsabilidad y disciplina no son en realidad más que exigencias técnicas para el mantenimiento del sistema.

4. Con frecuencia se modifica el lenguaje, de manera que las acciones no entren en conflicto, al menos a nivel verbal, con los conceptos morales inculcados en la educación de las personas normales.
5. En forma invariable, el subordinado pasa la responsabilidad a los niveles superiores.
6. Las acciones son casi siempre justificadas con intenciones constructivas y llegan a ser vistas como nobles a la luz de algún objetivo ideológico.

d. El trasfondo ideológico del acto de tortura.

El cuarto y último elemento constitutivo de la violencia es su fondo ideológico. La violencia remite a una realidad social configurada por distintos intereses sociales, políticos, económicos y culturales, de las cuales surgen valores y racionalizaciones que determinan su justificación. Martín-Baró menciona que: “La violencia exige siempre una justificación frente a la realidad a la que se aplica; y es ahí donde la racionalidad de la violencia confluye con la legitimidad de sus resultados o con la legitimación por parte de quien dispone del poder social.”

De acuerdo con Haber y Seidenberg (1978), la violencia en cuanto construcción social depende de cuatro factores y circunstancias que no residen en el acto mismo de violencia:

1. El agente de la acción: tiene que ser considerado como un agente legítimo para realizar ese acto violento, lo que significa que el poder establecido le haya dado el “derecho” de ejercer esa fuerza;
2. La víctima: cuanto más bajo el estatus social de una persona o grupo, más fácilmente se acepta la violencia contra ellos;
3. La situación en que se produce el acto de violencia: un acto de violencia con el que una persona se defiende contra una agresión, resulta en principio más justificable que un acto de violencia buscado por sí mismo como expresión pasional o instrumento de otros objetivos;
4. El grado del daño producido a la víctima: cuanto mayor sea el daño producido a la víctima, más justificado tiene que aparecer el acto de violencia.

Lo anterior nos presenta esquemáticamente los diferentes momentos y elementos de un acto de violencia, al cual puede ser justificado ideológicamente. Utilizamos el término ideología, no sólo como el conjunto de ideas que sustentan ciertas prácticas sociales, sino como un conjunto de ideas que ocultan y distorsionan la realidad a la luz de la ética de los derechos humanos y de la realidad histórica.

Para el caso del El Salvador la guerra exigió importantes modificaciones de los esquemas cognitivos y de los patrones de conducta de una parte considerable de la población, y en la mayoría de los casos, tales modificaciones han supuesto un empobrecimiento de atributos y valores específicamente humanos. Este empobrecimiento de los valores atribuidos a ciertos sectores sociales fungió como un trasfondo ideológico posibilitador y justificador de la violencia, la tortura y el exterminio.

Joaquín Samayoa apunta algunos de los procesos psicosociales que se desarrollan en la deshumanización: patrones aberrantes de pensamiento y conducta social, desatención selectiva, aferramiento a prejuicios, absolutización, idealización, rigidez ideológica, escepticismo evasivo, defensividad paranoide, y sentimientos de odio y venganza.

De acuerdo a Troy Duster, para realizar una matanza con la conciencia tranquila, hacen falta las siguientes condiciones:

1. Deshumanizar a la víctima, negándole su carácter de persona; “no es alguien como nosotros”, “es un subversivo”, “son ratas, no humanos”, “es un comunista”, etc.
2. La confianza ciega a las instituciones sociales y su contribución al bien de la sociedad.
3. El sometimiento de la persona a las reglas de la organización, que asume toda la responsabilidad.
4. Una justificación que motive la acción, justificación que por lo general no desborda el nivel genérico del “interés de la nación” o de la “seguridad nacional”.

Un ejemplo de mayores dimensiones de este trasfondo ideológico lo apunta Carlos Figueroa al analizar la “cultura de terror” implementada en Guatemala como forma de control ideológico de la sociedad y como justificador del “exterminio político” que llevo a que aproximadamente 50 mil personas fueran desaparecidas por razones políticas.

Carlos Figueroa señala en este sentido; “que las dictaduras militares y los regímenes de democracia restringida que se observaron en Guatemala desde los sesenta hasta una buena parte de los noventa, ejecutaron acciones de terror –entre ellas la desaparición forzada de individuos o colectivos-, de enorme y perversa racionalidad. La violencia estatal estuvo dirigida por una lógica que adecuaba de manera racional, medios (el terror) a fines: restabilización política y desarticulación de la subversión”.

Teniendo como referente la perspectiva histórico-psicosocial de la tortura, en tanto acto de violencia sociopolítica, pasaremos revista a tres corrientes teóricas que nos servirán de marco conceptual para adecuar la valoración psicosocial de los efectos de la tortura en las víctimas-sobrevivientes al campo de la legislación nacional e internacional en materia.

3. La vulnerabilidad biopsicosocial

La vulnerabilidad biopsicosocial puede ser definido como la condición que modula la probabilidad de sufrir enfermedades, accidentes o lesiones, en virtud de:

1. Las condiciones macrosociales espaciales, tales como cataclismos, coyunturas socioeconómicas, políticas y demográficas o guerras que afecten a masas de la población, que puede ser la totalidad de una región o una parte de la misma que comparte condiciones y modo de vida comunes.
2. Las condiciones grupales específicas tales como la pertenencia a grupos marginales, minorías étnicas, etc.
3. Las condiciones individuales y del sistema de relaciones del sujeto.

La vulnerabilidad biopsicosocial del individuo ha sido estudiada intensamente en los últimos años desde diversos ángulos y por múltiples investigadores, aunque sin la conciencia de que se está investigando en esencia una misma cosa, lo que se debe a una aguda falta de pensamiento categorial que desafortunadamente predomina en la psicología.

Se pueden referir como aceptados generalmente los siguientes:

1. La presencia y calidad de grupos de apoyo del individuo. La persona de pocas amistades y carente de familiares que lo apoyen aunque sea emocionalmente sufre de una mayor morbilidad.
2. Personalidad del tipo A y del tipo B. Las personas con grandes afanes de logro, hostilidad latente, sentimiento de carencia de tiempo para lograr sus fines y demás componentes de la personalidad tipo A, tienen más riesgo de enfermar de cardiopatías.
3. Sucesos o "eventos" vitales. Las personas que han sufrido determinados sucesos en la vida tales como la pérdida de familiares queridos y otros, tienden a padecer de mayor número de enfermedades y problemas de salud, según las clásicas investigaciones de Holmes y Rahe.
4. Estilos de enfrentamiento. La persona puede enfrentar sus problemas con mayor o menor éxito en función del estilo que habitualmente adopte y esto, a su vez; está relacionado con la morbilidad.
5. Niveles de autocontrol. La personalidad puede enfrentar los problemas y controlar su propia conducta recurriendo a estereotipos codificados en la cultura a que pertenece o recurrir a recursos creativos más adaptables a medios complejos y cambiantes. Parece existir cierta relación entre la rigidez de las soluciones y ciertos tipos de enfermedades.
6. Autoaceptación de las propias potencialidades. La persona puede autoengañarse sistemáticamente en lo que respecta a su real nivel de realización y establecer un nivel de aspiración inadecuado al mismo y, en correspondencia, una conducta inadecuada. Existe cierta evidencia de que esto guarda relación con la hipertensión esencial.
7. Eficacia en la adaptación a las exigencias de la vida moderna. Determinado tipo de conductas se hacen imprescindibles para lograr el éxito en la sociedad contemporánea, sin las cuales se puede producir un desajuste importante de la persona.

8. Satisfacción con su vida actual. Un determinado nivel de satisfacción con la vida que se lleva parece ser uno de los mejores predictores de algunas enfermedades circulatorias.
9. Alexitimia. Aunque este concepto fue elaborado en la década de los setenta, en los últimos tiempos se ha ido acumulando una gran evidencia de que la capacidad de expresar verbalmente los estados de ánimo propios guarda una fuerte relación con determinados problemas de salud. No sería muy arriesgado afirmar que la alexitimia puede influir fuertemente en una futura reconceptualización de toda la medicina psicosomática.
10. Implicación-responsabilidad con las principales esferas de la vida (familia, trabajo, amistades y amores e ideas religiosas y filosóficas). Existe evidencia que la falta de implicación y de sentimiento de responsabilidad en tales esferas (que se ha denominado "sentido de la vida"), diferencia significativamente a los suicidas de las personas que no han atentado nunca contra su vida, según investigaciones muy serias (a pesar de que el tema parece algo de literatura, y es que así es la especificidad del ser humano). Esto permite la posibilidad de detectar los casos de alto riesgo para lograr una verdadera prevención. También se está trabajando en intervenciones específicas, basadas en la psicoterapia conductual, para las personas de alto riesgo de suicidio.
11. Control del destino o control del futuro. El grado en que la persona confíe en el éxito de su actividad futura en función del control que tiene sobre la misma, presenta una fuerte relación con la morbilidad, por lo que merece un análisis más detallado, razón por la cual fue dejada para lo último.

En los últimos años, algunos autores, con el apoyo de la división de Salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han venido desarrollando un enfoque que fundamenta una estrategia de intervención en edades tempranas con el objetivo de desarrollar la competencia en los niños y formar así adultos con una menor vulnerabilidad biopsicosocial.

La competencia se expresa en tres factores:

1. Competencia cognitiva

2. Competencia en las relaciones interpersonales

3. Competencia motivacional

La primera consiste en las habilidades psicomotrices adecuadas a la edad, el desarrollo del lenguaje, la memoria y la solución de problemas, la flexibilidad para el procesamiento de información y solución de dificultades, el control de la atención y un nivel adecuado de afán de conocimientos.

La segunda está constituida por la sensibilidad y la comprensión en las relaciones interpersonales, noción de la conducta adecuada en diferentes contextos y autorregulación de la conducta con control de las tendencias antisociales.

La tercera consta de un nivel adecuado de autovaloración y autorrespeto, valoración del yo como iniciador de las relaciones con el medio (foco de control centrado en la persona y no en fuerzas ciegas de orden externo) y el desarrollo de la propia motivación en la competencia personal.

4. El estrés biopsicosocial

Actualmente se reconoce en la literatura mundial al estrés biopsicosocial como factor predisponente, desencadenante o coadyuvante de múltiples enfermedades, sin embargo es el menos conocido y estudiado a pesar de que sus efectos sobre la salud pueden ser realmente serios.

Los médicos han reconocido desde hace tiempo que las personas son más proclives a enfermedades de todo tipo cuando están sometidas a un gran estrés. Los acontecimientos negativos, tales como la muerte de un ser querido, parecen causar el suficiente estrés como para reducir la resistencia del cuerpo a la enfermedad. Sin embargo, las circunstancias positivas, tales como un nuevo trabajo o el nacimiento de un bebé en casa, también pueden alterar la capacidad normal de una persona para resistir la enfermedad. Los sociólogos han

elaborado una lista de situaciones vitales y han calculado el relativo efecto del estrés en cada una de ellas.

Desde que Hans Seyle, médico canadiense y eminente autoridad en estrés, introdujo en el ámbito de la salud el término estrés, en 1926, este se ha convertido en uno de los más utilizados. Seyle definió el estrés como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor.

Seyle identificó tres etapas en la respuesta del estrés. En la primera etapa, alarma, el cuerpo reconoce el estrés y se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga. Las glándulas endocrinas liberan hormonas que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas y hacen más lenta la digestión. En la segunda etapa, resistencia, el cuerpo repara cualquier daño causado por la reacción de alarma. Sin embargo, si el estrés continúa, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños. Si continúa la resistencia se inicia la tercera etapa, agotamiento, cuya consecuencia puede ser una alteración producida por el estrés. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar en situaciones muy extremas incluso a la muerte.

La conceptualización actual del estrés psicológico desarrollada por Richard Lazarus y Susan Folkman (1984) está adscrita a un enfoque transaccional del comportamiento por el cual los cambios experimentados por los individuos deben ser interpretados según una estrecha relación entre la persona (física y psicológicamente) y el ambiente físico y social que le rodea. De este modo, el experimentar tensión no es únicamente producto de la ocurrencia de eventos externos o internos del sujeto, sino de la manera como este interprete dichos eventos.

Dentro de los factores personales que han mostrado estar muy relacionados con la aparición y mantenimiento del estrés se encuentran los estilos de afrontamiento, los patrones característicos del pensamiento, las creencias de control y autoeficacia, la fortaleza personal, los valores y las experiencias previas por mencionar los más importantes. Por otro

lado los factores ambientales se refieren al apoyo social percibido por el individuo y las características propias de los eventos externos como intensidad, duración y frecuencia, novedad y predictibilidad de los hechos.

La respuesta frente al trauma, a la agresión, comienza con una respuesta de stress en los términos clásicos (Selye) de temor y huida, temor y ataque. Es decir aparecen respuestas en el ámbito cognitivo que tienen un correlato en el estado de alerta incrementada y del "scanning" del medio. Esta información del medio, de la periferia es procesada en el ámbito amigdalino, que a su vez recibe y recaba información de la corteza de asociación en cuanto a la extensión e intensidad del peligro percibido. En este momento se elabora también sobre la base de la memoria, y de allí la importancia de la participación amigdalina, la intensidad y la calidad de la respuesta de temor. A su vez este carrefour, este circuito amigdalino, integra información que recibe desde el sistema autónomo neurovegetativo. La "startle reaction", la reacción de sobresalto frente al trauma, incrementa la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria etc., y esto a su vez pasa a informar sobre la importancia del cuadro. A su vez el sistema parasimpático regula hacia la baja funciones como las digestivas, y otras no inmediatamente necesarias. El hipotálamo segrega más factor liberador de corticotrofina (CRF), provocando el incremento a nivel hipotalámico de factores liberadores de adrenocorticotrofina (ACTH). Existe un aumento de la salida de cortisol a nivel suprarrenal, y esta es información con respecto a la posibilidad y el tiempo de vuelta a valores normales de cortisol. Una respuesta prolongada indicará algo que tendrá una elaboración cognitiva diferente, que si los valores vuelven rápidamente a la normal y esto será procesado en el ámbito amigdalino, con su circuito mnésico.

A las reacciones de stress patológico se las conoce dentro de la clasificación del DSM IV bajo dos cuadros predominantes: el síndrome de stress postraumático (PTSD) y el Stress agudo (ASD). Ambos cuadros representan una reacción de stress prologada y severa.

En 1934, Hans Selye enunció por primera vez el concepto de Estrés. Desde aquel momento hasta la fecha, la concepción acerca del mismo ha ido evolucionando. Hoy, podemos definir el estrés como "los procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan

cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas; y cuando el fracaso en lograrla tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto (...) El concepto moderno de estrés, entonces, refleja la interacción entre tres factores:

1. El entorno
2. La manera como la persona percibe el entorno (función de la personalidad, experiencias previas, etc.)
3. La percepción de los propios recursos de la persona para enfrentar las demandas del entorno (o Autoeficacia Percibida).” (Cazabat y Costa, 2000)

De acuerdo con Selye, esto provoca en el individuo dos tipos de respuesta: de afrontamiento o de huida (*fight or flight*, en inglés). Consecuentemente, el organismo se prepara para luchar o huir . Es así a que se produce un aumento del ritmo cardíaco, del ritmo respiratorio, de la presión sanguínea, se dilatan las pupilas, se tensan los músculos, se produce una vasoconstricción periférica, aumenta la glucemia, se libera adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, etc.

Algunos autores (Van Der Kolk, Herman) postulan un nuevo diagnóstico, conocido como TPET Complejo (Complex PTSD) o Trastorno por Estrés Extremo (DESNOS; Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) para los casos en que la situación traumática se haya producido repetidamente y a lo largo de mucho tiempo, de tal manera que la exposición prolongada al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo. Este es el caso de situaciones de abuso sexual prolongado, cautiverio, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, víctimas de la tortura, violencia doméstica, abuso físico y emocional, explotación sexual, etc.

Las situaciones descritas van mucho más allá de las consecuencias que puede tener un simple hecho traumático, ya que la degradación de la identidad y de su vida relacional provocan alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual, de la regulación afectiva, en la conciencia, la autopercepción, en la personalidad y la identidad.

5. El trauma biopsicosocial

Trauma, etimológicamente significa herida. En psicología se utiliza en concepto de trauma para referirse a una vivencia o experiencia que deja marcada a la persona, dejando en ella un residuo permanente. Si se utiliza el término trauma es porque se entiende que este residuo es negativo, que se trata de una herida, es decir, de una huella desfavorable para la vida de la persona. Una persona traumatizada es un herido, cualesquiera sean las causas y el tipo de lesión sufrida. Sin embargo, el trauma no es cualquier tipo de dolencia o trastorno comportamental, sino a aquellos problemas psíquicos originados por el impacto que una determinada experiencia brusca, que por lo general se presenta de forma imprevista y que, en todo caso, tiene un carácter patógeno, es decir, generador de un daño psíquico. Este daño o herida no es sólo orgánico, sino que puede ser simplemente funcional: no hay ningún órgano corporal afectado, pero la persona empieza a padecer trastornos en su funcionamiento normal, es su pensamiento o en sus sentimientos, en su conducta o en sus capacidades.

Freud establece que el trauma psíquico es la consecuencia de un gran evento traumático o de una secuencia temporal de traumas parciales de menor envergadura que han operado sobre el psiquismo del sujeto sobrepasando su barrera protectora. Por un lado, la atención está puesta en una cierta condición de sobrecarga energética impuesta, ya sea en forma inmediata o acumulativa, por ciertas experiencias negativas vividas por el sujeto, de forma que el hecho traumatizante interfiere abrupta o progresivamente sus procesos psíquicos. Por otro lado, el mecanismo por el cual el o los eventos desestabilizantes derivan propiamente en un trauma sería la alteración del llamado “principio de constancia” que a nivel intrapsíquico equilibraría esta carga energética para permitir el normal funcionamiento de los procesos mentales. La internalización de las energías provenientes de la relación del individuo con el exterior estaría regulada por una suerte de barrera protectora con el fin de balancear el flujo energético. Esta barrera estaría conformada por descargas emocionales periódicas. Esta explicación apunta hacia una concepción económica del psiquismo, fiel reflejo de la fuerte influencia de la física de la época en la teoría de Freud. En un momento

posterior, la barrera protectora utilizaría el recurso de los procesos asociativos a los que el individuo puede echar mano a la hora de internalizar los eventos potencialmente traumáticos, enfoque explicativo que configura ya una concepción dinámica del psiquismo, propia de los fundamentos más maduros y definitivos de la teoría freudiana. El trauma se establece como acontecimiento psíquico solo cuando la barrera protectora ha sido superada por la intensidad energética del evento y se ha roto el principio de constancia; recién bajo estas condiciones internas del psiquismo emergen las manifestaciones propias del trauma.

Mucho más adelante, en 1926 (en su trabajo “Inhibición , Síntoma y Angustia”), Freud profundiza en el evento traumático agregando nuevas y definitorias interpretaciones del funcionamiento psíquico. Esta vez se sitúa en las edades tempranas del sujeto identificado en las fases primigenias de su existencia la producción de experiencias asociadas a ciertas pérdidas y duelos producidos a consecuencia de quiebres y disoluciones vinculares del niño con las figuras emocionalmente significativas. Aquí se generan tempranamente ciertos patrones resolutivos del duelo; estos mecanismos de elaboración de las pérdidas pasarán a constituir de aquí en adelante un modelo distintivo de aproximación a los nuevos eventos traumáticos que se producirán en la vida futura del sujeto. Ahora el trauma psíquico nos develará de manera indirecta aspectos relativos a los traumas básicos de este individuo y también nos mostrará los dinamismos psíquicos que están en la base de sus procesos elaborativos y estilos defensivos. Esta nueva perspectiva de Freud resalta, además, el inmenso valor de la temporalidad en la génesis del trauma psíquico, entendida ésta como el continuum que va desde el nacimiento hasta el aquí y ahora del sujeto traumatizado.

Por otro lado, Bettelheim elabora sus discursos sobre el trauma impregnado de las vivencias de los campos de concentración. Su perspectiva está impregnada de una determinada y concreta referencia al marco histórico y sociopolítico en el que se desenvuelve su propia historia personal, el escenario bélico de mediados del siglo XX, la mayor catástrofe social que registra la humanidad.

El autor focaliza su análisis en la cualidad del evento traumático, aludiendo al hecho que este evento emerge y se explica desde el contexto sociopolítico, lo que le otorga calidad de acontecimiento radicalmente específico. El trauma del campo de concentración obedece a una lógica de confrontación de intereses políticos y económicos supranacionales que explican y le dan sentido profundamente humano (aunque horrorosamente deshumanizado) a la violencia allí practicada. Con Bettelheim la causalidad política del trauma se expresa descarnadamente en toda su trágica dimensión en cuanto a sus efectos devastadores en los sujetos individuales.

El evento traumático es descrito como una constante sucesión de hechos dolorosos destinados a producir la sensación de amenaza vital. El exterminio diario de personas crea un clima psicosocial que llama “situación límite” y que se caracteriza por la existencia de un escenario de extremo riesgo vital para todos los individuos. De este espacio no es posible hacer abandono, en su interior casi no existen posibilidades de respuestas defensivas o adaptativas. Alrededor de este escenario, el autor desarrolla el tema de la vivencia del tiempo como otro plano en el que se desenvuelve el sufrimiento humano; la temporalidad en el recinto carcelario aparece distorsionada severamente por las restricciones impuestas a las condiciones concretas de subsistencia, por la manipulación de los horarios, las privaciones sensoriales, etc., de forma tal que la relación del sujeto con el tiempo se torna incierta y desestructurante.

En tales condiciones la persistencia de la situación límite destruye todas las barreras psíquicas y desemboca en lo que Bettelheim llama un “estado de traumatización extrema”. Este estado ya no sólo hace mención a las particularidades psíquicas del trauma sino también a la involución física del individuo, de manera tal que la muerte no necesariamente viene a ser la resultante del accionar de la cámara de gas sino el epílogo obligado de un organismo que agoniza fisiológicamente.

Bettelheim nos aporta desde su perspectiva del trauma dos nuevos elementos: la particularización del evento traumático en su referencia al contexto histórico y la dimensión psicobiológica del daño.

También a partir de condiciones de guerra (la ocupación de Holanda por los Alemanes), Keilson se posiciona en el contexto político para definir las características que adquiere el evento traumático. Son las condiciones socio históricas concretas las que producen la descarga traumática sobre el sujeto; los conflictos políticos alrededor de la cuestión del poder se resuelven mediante la producción e implementación de estrategias de dominación por parte de las fuerzas hegemónicas. Estas estrategias, transformadas en políticas de Estado, se implementan al modo de procesos violentos que van modificándose periódicamente de acuerdo con los resultados prácticos de esa implementación. De esta forma, el tipo de recursos estratégico-tácticos del terrorismo estatal, sus objetivos particulares, la selección de grupos humanos focos de la acción represiva, la guerra psicológica, los métodos de tortura, el genocidio, etc., se van rediseñando dinámicamente, en consonancia con el mayor o menor éxito obtenido en la tarea de aplacar la respuesta social al poder establecido.

Analizando las cambiantes particularidades del proceso desencadenado con las violaciones sistemáticas al derecho a la vida en el transcurso del tiempo, Keilson identifica tres secuencias traumáticas, en directa alusión a la experiencia bélica estudiada por él. La primera de ellas expresa el impacto de la invasión militar y posterior ocupación del territorio; la segunda, los hechos de sangre, las masacres, persecuciones, deportaciones, destrucción de las familias, etc., llevadas a cabo durante el período de dominación; y la tercera, se sitúa en las consecuencias psicosociales de la posguerra. El evento traumático queda ahora transformado en una situación estructural de violencia global permanente en la cual ya no es posible reconocer la existencia de eventos particulares que trasciendan en tanto tales con una cierta significación que no sea la de “abonarse” al contexto horrorizante. Las secuencias propuestas por Keilson tienen el valor de identificar momentos históricos en los cuales se produce cambios en el nivel sociopolítico en las estrategias represivas, y los consiguientes ajustes cualitativos en las respuestas psicosociales al trauma colectivo.

El autor aporta el concepto de “situación traumática extrema” para identificar la condición psicopatogénica que afecta a la población en cada secuencia. El trauma se

desarrolla como un estrés continuo, de intensidad extrema, debido a la permanente situación de amenaza vital que impera en el tejido social. En estas condiciones los trastornos psicológicos individuales pueden potencialmente cronificarse y también proyectarse como daño transgeneracional a la descendencia. El hecho que la experiencia traumática siga operando una vez concluidos los eventos represivos, por muchos años en la conciencia espontánea y en el inconsciente colectivo, es la base de su transferencia a las nuevas generaciones. Los aportes teóricos de Keilson se refieren al análisis de la causalidad socio histórica del trauma y su contribución a la caracterización del trauma psíquico como un fenómeno procesual, reconocible en sus secuencias pero, a la vez, indeterminable en su finitud.

El psicólogo social iberoamericano Ignacio Martín-Baró apunta a el concepto de trauma psicosocial:

“Aquí se utiliza el término nada usual de trauma psicosocial para enfatizar el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada por la vivencia prolongada de una guerra. Con ello no se quiere decir que se produzca algún efecto uniforme o común a toda la población o que de la experiencia de la guerra pueda presumirse algún impacto en las personas; precisamente si se habla del carácter dialéctico del trauma psicosocial es para subrayar que la herida o afectación dependerá de la peculiar vivencia de cada individuo, vivencia condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto así como por otras características de su personalidad y experiencia.

“Pero al hablar de trauma psicosocial se quieren subrayar también otros dos aspectos, que con frecuencia tienden a olvidarse: a) que la herida que afecta a las personas ha sido producida socialmente, es decir, que sus raíces no se encuentran en el individuo, sino en su sociedad, y b) que su misma naturaleza se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad, a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e incluso individuales. Lo cual tiene obvias e

importantes consecuencias a la hora de determinar qué debe hacerse para superar estos traumas.

Su planteamiento conserva una visión procesual de la experiencia traumática y reconoce también la existencia de ciertas etapas en este proceso. Con la propuesta de Martín-Baró el evento traumático es categorizado sólidamente como un hecho socio histórico que reconoce en su génesis un rol determinante de las relaciones sociales, específicamente aquellas que surgen desde la formación económico social propia de la sociedad concreta en la que se produce el drama social. Producto de ello es que el trauma es necesariamente un proceso en el tiempo, que afecta globalmente a toda la sociedad pero de manera diferenciada de acuerdo a los grupos y clases sociales en pugna, de manera tal que es posible advertir formas específicas del daño en correspondencia con esa pertenencia social. Esto último da origen a una psicología social diversificada y no uniforme para todo el cuerpo social.

En relación al sujeto traumado, el autor lo identifica en la dialéctica sujeto individual-sujeto social. No es posible reducir la relación entre evento traumático y persona afectada a una figura diádica en la que un individuo aislado sufre los efectos de un hecho perturbador para su vida psíquica, el cual tiene un significado sólo para sí mismo. Reconociendo la singularidad de esta experiencia, en tanto vivencia propia e irrepetible del sujeto individual, Martín-Baró la destaca más bien en tanto experiencia social, es decir, como acontecimiento abarcativo de toda la subjetividad. El evento traumático encuentra únicamente en el nivel del trauma colectivo su explicación plena, en cuanto recurso de dominación y exterminio social con el fin de afirmar un determinado modelo de sociedad (es decir, en su condición de método y técnica de control social) y en cuanto proceso específico de disrupción del psiquismo humano que extiende sus mecanismos internos más allá de la mente de individuos aislados, que se configura en toda su dimensión fenoménica cuando materializa sus efectos en sus consecuencias psicosociales. De aquí que el trauma psíquico del que hemos estado hablando pese a llamarse, a sugerencia de Martín-Baró, trauma psicosocial.

Otro importante aporte a la teoría del trauma es su visión de la dinámica trauma-sujeto. A diferencia del lo revisado hasta ahora, para el autor esta relación no es pasiva, en el sentido de un cierto mecanicismo en la forma en que el sujeto vivencia la experiencia traumática: un agente externo impacta su psiquismo produciendo determinados efectos que son procesados internamente por el afectado, cerrándose allí el proceso. Se trata no de individuos asociales, que viven el drama de la violencia en una suerte de soledad autista de su campo intra psíquico, sino de grupos o colectivos humanos en los que es posible reconocer puentes interconectores entre sus propias vivencias. Cada sujeto elabora (de modo peculiar, pero siempre socialmente) la experiencia traumática al interior de sus contextos resocializadores (familia, comunidad, organizaciones sociales, partidos políticos, etc.), ya sea consciente o inconscientemente, produciendo asignaciones de causalidades, cosmovisiones, pautas sociales de conducta, estilos de respuestas adaptativos, explicaciones político-ideológicas, etc. que definen, finalmente, ciertas formas de conducta social. Esta conducta revierte hacia el contexto y hacia los propios eventos traumáticos, ya sea potenciando la situación preexistente o generando un campo de potencialidades para el cambio de la misma. Así, con Martín-Baró el trauma pasa a ser visto como causa y también como efecto de la dinámica social.

Finalmente, consecuente con su visión histórica, el autor expresa su convicción que el trauma se explica mucho mejor y más en su esencia cuando lo analizamos desde la perspectiva de los fenómenos psicosociales y sociopolíticos; la causalidad estructural de la violencia política posiciona esta problemática mucho más allá de la práctica biomédica, psiquiátrica y psicológica, de manera que una resolución verdadera del trauma psicosocial se producirá solo en los marcos de las relaciones sociales.

6. Integración teórica: perspectiva histórico-psicosocial

Siguiendo a Carlos Madariaga, el marco teórico que asumimos integra, desde una perspectiva biopsicosocial, cuatro componentes fundamentales: a) la vulnerabilidad pre-traumática, b) la relación del sujeto con la tortura, c) la estructura formal del acto de tortura, y d) la evidencia psicológica de la tortura. Estos cuatro componentes del análisis teórico

son fundamentales para la evaluación psicológica de la evidencia de la tortura que será utilizada en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Hemos denominado a esta integración teórica como “perspectiva histórico-psicosocial”, puesto que toma en consideración:

- Los procesos fisiológicos, psicológicos y sociales del sujeto.
- Los procesos históricos y sociales del contexto.
- La historia previa del sujeto.
- La relación del sujeto con la tortura.
- La naturaleza de la tortura en sus aspectos temporales, de intensidad, especificidad y cualitativos.
- Las manifestaciones concretas de la tortura en el sujeto individual-social y su contexto.

6.1. La vulnerabilidad pre-traumática

Como apuntaba Martín-Baró, la tortura y su impacto no pueden ser estudiadas como un fenómeno orgánico, de relación causa-efecto, donde el sujeto, o desaparece, o es un sujeto ahistórico. Sino que, más bien, el estudio de la tortura, y más aún, la evaluación psicológica de las secuelas de la tortura, debe de ubicar al sujeto en tanto ser histórico, con biografía, en sus condiciones sociohistóricas en las cuales se desarrolló, los traumas previos, el estilo de vida, los datos clínicos, etc.

Desde nuestra perspectiva histórica-psicosocial, estas características del sujeto en tanto ser histórico, serán analizadas desde la óptica de la vulnerabilidad biopsicosocial. Como ya lo hemos expuesto, la vulnerabilidad biopsicosocial hace referencia a la condición que modula la probabilidad de sufrir algún malestar psicofisiológico, en relación con: a) las condiciones macrosociales, b) las condiciones grupales específicas, y c) las condiciones individuales y de relaciones.

La vulnerabilidad biopsicosocial asociada a la evaluación psicológica de la evidencia de la tortura supone la variabilidad del impacto de esta con relación a la historia previa del sujeto, la interpretación del hecho y su relación con el medio ambiente. Esta variabilidad del impacto implica la diferenciación de las secuelas de un sujeto a otro.

Es así que la tortura y sus secuelas no se manifiestan uniformemente en todos los sujetos, sino que esto tendrá su unicidad en relación a la historia personal de cada persona. Sin embargo, lo que también supone la vulnerabilidad psicosocial pre-traumática, es el nivel de riesgo que tiene una persona para poder afrontar adaptativamente un evento traumático, y sólo en este sentido es posible entender y dar cuenta del tipo de reacciones y relaciones que establece el sujeto con respecto a la tortura. Este elemento eminentemente subjetivo es el que se encuentra detrás de las manifestaciones objetivas de la tortura, en este caso, de las reacciones de estrés psicofisiológico pos-traumáticas.

Indagar en la historia del sujeto y determinar el nivel de vulnerabilidad previo al hecho traumático, representa un dato de suma importancia para evaluar las secuelas psicológicas de la tortura.

6.2. La relación del sujeto con la tortura

La dinámica tortura-sujeto, es otro de los ejes importantes en la evaluación psicológica de las secuelas de la tortura. La relación sujeto-tortura no es pasiva, cada sujeto elabora la experiencia traumática de acuerdo a sus grupos de pertenencia, normas y valores, ideología, contexto inmediato, relaciones sociales, imaginarios, etc., todo lo cual genera diferentes estilos de respuestas y reacciones ante el hecho traumático. Para la comprensión de las respuestas pos-traumáticas en cuanto a la relación del sujeto con la tortura, resulta relevante tener en cuenta tres factores: la distancia del estresor, su frecuencia y el contexto.

En este constitutivo, el testimonio del sujeto con relación a los hechos experimentados son de fundamental importancia. Si bien, el testimonio puede cumplir una función psicológica, en el sentido de que para muchas personas es la primera oportunidad

de narrar lo vivido, su objetivo fundamental es más bien de carácter jurídico, ya que a partir de este se asientan los hechos que se aseveran como violaciones a los derechos humanos. Para nuestro propósito, el testimonio lleva consigo un tratamiento no solamente descriptivo de los hechos, sino el tipo y la intensidad de la relación que estableció el sujeto con estos hechos.

Para la evaluación de esta relación son importantes los conocimientos en el campo de los derechos humanos (inventarios de tipo de actos violatorios), la historia (transición a la democracia, dictaduras, etc.), el contexto inmediato (impunidad, estado de sitio, violencia urbana), la coyuntura (movimientos de protesta, crisis económica, ingobernabilidad política, impunidad, etc.), las reacciones psicológicas típicas ante este tipo de situaciones (comportamientos adaptativos, reacciones psicofisiológicas, etc.), la historia inmediata del sujeto (actividad política, vínculos, etc.).

El testimonio, entonces, es un método de evaluación psicológica del sujeto con relación a la tortura; su percepción, el recuerdo, los sentimientos y emociones asociados, las reacciones de tipo fisiológico, la cognición, etc.

6.3. La estructura formal del acto de tortura

El acto de tortura merece una consideración aparte. Como hemos visto, la tortura es un tipo de violencia que tiene sus objetivos, métodos, técnicas, ámbitos, racionalidad, temporalidad, modalidad e intencionalidad, muy bien definidos. Por lo que la naturaleza y singularidad de la tortura determinará, tanto el tipo de relación con el sujeto, como el impacto psicológico en el mismo.

En este sentido, la tortura no tiene el mismo impacto psicológico a manos de un agente paramilitar, en una cárcel clandestina, que tiene como objetivo la obtención de información, y que es ejecutada durante dos días seguidos, a el impacto psicológico a manos de un militar, en una celda de un cuartel, que tiene como objetivo la destrucción de la personalidad y la obtención de información, y que es ejecutada durante un mes.

Evidentemente que el daño es distinto. Por el momento la indagación sobre la tortura en cuanto acto y su naturaleza y estructura interna, será el principal objetivo de este constitutivo.

Por otro lado, la descripción del acto de tortura se tendrá que comparar con la definición expuesta en la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, y es en este sentido donde el psicólogo perito, a partir de las indagaciones, podrá proporcionar más elementos para poder sostener o descartar este tipo de aseveraciones.

6.4. La evidencia psicológica de la tortura

La evaluación psicológica de las secuelas de la tortura, únicamente tendrá sentido en relación con los componentes previamente descritos. De acuerdo a la definición proporcionada por la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, esta menciona cuatro conceptos que pueden asociarse a una conceptualización de carácter psicosocial: penas, sufrimientos físicos o mentales, dolor físico, y angustia psíquica. Para tal efecto hemos propuesto dos elementos a evaluar dentro de este componente; el trauma y el estrés. Es importante aclarar que no estamos evaluando la tortura, en tanto acto, puesto que este ya sucedió (temporalmente), sino que nuestra evaluación, en tanto investigación ex post facto, se centra en la persona. Por eso hablamos de impacto, evidencia o secuelas.

Como ya hemos mencionado, una aproximación psicopatológica al sujeto en cuestión, estaría ocultando la génesis y naturaleza socio-histórica de la tortura. Por eso, si bien la nosografía psiquiátrica es de suma importancia en la descripción de los síntomas y síndromes, esta no debe identificarse con el sobreviviente, sino con el acto de tortura, el cual, en todo caso, vendría siendo el agente patógeno.

En este momento vale la pena señalar algunas críticas realizadas a la teoría y metodología seguida para determinar el Síndrome de Estrés Pos-Traumático descrito en el DSM-IV, el cuál ha sido utilizado ampliamente en el trabajo de documentación psicológica de la tortura:

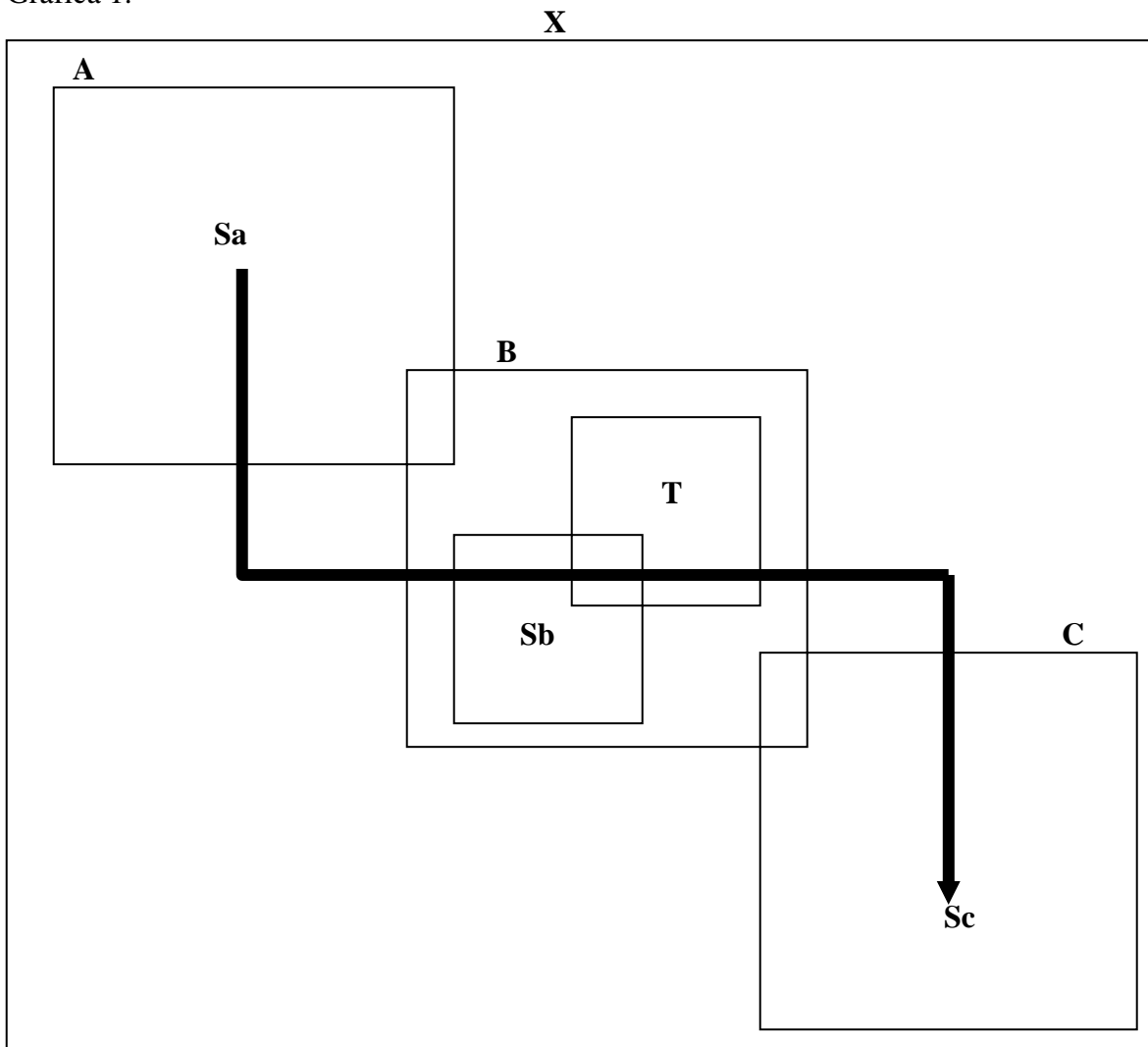
1. Sobre la temporalidad pre-traumática. El DSM-IV no establece indicaciones específicas respecto de la historia previa, tanto de la propia historia del sujeto como de aquella otra, de carácter general, en la que adquiere sentido la anterior. La ausencia de preocupación por la caracterización de este escenario histórico lleva inevitablemente a una sobre simplificación de la situación traumática; ello permite imaginar, por ejemplo, un acto de tortura, como emergiendo en el campo vivencial del sujeto cual hecho aislado que se presenta sorpresivamente, sin conexión alguna con los procesos sociales que le dan coherencia y racionalidad. Desde tal perspectiva resulta entendible que la tortura sea puesta en un mismo plano causal que un terremoto o un accidente de tránsito.
2. Sobre el sujeto. El Trastorno por Estrés Pos-Traumático identifica un sujeto ahistórico. El torturado aparece inserto en la experiencia represiva como una persona descontextualizada de todos sus campos relacionales. Del mismo modo, no aparece una preocupación específica por los vínculos relacionales con las redes sociales secundarias con las cuales esta persona ha organizado su vida social.
3. Sobre el evento traumático. El TPET propone como evento traumático un acontecimiento inespecífico, para lo cual abstrae su cualidad. El único requisito que valida en la cuantificación de la descarga energética, es decir, el evento debe ser capaz de producir una intensa reacción psicoemocional. La diferencia más radical entre el trauma producido por violaciones al derecho a la vida y todos los demás es, precisamente, que es producido y accionado voluntariamente por fuerzas organizadas que aplican sobre la sociedad en su conjunto una técnica de conculcación de la voluntad, científicamente respaldada. El manual separa mecánicamente un antes y un después del evento traumático. Postula la idea de un evento único que desencadena determinados procesos psíquicos una vez producido.
4. Sobre el trastorno propiamente. El trastorno definido por el manual reduce el daño a una acotada constelación de síntomas, cuya presencia se constituye en exigencia

diagnóstica. El hallazgo de los síntomas define la existencia del trastorno en el cual ha quedado inequívocamente descrito, de forma que es siempre el mismo y para todos los individuos que lo padecen. El variable impacto biopsicosocial que produce la tortura en las personas, no alcanza a ser reflejado en la serie de síntomas propuestos. Los ejes II, III y IV del manual, que permiten registrar otros hechos como la personalidad del sujeto, la existencia de enfermedades físicas y eventos psicosociles estresantes, no alcanzan a develar sus relaciones interdependientes ni sus vinculaciones causales, solo se limitan a captar hechos aislados.

Dado lo anterior, creemos que este modelo es insuficiente para dar cuenta de la complejidad, tanto individual como social, del impacto de la tortura en el ser humano. Sin dudar de su naturaleza noseográfica dentro de la psiquiatría, este modelo tiene que ser asumido en su justa dimensión y no como la única categoría nosológica para la investigación psicológica de la tortura.

En este componente de la evaluación psicológica es importante diferenciar algunos conceptos y ubicarlos en su alcance, naturaleza y temporalidad, ya que esto nos ayudara a identificar temporalmente el proceso del trauma y las reacciones fisiológicas del estrés asociadas a la tortura.

Gráfica 1.



X: Macro Contexto Histórico; **A:** Micro Sistema Pre-Traumático; **Sa:** Sujeto en el Sistema; **B:** Micro Sistema Extra-Ordinario; **Sb:** Sujeto en el Sistema; **T:** Tortura; **C:** Micro Sistema Pos-Tortura; **Sc:** Sujeto en el Sistema

El proceso que el sujeto transcurre en la experiencia de tortura se encuentra expuesto en la Gráfica 1. En esta gráfica hemos simplificado el proceso estructurándolo con ocho componentes.

1. El Macro Contexto Histórico (X) es el marco histórico donde se desarrolla el sujeto. Este marco histórico es cambiante, y en el se encuentran todos los elementos estructurales, como los modelos económicos (capitalismo, subdesarrollo, etc.), el

sistema político (cultura política, procesos electorales, transición democrática, dictaduras, etc.), los acontecimientos históricos (guerras, conflictos, etc.), la cultura (multiétnico, machismo, diversidad, etc.) y otros elementos propios de los pueblos y naciones.

2. En el Micro Sistema Pre-Traumático (A) se incluyen las condiciones históricas, conyunturales, materiales, sociales y políticas que determinaron el desarrollo del sujeto antes del evento traumático.
3. El Sujeto en el Sistema (Sa) es el sujeto en el Sistema Pre-Traumático (A). Su historia personal, las relaciones sociales, familiares y grupales, la existencia de traumas previos, estilo de vida, enfermedades físicas y mentales, trabajo, desarrollo psicomotor, dolencias, participación sociopolítica, etc.
4. En el Micro Sistema Extra-Ordinario (B) se incluyen todas las circunstancias que rodearon el acto de tortura y otras violaciones a los derechos humanos, como: detenciones ilegales, coyuntura política, sistema legal, actores sociales, condiciones materiales de la detención, etc.
5. El Sujeto en el Sistema (Sb) es la persona que se encuentra en el Micro Sistema Extra-Ordinario (B). Se refiere a las relaciones que el sujeto establece en esos momentos, tanto con el contexto, los actores y los hechos, así como las reacciones y comportamientos desarrollados en el transcurso de los acontecimientos. Lo anterior estará determinado por la naturaleza, intensidad y exposición al evento traumático (tortura y otras violaciones a los derechos humanos).
6. La Tortura (T) es el evento traumático. La Tortura no se refiere únicamente a un hecho, sino al conjunto de acontecimientos asociados a las violaciones a los derechos humanos. La Tortura se configurara de acuerdo al Macro Contexto Histórico (X), el Micro Sistema Extra-Ordinario (B) y la relación con el Sujeto en el Sistema (Sb).

7. En el Micro Sistema Pos-Traumático (C) se incluyen todos aquellos sucesos, condiciones materiales y procesos coyunturales que rodean al sujeto en el momento de la documentación. Se debe de tomar en cuenta si la persona se encuentra aún expuesta a eventos traumáticos y estresantes, si se encuentra recluido, en libertad, refugiado o en exilio, si mantiene relaciones con redes de apoyo comunitarias, etc.

8. El Sujeto en el Sistema (Sc) es la persona que se encuentra en el Micro Sistema Pos-Traumático (C), donde la documentación se centrará en los procesos desencadenados por el evento traumático (aunque este aún se encuentre presente en el contexto inmediato), las secuelas, el impacto, etc.

Evento traumático.

Reacciones estresoras al evento traumático.

Proceso traumático.

Reacciones estresoras al proceso traumático.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este componente, es como se podrán cruzar diferentes datos para su posterior interpretación y determinación de los síntomas, síndromes y alteraciones psicosociales en el sujeto. Para tal efecto resulta de suma importancia el reconocimiento de los patrones de adaptación, los síntomas, síndromes y alteraciones típicos asociados a este tipo de experiencias por las diferentes ramas de la salud mental y las ciencias sociales.

**III. PROTOCOLO PARA LA
DOCUMENTACIÓN PSICOSOCIAL
DE LA TORTURA**

1. Disposiciones Generales

1.1.Exposición de Motivos

El Protocolo para la Documentación Psicosocial de la Tortura en el Marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (PDPT-SIDH) es una herramienta para la realización de peritajes psicosociales con presuntas víctimas de la tortura, con pertinencia jurídica dentro de la competencia de carácter jurisdiccional de la Corte Interamericana de Derechos Humanos para resolver las controversias que se le planteen sobre la responsabilidad de los Estados en la violación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura.

El PDPT-SIDH representa un aporte técnico, tanto para la causa de los derechos humanos, para los familiares y sobrevivientes de la tortura, como para la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ya que se integra dentro de los múltiples esfuerzos de lucha contra la tortura. En este sentido, el PDPT-SIDH se concretiza como un coadyuvante técnico en la aportación de pruebas periciales que evidencien las secuelas de la tortura en los sobrevivientes de ésta, así como en la determinación del daño causado para su reparación.

De acuerdo a los avances y desarrollos de las ciencias, estas pueden ir realizando aportes significativos en el campo de la justicia y los derechos humanos, en este caso, la conjunción de varias disciplinas del ámbito de la salud mental, han contribuido en el diseño del PDPT-SIDH; la Psicología Forense, la Psicología Social Jurídica, la Victimología, la Psicología Social de los Derechos Humanos, y otras, han sido los modelos teóricos y operativos que se encuentran detrás de este Protocolo.

Por otro lado, el deber ético y moral que tienen los profesionales de la salud mental para con el respeto y la promoción de los derechos humanos, debe ser traducido en acciones, que desde las distintas disciplinas, aporten elementos que contribuyan en las diferentes fases de la lucha contra la tortura. Por eso, el PDPT-SIDH no es un técnica

neutral, sino que su fin último se cristaliza en una de las fases de lucha contra la tortura; la lucha contra la impunidad y el acceso a la justicia por parte de las víctimas de los crímenes de lesa humanidad.

Es indudable el papel tan importante de los profesionales de la salud en la prevención y documentación de las violaciones a los derechos humanos, el cual se encuentra implícito en los distintos códigos de ética profesional. Si bien existen motivos por los cuales muchos profesionales de la salud no sacan a la luz de forma efectiva las violaciones a los derechos humanos, como pueden ser la falta de independencia, una formación profesional inadecuada, presiones económicas, físicas y psicológicas, la comprensión inadecuada de la ética médica, etc., tanto las instancias intergubernamentales internacionales, los gobiernos nacionales, y las asociaciones profesionales, tienen un cometido de suma importancia en la salvaguarda de los derechos humanos y en la protección legal, física y psicológica de los profesionales de la salud que siguiendo un mandato ético, denuncian y documentan la tortura y otras violaciones a los derechos humanos en contextos amenazadores.

En la actualidad es reconocido internacionalmente el rol central que tiene la documentación psicológica de la tortura, puesto que esta última se ha ido sofisticando hasta el punto de hacer casi imposible la detección de lesiones físicas. Sin embargo, los avances hasta ahora logrados en la investigación de las secuelas psicológicas de la tortura ha permitido incorporar técnicas y procedimientos que puedan dar cuenta de esta a través de peritajes especializados en la materia. Sin lugar a dudas el PDPT-SIDH es una muestra de estas posibilidades técnico-metodológicas en la incipiente relación de la salud mental con el ámbito legal de los derechos humanos a nivel internacional.

1.2.Marco Jurídico

El PDPT-SIDH se encuentra inscrito dentro del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, especialmente en el denominado Sistema Interamericano de los Derechos Humanos. La Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre, la Convención

Americana sobre Derechos Humanos, la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura, así como los estatutos y reglamentos de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, son el marco jurídico internacional dentro del cual el PDPT-SIDH tiene su rango de aplicación y pertinencia.

De igual forma, existen otros instrumentos internacionales que abordan el problema de la tortura en particular, y el de los derechos humanos en general, los cuales sirven de guía moral y técnica para el desempeño óptimo en la aplicación del PDPT-SIDH, estos son: la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Declaración sobre los principios fundamentales de Justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder, el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, los Principios Relativos a la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. En el ámbito propiamente técnico merece mención especial el Manual on the Effective Prevention and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, conocido como el Protocolo de Estambul (The Istanbul Protocol).

1.3.Marco Teórico

El PDPT-SIDH cuenta con un marco teórico simple que se ha denominado como la Perspectiva Histórico Psicosocial sobre la Tortura, la cual, más allá de construir otro modelo de explicación y abordaje a los ya existentes, más bien incluye los distintos avances de las perspectivas, niveles y modelos de aproximación dentro del ámbito de la salud mental. En este sentido, se incluyen marcos nosográficos como los del DSM-IV de la American Psychiatric Association y el ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud, a la par que se integra la experiencia metodológica y los aportes teóricos realizado en las américas; los aportes desde la psiquiatría social, la psicología social, la salud mental comunitaria, y otros, que han sido desarrollados en Chile, Argentina, El Salvador,

Honduras, Guatemala, México y Estados Unidos desde la década de los 70 hasta la actualidad (2003).

En el ámbito propiamente teórico, se integran tres marcos conceptuales; la vulnerabilidad biopsicosocial, el estrés biopsicosocial y el trauma biopsicosocial, los cuales se interrelacionan con cuatro elementos a evaluar; la vulnerabilidad pre-traumática, la relación del sujeto con la tortura, la estructura formal del acto de tortura, y la evidencia psicológica de la tortura. Todo lo anterior asumiendo una perspectiva eminentemente biopsicosocial en todos sus niveles (fisiológico, intrapsíquico, comportamental, relacional, grupal, contextual e histórico), pero con una única unidad de análisis; el sujeto víctima-sobreviviente de la tortura.

1.4. El sujeto del peritaje

El sujeto del peritaje se encuentra dentro de la tipología de personas que ocupan el lugar de víctimas y testigos de violaciones a los derechos humanos, especialmente del referido por la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura, como víctimas de la tortura.

Para los propósitos del PDPT-SIDH es menester advertir sobre los alcances y limitaciones técnicas de su aplicabilidad en relación a los sujetos:

1. El PDPT-SIDH es aplicable a personas mayores de dieciocho años, independientemente del género, la clase social y otras variables políticas, sociales y culturales.
2. El PDPT-SIDH no documenta el tipo de tortura de carácter sexual.
3. El PDPT-SIDH puede ser aplicable a personas en contextos de encierro, desplazamiento y libertad.
4. El PDPT-SIDH es flexible y debe ser adaptado a las circunstancias y características de las personas a evaluar, ya sean por cuestiones de idioma, raza, cultura, género, clase, etnia, condición jurídica, creencias religiosas, u otra variables que puedan alterar los resultados e impresiones clínicas sobre las secuelas y el impacto de la tortura.

1.5. El Proceso de la Entrevista

Se reconoce a la entrevista clínica como la mejor técnica de investigación para la evaluación y documentación de la salud mental con víctimas-sobrevivientes de la tortura. Ésta se debe traducir en un informe o una opinión experta en la materia. De acuerdo con el Protocolo de Estambul, con las siguientes finalidades:

- 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;
- e) 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:

1. Evaluar posibles lesiones y abusos, incluso en ausencia de acusaciones concretas del sujeto, o de los funcionarios de aplicación de la ley o judiciales;
2. Documentar los signos físicos y psicológicos de lesión y abuso;
3. Correlacionar el grado de coherencia entre los signos hallados en el examen y las alegaciones concretas de abuso formuladas por el paciente;

4. 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;
5. 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 audiciones sobre demanda de asilo, juicios penales y procedimientos civiles;
6. Utilizar la información obtenida de forma adecuada para dar a conocer mejor la tortura y documentarla más a fondo.

De acuerdo con estos objetivos, el desarrollo de la entrevista, de acuerdo con nuestro PDPT-SIDH, cuenta con cuatro etapas de evaluación y documentación. A continuación describimos los objetivos y contenidos de cada una de las etapas de forma cronológica. Cabe mencionar que la cronología de las etapas puede variar de acuerdo a las circunstancias en las cuales se encuentre la víctima-sobreviviente, por lo que se tendrán que adaptar o conjugar sin perder de vista los objetivos metodológicos.

a. Evaluación de la Vulnerabilidad Pre-Traumática

La evaluación de la vulnerabilidad biopsicosocial previa al hecho traumático de la tortura, hace referencia a las condiciones que modulan la probabilidad de sufrir algún malestar psicofisiológico, en relación con:

- a) las condiciones macrosociales;
- b) las condiciones grupales específicas; y
- c) las condiciones individuales y de relaciones

La vulnerabilidad biopsicosocial asociada a la evaluación psicológica de la evidencia de la tortura supone la variabilidad del impacto de esta con relación a la historia previa del sujeto, la interpretación del hecho y su relación con el medio ambiente. Esta variabilidad del impacto implica la diferenciación de las secuelas de un sujeto a otro.

Es así que la tortura y sus secuelas no se manifiestan uniformemente en todos los sujetos, sino que esto tendrá su unicidad en relación a la historia personal de cada persona. Sin embargo, lo que también supone la vulnerabilidad biopsicosocial pre-traumática, es el nivel de riesgo que tiene una persona para poder afrontar adaptativamente un evento traumático, y sólo en este sentido es posible entender y dar cuenta del tipo de reacciones y relaciones que establece el sujeto con respecto a la tortura. Este elemento eminentemente subjetivo es el que se encuentra detrás de las manifestaciones objetivas de la tortura, en este caso, de las reacciones de estrés psicofisiológico pos-traumáticas.

Indagar en la historia del sujeto y determinar el nivel de vulnerabilidad previo al hecho traumático, representa un dato de suma importancia para evaluar las secuelas psicológicas de la tortura.

b. Evaluación de la Reacción Traumática del Sujeto a la Tortura

La dinámica tortura-sujeto, es otro de los ejes importantes en la evaluación psicológica de las secuelas de la tortura. La relación sujeto-tortura no es pasiva, cada sujeto elabora la experiencia traumática de acuerdo a sus grupos de pertenencia, normas y valores, ideología, contexto inmediato, relaciones sociales, imaginarios, etc., todo lo cual genera diferentes estilos de respuestas y reacciones ante el hecho traumático. Para la comprensión de las respuestas pos-traumáticas en cuanto a la relación del sujeto con la tortura, resulta relevante tener en cuenta tres factores: la distancia del estresor, su frecuencia y el contexto.

En este constitutivo, el testimonio del sujeto con relación a los hechos experimentados son de fundamental importancia. Si bien, el testimonio puede cumplir una función psicológica, en el sentido de que para muchas personas es la primera oportunidad de narrar lo vivido, su objetivo fundamental es más bien de carácter jurídico, ya que a partir de este se asientan los hechos que se aseveran como violaciones a los derechos humanos. Para nuestro propósito, el testimonio lleva consigo un tratamiento no solamente descriptivo de los hechos, sino el tipo y la intensidad de la relación que estableció el sujeto con estos hechos.

Para la evaluación de esta relación son importantes los conocimientos en el campo de los derechos humanos (inventarios de tipo de actos violatorios), la historia (transición a la democracia, dictaduras, etc.), el contexto inmediato (impunidad, estado de sitio, violencia urbana), la coyuntura (movimientos de protesta, crisis económica, ingobernabilidad política, impunidad, etc.), las reacciones psicológicas típicas ante este tipo de situaciones (comportamientos adaptativos, reacciones psicofisiológicas, etc.), la historia inmediata del sujeto (actividad política, vínculos, etc.).

El testimonio, entonces, es un método de evaluación psicológica del sujeto con relación a la tortura; su percepción, el recuerdo, los sentimientos y emociones asociados, las reacciones de tipo fisiológico, la cognición, etc.

c. Documentación de la Estructura Formal del Acto de Tortura

El acto de tortura merece una consideración aparte. Como hemos visto, la tortura es un tipo de violencia que tiene sus objetivos, métodos, técnicas, ámbitos, racionalidad, temporalidad, modalidad e intencionalidad, muy bien definidos. Por lo que la naturaleza y singularidad de la tortura determinará, tanto el tipo de relación con el sujeto, como el impacto psicológico en el mismo.

En este sentido, la tortura no tiene el mismo impacto psicológico a manos de un agente paramilitar, en una cárcel clandestina, que tiene como objetivo la obtención de información, y que es ejecutada durante dos días seguidos, a el impacto psicológico a manos de un militar, en una celda de un cuartel, que tiene como objetivo la destrucción de la personalidad y la obtención de información, y que es ejecutada durante un mes. Evidentemente que el daño es distinto. Por el momento la indagación sobre la tortura en cuanto acto y su naturaleza y estructura interna, será el principal objetivo de este constitutivo, por lo que es conveniente explorar los siguientes indicadores:

a) Resumen de detención y abuso;

- b) Circunstancias de la detención;
- c) Lugar y condiciones de la detención;
- d) Métodos de tortura y malos tratos.

Por otro lado, la descripción del acto de tortura se tendrá que comparar con la definición expuesta en la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, y es en este sentido donde el psicólogo perito, a partir de las indagaciones, podrá proporcionar más elementos para poder sostener o descartar este tipo de aseveraciones.

d. Evaluación de la Evidencia Psicosocial de la Tortura

La evaluación psicológica de las secuelas de la tortura, únicamente tendrá sentido en relación con los componentes previamente descritos. De acuerdo a la definición proporcionada por la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, esta menciona cuatro conceptos que pueden asociarse a una conceptualización de carácter psicosocial: penas, sufrimientos físicos o mentales, dolor físico, y angustia psíquica. Para tal efecto hemos propuesto dos elementos a evaluar dentro de este componente; el trauma y el estrés. Es importante aclarar que no estamos evaluando la tortura, en tanto acto, puesto que este ya sucedió (temporalmente), sino que nuestra evaluación, en tanto investigación ex post facto, se centra en la persona. Por eso hablamos de impacto, evidencia o secuelas, las cuales debemos de relacionar con las aseveraciones de tortura de las víctima-sobreviviente.

Como ya hemos mencionado, una aproximación psicopatológica al sujeto en cuestión, estaría ocultando la génesis y naturaleza socio-histórica de la tortura. Por eso, si bien la nosografía psiquiátrica es de suma importancia en la descripción de los síntomas y síndromes, esta no debe identificarse con el sobreviviente, sino con el acto de tortura, el cual, en todo caso, vendría siendo el agente patógeno.

1.6. Deontología

En la actualidad se cuenta con un cuerpo de códigos y declaraciones regionales e internacionales para las diferentes profesiones de la salud con relación a la tortura y los derechos humanos, dentro de estas se encuentran; la Declaración de Tokio, de la Asociación Médica Mundial; la Declaración de Hawai, de la Asociación Mundial Psiquiátrica; la declaración sobre El Rol de la Enfermera en la Atención de Detenidos y Presos Políticos y Comunes, del Consejo Internacional de Enfermeras; los Principios Europeos de Ética Médica; la Declaración de Kuwait; Los Principios de Ética Médica de las Naciones Unidas; la Declaración de Madrid, del Comité Permanente de Médicos de la Comunidad Europea, así como otras iniciativas para oponerse a las violaciones a los derechos humanos.

En consonancia con estos códigos y declaraciones de conducta ética, y para efectos de la aplicación efectiva del PDPT-SIDH, creemos conveniente y pertinente adoptar los Principios para la investigación médica de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, que si bien esta dirigido básicamente a médicos, es adaptable a los profesionales de la salud mental:

a. Acceso inmediato a un médico

Todos los detenidos o presos deberán tener acceso inmediato a un médico cuando se formule una denuncia de tortura o malos tratos o cuando existan indicios de que se haya producido tortura o malos tratos. Este acceso no dependerá de la apertura de una investigación oficial de las denuncias de tortura.

b. Independencia

El médico examinador será independiente de las autoridades responsables de la custodia, el interrogatorio y el procesamiento del sujeto y tendrá, en lo posible, experiencia en el examen de personas con fines legales. Deberá manifestarse con claridad al preso por quién ha sido enviado el médico, información de la que quedará constancia en el informe médico

final. Aun en el caso de que no se pueda recurrir a un médico independiente, el médico que realice el examen cumplirá los presentes principios.

c. Confidencialidad del examen

El examen se realizará en una habitación donde se garantice la confidencialidad. El médico deberá hablar con el paciente y examinarlo a solas. Cuando el paciente sea una mujer, un menor o una persona especialmente vulnerable, el examen se realizará sólo en presencia de un testigo que el paciente acepte. Cuando sea necesario un intérprete, o el médico desee la asistencia de un colega, su presencia estará supeditada a la conformidad del paciente. Cualquier otra persona presente deberá salir de la sala donde se realice el examen. Si se niega, el médico tomará nota de su nombre, cargo e institución que lo haya enviado y dejará constancia del efecto de su presencia en el curso del examen. El médico deberá juzgar si el examen puede realizarse sin más riesgo para el paciente.

d. Consentimiento del examen

El médico deberá dar su nombre y el de la institución que lo haya enviado, explicar el propósito del examen y obtener el consentimiento del paciente si éste está en condiciones de darlo. Antes de obtener dicho consentimiento, el médico informará al paciente de los nombres o cargos de todas las personas que recibirán el informe médico.

e. Acceso a historiales médicos

El médico, y en caso necesario un traductor, tendrá acceso al historial médico del paciente.

f. Examen completo

El examen del médico incluirá la obtención de un historial médico verbal completo del paciente y la realización de un examen clínico completo, incluyendo la evaluación del estado mental del paciente. El médico gestionará sin dilación la realización de todas las

investigaciones médicas, pruebas de laboratorio o psicológicas adicionales, incluyendo la evaluación de la salud mental, que estime necesarias.

g. Informe

El médico elaborará sin demora un informe preciso por escrito, que contendrá como mínimo las siguientes cuatro partes:

1. Establecimiento de los datos y de las circunstancias del paciente en el momento del examen y de cualquier otro factor pertinente;
2. Un informe del historial del paciente obtenido durante la entrevista, incluyendo la hora en que se alega tuvo lugar la tortura o los malos tratos;
3. Un informe de todos los resultados físicos y psicológicos anormales hallados en el examen clínico, incluyendo, en lo posible, fotografías en color de todas las lesiones;
4. Una interpretación de la posible causa de todos los síntomas y anomalías físicas observadas.

El informe identificará con claridad al médico que realiza el examen y deberá llevar la firma de éste.

En la interpretación, el médico hará una evaluación general de la congruencia del historial y de los resultados del examen con la naturaleza de las alegaciones del paciente. También deberá recomendar el tratamiento médico necesario.

De no poder finalizar el médico el informe, ya fuere por no disponer de los resultados de otros exámenes o pruebas o por cualquier otro motivo, el informe deberá dejar constancia de ello.

h. Confidencialidad del informe

Al paciente se le comunicarán los resultados médicos y se le permitirá leer el informe. Deberá entregarse una copia completa del informe médico al representante que nombre el paciente y, en su caso, a la autoridad encargada de investigar la denuncia de tortura. El médico tendrá la responsabilidad de tomar las medidas razonables para garantizar la entrega segura del informe a estas personas. No se entregará el informe a ninguna otra persona, salvo con el consentimiento del paciente o previa autorización de un tribunal con capacidad para ordenar dicho traslado.

i. Segundo examen

Se permitirá la realización de un segundo examen a cargo de un médico independiente si así lo solicita la presunta víctima de la tortura o los malos tratos o su representante. La presunta víctima de tortura o su representante tendrá derecho a designar al médico que realizará el segundo examen. Éste se realizará de conformidad con los presentes principios.

j. Deberes éticos

El médico deberá tener en cuenta en todo momento que, de conformidad con las normas deontológicas aceptadas internacionalmente, su principal función es promover el bienestar del paciente. Además, tiene la obligación de no consentir los actos de tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes y de no participar en ellos. Ningún aspecto del carácter, características físicas, origen étnico o creencias personales del paciente, ni el hecho de que éste o un representante suyo haya formulado una denuncia de tortura permite la dejación de estas obligaciones.

k. La no victimización secundaria

El profesional de la salud mental puede, y debe ser, un agente tendente a evitar en lo posible que el mero hecho de la pericial actúe de ipso como un hecho más de la "victimización secundaria" debida al procedimiento legal.

1.7. Objetivos del Protocolo

De acuerdo a la definición de la tortura dispuesto en el Artículo 2 de la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura, que a la letra dice:

“Para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

No estarán comprendidos en el concepto de tortura las penas o sufrimientos físicos o mentales que sean únicamente consecuencia de medidas legales o inherentes a éstas, siempre que no incluyan la realización de los actos la aplicación de los métodos a que se refiere el presente artículo.”

Los objetivos del presente Protocolo para la Documentación Psicosocial de la Tortura en el Marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, son:

1. Evaluar las secuelas psicológicas de los “dolores y sufrimientos físicos o mentales” presuntamente infligidos a una persona;
2. Documentar las motivaciones y métodos de los “dolores y sufrimientos físicos o mentales” presuntamente infligidos a una persona, y;
3. Evaluar el daño psicosocial de los “dolores y sufrimientos físicos o mentales” presuntamente infligidos en la persona para su previsible reparación.
4. Correlacionar el grado de coherencia entre los signos hallados en el examen y las alegaciones concretas de abuso formuladas por la persona;
5. 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.

2. Evaluación de la Vulnerabilidad Pre-Traumática

Fecha
Hora
Lugar

2.1. Información General

Nombre
Dirección
Números de teléfono
Edad
Profesión
Estado civil: Soltero/a Separado/a Comprometido/a Divorciado/a Casado/a Viudo/a
¿Con quién vive en este momento?
¿Vive en una casa, hotel, habitación, apartamento?

2.2. Datos Clínicos

Describa con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus principales problemas:

En la siguiente escala evalúe la gravedad de su(s) problema(s):

Levemente perturbador	Moderadamente grave	Muy grave
Sumamente grave	Totalmente incapacitante	

¿Cuándo se iniciaron sus problemas?

Describa los sucesos significativos que ocurrieron por aquella época o desde entonces y que pueda estar relacionado con el desarrollo

¿Que soluciones han sido las más útiles para su problema?

¿Ha acudido a terapia antes o ha recibido alguna asistencia profesional anterior para sus problemas?. En caso afirmativo indique nombres títulos profesionales datos del tratamiento y resultados.
--

2.3. Historia Personal y Social

Fecha de nacimiento
Lugar de nacimiento

a. Hermanos

Cantidad de Hermanos y Edades
Cantidad de Hermanas y Edades

b. Padre

¿Vive?
Si vive ¿Qué edad tiene ahora su padre?
Causa de la muerte
¿Qué edad tenía usted cuando murió?
Profesión
Estado de salud

c. Madre

¿Vive?
Si vive ¿Qué edad tiene ahora su madre?
Causa de la muerte
¿Qué edad tenía usted cuando murió?
Profesión
Estado de salud

Religión
Como niño
Como adulto

d. Educación

¿Cuál es el último grado que obtuvo?
Puntos fuertes y débiles de su época escolar

Subraye los aspectos que se relacionan con su juventud y adolescencia: Infancia feliz Problemas escolares Problemas familiares Problemas legales Convicciones religiosas fuertes Problemas Emocionales/Conductuales Infancia feliz Problemas de salud Abuso de alcohol Consumo de drogas Otros:
--

¿A que se dedica?
¿Qué tipo de profesiones ha ejercido en el pasado?
¿Le satisface su trabajo actual?
En caso negativo explique su respuesta
¿A cuánto ascienden sus ingresos familiares?
¿Cuánto necesita usted para vivir?
¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas?

Altura
Peso

¿Le han internado alguna vez por problemas psíquicos? Sí No
En caso afirmativo ¿Dónde y cuándo?
¿Dispone usted de un médico familiar? Sí No
En caso afirmativo escriba su nombre y número de teléfono
¿Ha intentado suicidarse alguna vez? Sí No
¿Padece algún miembro de su familia de alcoholismo, epilepsia, depresión o cualquier otra cosa que pueda ser considerada como “trastorno mental”?
¿Ha intentado suicidarse algún familiar suyo?
¿Ha tenido problemas con la justicia algún familiar suyo?

2.4. Análisis Modal de los Problemas Presentes

El próximo apartado está diseñado para ayudarle a describir sus problemas corrientes con más detalle e identificar algunos problemas que de otro modo podrían pasar inadvertidos. Esto nos permitirá elaborar un programa de tratamiento más comprensivo y adaptativo a sus necesidades específicas. El próximo apartado se estructura en base a siete modalidades de Conducta, Sentimientos, Sensaciones Físicas, Imágenes, Pensamientos, Relaciones Interpersonales y Factores Biológicos.

a. Conducta

Subraye cualquiera de las siguientes conductas que pueda atribuírsele: Come en exceso Toma drogas Vomita Conductas Extrañas Bebe demasiado Trabaja demasiado Posterga trabajos Reacciones impulsivas Pierde el control Intentos de suicidio Compulsiones Fuma Actitudes de abandono Tics nerviosos Dificultades de concentración Problemas de sueño Evitación fóbica No puede mantener el trabajo Insomnio Muy arriesgado Vago Problemas con la ingesta Conducta agresiva Lloro Salidas de tono

¿Existe alguna conducta específica, acción o hábito que le gustaría cambiar?
¿De qué talentos o habilidades especiales se siente orgulloso?
¿Qué le gustaría hacer con más frecuencia?
¿Qué le gustaría hacer con menos frecuencia?
¿Qué le gustaría empezar a hacer?
¿Qué le gustaría dejar de hacer?
¿A qué dedica su tiempo libre?
¿Realiza actividades insignificantes continua y compulsivamente?
¿Practica la relajación y la meditación con regularidad?

b. Sentimientos

Subraye cualquiera de las siguientes palabras que sea aplicable a su caso: Enfadado Molesto Culpable Feliz Infeliz Aburrido Triste Depresivo Ansioso Temeroso Con pánico Energético Envidioso Conflictivo Arrepentido Desesperanzado Inútil Relajado Celoso Cansado Solitario Contento Excitado Optimista Tenso Otros:

Describa sus cinco temores principales:
¿Qué sentimientos le gustaría experimentar con mayor frecuencia?
¿Qué sentimientos le gustaría experimentar con menor frecuencia?
¿En qué situaciones es más probable que usted pierda el control de sus sentimientos?

Describa las situaciones que le hagan sentirse calmado o relajado

Complete las siguientes frases: Si te dijera lo que estoy sintiendo ahora... Una de las cosas de la que me siento orgulloso es... Una de las cosas por la que me siento culpable es... Soy feliz cuando... Lo que más me entristece es... Si no sintiera miedo de ser yo mismo podría... Me enfado tanto cuando...

¿Qué tipo de hobbies o actividades de tiempo libre le gustan o practica?

¿Tiene problemas para relajarse y disfrutar de sus fines de semana y vacaciones? En caso afirmativo, explíquelo

c. Sensaciones Físicas

Subraye cualquiera de los siguientes ítems que sea aplicable a su caso: Dolores de cabeza Mareos Palpitaciones Espasmos musculares Problemas digestivos Problemas sexuales Tensión Incapaz de relajarme Problemas estomacales Entumecimiento Tics Fatiga Contracciones Dolor de espalda Temblores Desmayos Oigo cosas Ojos llorosos Me pongo rojo Problemas en la piel Boca reseca Picores en la piel Dolor de pecho Palpitaciones No me gusta que me toquen Excesiva transpiración Trastornos visuales Problemas de audición

d. Historia Menstrual

¿A qué edad tuvo el primer periodo?

¿Estaba informada o fue un shock para usted?

¿Es regular?

Duración

Fecha del último periodo

¿Tiene dolores?

¿La menstruación le afecta al estado de ánimo?

Qué sensaciones le resultan especialmente: Agradables Desagradables

e. Imágenes

Subraye las que sean aplicables a su caso: Imágenes sexuales agradables Imágenes desagradables de la infancia Imágenes de incapacidad Imágenes agresivas Imágenes sexuales desagradables Imágenes de soledad Imágenes de seducción Imágenes de ser

Compruebe cuál de los siguientes apelativos puede aplicarse a su caso:

Me considero a mi mismo: Siendo herido No siendo capaz Teniendo éxito Perdiendo el control Siendo seguido Objeto de comentarios Hiriendo a otros Estando al cargo Fracasando Estando atrapado Siendo humillado Siendo promiscuo Otros...

¿Qué imagen viene a su mente con mayor frecuencia?

Describa una imagen mental o fantasía muy agradable

Describa una imagen mental o fantasía muy desagradable

Describa su imagen del "lugar completamente seguro"

¿Con qué frecuencia suele tener pesadillas?

f. Pensamientos

Subraye cualquier pensamiento que pueda atribuir a su caso: Yo soy inservible, inútil, un “don nadie”, indeseable Yo soy incompetente, estúpido, nada atractivo, ingenuo, repulsivo Yo soy culpable, malvado, degenerado, hostil La vida es hueca, una pérdida de tiempo, no hay nada que esperar Cometo demasiados errores, no puedo hacer nada bien

Subraye aquellas palabras que se podrían emplear para su descripción: Inteligente, seguro, merecedor, ambicioso, sensato, leal, merecedor de confianza, lleno de resentimientos, inservible, un “don nadie”, loco, un degenerado, considerado, un malvado, físicamente desagradable, no querido, inadecuado, confuso, feo, estúpido, ingenuo, honesto, incompetente, con pensamientos horribles, conflictivo, con dificultades de concentración, con problemas de memoria, no puedo tomar decisiones, con ideas suicidas, perseverante, con buen sentido del humor, trabajador.

¿Cuál cree que es su idea más irracional?

¿Le preocupa alguna idea que se produce una y otra vez?

Complete las siguientes frases: Soy una persona que... Toda mi vida... Desde niño... Me cuesta admitir que... Una de las cosas que no puedo perdonar es... Lo bueno de tener problemas es que... Lo malo de crecer es que... Una de las formas de ayudarme a mí mismo pero que no hago es...

2.5. Relaciones Interpersonales

a. Familia de Origen

Si no fue criado por sus padres, ¿quién le cuidó y durante cuántos años?

Describe la personalidad de su madre (o su madre adoptiva) y su actitud hacia usted (pasada y presente)

Describe la personalidad de su padre (o su padre adoptivo) y su actitud hacia usted (pasada y presente)

Describe las formas de disciplina (castigos) que le fueron impuestos de niño

Describe la impresión que tiene de la atmósfera de su hogar. Mencione el grado de compatibilidad entre los padres y entre los hijos

¿Confiaba usted en sus padres?

¿Le entendían sus padres?

¿Se sintió querido y respetado por sus padres?

Si tuvo padres adoptivos ¿Se sintió querido y respetado por ellos?

¿Ha influido alguien sobre su matrimonio, profesión, etc.?

¿Quiénes son las personas más importantes de su vida?

b. Amigos

¿Hace amigos con facilidad?

¿Los mantiene?

¿Le han decepcionado alguna vez?

Describe una relación que le proporcione: Diversión Preocupación

Valore el grado de comodidad y relajación en las situaciones sociales: Muy relajado Bastante incómodo Bastante cómodo Muy ansioso

¿Expresa normalmente sus sentimientos, opiniones y deseos a otras personas de forma abierta y adecuada? Describe a las personas (o las situaciones) que le generan problemas

¿Salió mucho durante la época estudiantil?
¿Dispone de algún amigo con quien puede compartir sus sentimientos y pensamientos más íntimos?

c. Matrimonio

¿Durante cuánto tiempo conoció a su cónyuge antes de casarse?
¿Cuánto tiempo llevan casados?
Edad de su cónyuge
Profesión de su cónyuge
Describa la personalidad de su cónyuge
¿En qué áreas son compatibles?
¿En que áreas son incompatibles?
¿Qué tal se lleva con sus familiares políticos?
¿Cuántos hijos tiene? (incluya sus nombres y edades)
¿Alguno de sus hijos tiene problemas especiales?
Incluya cualquier información relevante sobre abortos u otros

d. Relaciones Sexuales

Actitud de sus padres con respecto al sexo
¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo?
¿Cuándo tomó conciencia de sus primeros impulsos sexuales?
¿Ha sentido alguna vez angustia o sentimientos de culpabilidad por actividades sexuales o masturbación?. En caso afirmativo especifíquelas
Describa cualquier detalle significativo sobre su primera experiencia sexual o alguna posterior
¿Considera satisfactoria su vida sexual actual?
Describa la información relevante sobre cualquier reacción o relación homosexual que haya vivido
Incluya cualquier preocupación o problema sexual que no haya anotado anteriormente

e. Otras Relaciones

¿Tiene problemas con sus compañeros de trabajo?. En caso afirmativo descríbalos
Complete las siguientes frases: Una de las formas en que me hiera la gente es... Te podría sorprender con... Una madre debería... Un padre debería... Un amigo de verdad debería...
Descríbase a sí mismo como lo haría: Su cónyuge (si está casado)... Su mejor amigo... Alguien a quien no le gusta usted...
¿Le preocupa con frecuencia algún rechazo pasado o la pérdida de alguna persona querida? En caso afirmativo explíquelo

2.6. Factores Biológicos

¿Padece con frecuencia algún problema físico?
Escriba el nombre de las medicinas que toma con frecuencia o que ha tomado durante los últimos 6 meses (incluyendo aspirinas, píldoras o cualquier otra medicina que haya sido prescrita por el médico o haya adquirido usted)
¿Come usted tres comidas equilibradas cada día?. En caso negativo explíquelo

¿Hace ejercicio físico con regularidad? En caso afirmativo especifique el tipo y la frecuencia
Compruebe cuál de las siguientes sustancias o estados pueden atribuírsele: (Nunca Algunas veces Muchas veces) Marihuana Tranquilizantes Sedantes Aspirinas Cocaína Analgésicos Alcohol Café Cigarrillos Narcóticos Estimulantes Alucinógenos (LSD) Diarrea Estreñimiento Alergias Presión sanguínea Problemas cardíacos Náuseas Vómitos Insomnio Dolores de cabeza Dolor de espalda Despertarse temprano por la mañana Sueño satisfactorio Gula Falta de apetito Comidas poco sanas
Subraye los aspectos que puedan aplicarse a algún miembro de su familia: bocio, enfermedad de riñón, asma, enfermedad neurológica, enfermedades infecciosas, diabetes, cáncer, enfermedades gastrointestinales, problemas de próstata, glaucoma, epilepsia, otros
¿Ha sufrido alguna vez heridas en su cabeza o ha estado inconsciente?
Describa las intervenciones quirúrgicas a las que ha sido sometido
Describa los accidentes o heridas que sufrido (incluya fechas)

2.7. Historia Secuencial

Por favor, incluya los recuerdos y experiencias más significativas que haya vivido durante estas edades: 0
5 6
10 11
15 16
20 21
25 26
30 31
35 36
40 41
45 46
50 51
55 56
60 61
65 Más que 65

2.8. Encuesta sobre las experiencias estresantes en la vida

Escala: 0 no lo experimenté 5-6 en cierta forma semejante a mis experiencias 10 exactamente igual a mi experiencia

He sido testigo de o he vivido un desastre natural, por ejemplo, un terremoto, un huracán
He sido testigo de, o he vivido un desastre provocado por el hombre, por ejemplo, un accidente aéreo, o un desastre industrial
He sido testigo de, o he vivido un accidente serio o una lesión
He sido testigo de, o he vivido una explosión química o radiactiva dirigida hacia mi, hacia un amigo o hacia un paciente
He sido testigo de, o he vivido una enfermedad amenazadora para mi vida, la vida de un amigo o la vida de un pariente
He visto morir a mi cónyuge o a mi hijo
He sido testigo de, o he vivido la muerte de un amigo cercano o de un pariente (diferente al cónyuge o a un hijo)
Yo o un amigo cercano o un pariente ha sido raptado o mantenido como rehen
Yo o un amigo cercano o un pariente ha sido raptado o mantenido como rehen
Yo o un amigo cercano o un pariente ha sido víctima de un ataque terrorista o de tortura
He participado en un combate o en una guerra o he vivido en un área afectada por la guerra

He visto o he cargado cadáveres en ocasiones distintas a un funeral
Me he sentido responsable por la grave herida o la muerte de otra persona
He sido testigo de un ataque o he sido atacado con un arma fuera de combate o de un ambiente conocido
De niño/adolescente me golpearon, azotaron, sofocaron o empujaron suficientemente fuerte para causarme daño
De adulto me golpearon, azotaron, sofocaron o empujaron suficientemente fuerte para causarme daño
De adulto o de niño he visto golpear, azotar, sofocar o empujar a una persona suficientemente fuerte para causarle daño
De niño/adolescente me obligaron a tener contacto sexual sin desearlo
De adulto me obligaron a tener contacto sexual sin desearlo
De adulto o de niño he visto a una persona ser obligada a tener contacto sexual sin desearlo
He sido testigo de o he vivido un evento extremadamente estresante no mencionado. Por favor, explíquelo:

2.9. Examen del estado mental

La voluntad del paciente para cooperar me permite utilizar el siguiente método de valoración (anote hasta cuatro)
Observación
Conversación
Exploración
Examen

a. Observación

Apariencia

Las siguientes características de la apariencia del paciente fueron de interés diagnóstico (anote hasta tres):
Ninguna
Raza
Diferencia entre la edad aparente y la real
Nutrición
Tipo corporal
Higiene
Vestimenta
Contacto ocular

Conciencia

El nivel de conciencia del paciente indica:
Vigilia
Letargia
Somnolencia
Estupor
Coma

Comportamiento psicomotor

Las siguientes funciones fueron de importancia diagnóstica (anote hasta tres):
--

Ninguna
Postura
Movimientos expresivos
Movimientos reactivos
Movimientos automáticos
Gesticulación simbólica
Movimientos dirigidos a un objetivo

Se observaron los siguientes movimientos anormales:
Ninguno
Temblores
Movimientos atetósicos
Movimientos coreicos
Estupor catatónico
Tics

b. Conversación

Atención y concentración

Durante la entrevista el paciente parecía:
Atento
Distraíble
Apático

Lenguaje

El paciente tenía los siguientes problemas con el lenguaje (anote hasta tres):
Ninguno
Alteración de la articulación
Disprosodia
No fluido
Verborrea
Circunscripción
Lenguaje parafásico
Lenguaje neologístico
Fallos gramaticales

Pensamiento

El paciente tenía las siguientes alteraciones del pensamiento (anote hasta tres):
Ninguna
Utilización de palabras concretas
Circunstancialidad
Tangencialidad
Perseveración
Palilalia

Asociación por asonancia
Bloqueo y descarrilamiento
Fuga de ideas
Sin secuencia
Fragmentación
Divagación
Masculación
Ensalada de palabras

Orientación

El paciente mostraba los siguientes tipos de desorientación (anótelas todas si estaban presentes):
Ninguna
En persona
En día de la semana
En día del mes
En la hora del día
En el mes
En el año
En la estación
En el lugar

Memoria durante la conversación

El paciente dio los siguientes datos sobre memoria inmediata, memoria a corto plazo, a largo plazo y remota:
Repita su nombre (o gris, reloj, margarita, justicia)
Deletree rápidamente su nombre (o repita cuatro palabras)
Recuerde su nombre (o cuatro palabras) durante el curso de la entrevista
Recuerde los acontecimientos de las últimas 24 horas
Discuta acontecimientos pasados verificables

Afecto

¿Cuál de los siguientes afectos predominaba en su paciente durante la entrevista?
Tristeza
Euforia
Disgusto
Ansiedad
Cólera
Perplejidad
Culpa
Susplicacia
Satisfacción

¿Cuál de los 9 afectos faltaban?

Los afectos del paciente se expresaron sobre todo por:

Gesticulación

Expresiones faciales

Postura

Movimientos automáticos

Movimientos reactivos

Movimientos dirigidos a un objetivo

Tono de voz

Intensidad de la voz

Selección del vocabulario

El paciente regulaba sus afectos predominantemente por:

Suspensión

Control apropiado

Impulsos (acting out)

Simulación

Ninguno de los anteriores

Cómo juzgo la intensidad de los afectos del paciente:

Alta

Mediana

Baja

El espectro de expresión de la afectividad del paciente fue:

Escaso

Medio

Amplio

c. Exploración

Estado de ánimo

Nombre los términos que utilizó el paciente para describir la calidad de su estado de ánimo

¿Cuán estable era el humor del paciente en las últimas 24 horas? Si hubo cambios del estado de ánimo anote el tipo y cómo aparecían los cambios

¿Cómo reacciona su paciente a las buenas noticias? Describa por lo menos un acontecimiento bueno y la reacción del paciente ante él

Dé ejemplos que demuestren la intensidad del humor de paciente

Describa si el estado de ánimo predominante del paciente cambió en las últimas 4 semanas y cuánto duró.

Energía

Describa la energía del paciente

¿Es organizado en su planificación? Sí No

¿Es fácil para él comenzar una actividad? Sí No

¿Procrastina? (¿Pospone su actividad?) Sí No

¿Es persistente para conseguir sus objetivos? Sí No

¿Completa sus tareas? Sí No

Percepción

En caso de que su paciente haya tenido alucinaciones describa su contenido

Determine la etapa de conciencia de enfermedad en que se encuentra el paciente en relación con las alucinaciones (IV)

Contenido de pensamiento

En caso de que el paciente haya presentado ideas delirantes describa su contenido

Determine la etapa de conciencia de enfermedad en que se encuentra el paciente en relación con sus ideas delirantes (IV)

Clasifique la idea delirante del paciente de acuerdo con su contenido predominante:

Maniaco

Depresivo

Esquizofrénico

Inespecífico

Si hay alguna describa las ideas sobrevaloradas del paciente

Describa el contenido de las fobias del paciente

Si hay alguna anote las ideas obsesivas del paciente

Si hay alguna anote las compulsiones

Síntomas somáticos inexplicables médicamente

Indique cuál de estos siete síntomas hay en el examen de detección rápido para trastorno de somatización:

Diseña o falta de aire

Dismenorrea

Sensación de quemazón en los órganos sexuales

Bulto en la garganta

Amnesia

Vómitos

Dolor de las extremidades

En la respuesta de la pregunta 37 marque con un círculo los síntomas que se iniciaron antes de los 30 años y no tienen explicación médica

Síntomas de conversión

Si hay alguno anótelo

Personalidad disociativa

Describe si su paciente ha sufrido en alguna ocasión períodos amnésicos en los que haya adoptado otra personalidad

Crisis paroxísticas

Si hay alguna, señale las crisis paroxísticas del paciente:

Desmayo

Crisis marcolépticas

Crisis de gran mal

Seudocrisis

Convulsiones parciales complejas

Crisis de angustia

Blackouts alcohólicos

Amnesia psicógena

Estados de fuga

Crisis hipoglucémica

Amnesia global transitoria

Crisis de isquemias transitoria

Tics de La Tourette

Introspección o conciencia de enfermedad

Clasifique la introspección del paciente en relación con su trastorno:

Reconoce los síntomas como parte de un trastorno

Reconoce los síntomas, pero les da una explicación racional

Niega que sus síntomas sean la expresión de un trastorno

Juicio

Describe los planes futuros de su paciente. ¿Son realistas?

3. Evaluación de la Reacción del Sujeto a la Tortura

3.1. Testimonio sobre la experiencia traumática

--

Información del Presunto Agente

Nombre

Edad

Sexo

Idioma hablado
Religión
Procedencia
Empleo (profesión, ocupación, área de actividad en general)
Afiliación (organización, grupos)
Servicio Gubernamental/Militar (información acerca del destacamento, la sección, el regimiento, escuadrón, estación policial, con direcciones, la posición jerárquica, rango, grado, nombre de su superior, número de personas bajo responsabilidad del agente...)
Observaciones

3.3. Información del Hecho

Fecha de inicio
Fecha en que finalizó
¿En que lugar? (Estado, municipio, ejido, localidad...)
¿En que lugar exactamente? (por ejemplo, casa del presidente municipal, en un cuarto de la PJE)
Descripción del hecho
Papel de las autoridades
Cargos o motivo establecido (si es que detuvieron a la víctima)
Número de víctimas
Testigos
Documentos de apoyo (certificados médicos, referencias de material de apoyo, como fotografías, resultado e inspecciones, cartas)
Confidencialidad
Contacto (nombre, direcciones, teléfonos de médicos, clínicas, traductores y otras personas relacionadas con este hecho)

3.4.

3.5.

3.6.

4. Evaluación de la Estructura Formal del Acto de Tortura

5. Evaluación de la Evidencia Psicosocial de la Tortura

5.1. Inventario de Síntomas de Estrés (ISE)

	Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
Depresión					
Fuertes latidos del corazón					
Resequedad en la boca					
Explosiones de coraje					
Gran necesidad de correr a esconderse					

Muchas ganas de llorar					
Imposibilidad para concentrarse					
Debilidad o mareos					
Fatiga					
Sentirse “atado”					
Tic´s nerviosos					
Tendencia a asustarse con pequeños ruidos					
Risa nerviosa					
Tartamudeo					
Rechinar los dientes					
Mandíbula (quijada) apretada					
Insomnio					
Dolor de cabeza por tensión					
Migraña					
Sudoración excesiva					
Necesidad frecuente de orinar					
Indigestión					
Tensión premenstrual					
Dolor de cuello o espalda					
Pérdida del apetito					
Ganas de comer a toda hora					
Aumento en el hábito de fumar					
Tomar tranquilizantes (para dormir, para estar tranquilo, etc.)					
Aumento en el consumo de alcohol (mezcal, aguardiente, tequila, pulque, etc.)					
Pesadillas					
Ansiedad					
Propensión a pequeños accidentes					
Necesidad constante de moverse					
Estreñimiento					
Gripa o catarro frecuente					
Manos y/o pies fríos					
Alergias					
Gastritis					
Colitis					
Ulceras					
Presión arterial alta					
Temblores					
Otros síntomas, menciónelos:					

5.2. Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática (CACS)

Nada Poco Regular Mucho Bastante

	Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
Me resulta difícil concentrarme					
Mi corazón palpita más rápido					
Me preocupo demasiado					
Siento tembloroso mi cuerpo					
Me imagino escenas terroríficas					
Me dan ganas de ir al baño					
No puedo sacar de mi mente imágenes que me provocan ansiedad					
Siento tensión en mi estómago					
Se me cruzan en la mente pensamientos que me molestan					
Camino nerviosamente					
No puedo pensar lo suficientemente rápido					
Me quedo paralizado(a)					
No puedo sacar pensamientos que me causan ansiedad					
Sudo demasiado (por nerviosismo)					

5.3. Su última experiencia traumática o estresante

¿Aproximadamente
hace cuantas semanas que este evento ocurrió?

Después de este evento
¿cuántas veces habló sobre el mismo con alguien?

¿Cuándo habló por primera vez de este evento? Nunca El mismo día que ocurrió Dentro de los 2 ó 3 días siguientes Durante la primera semana Durante el primer mes Más de un mes después

Para las siguientes preguntas, marque el grado de la escala que vaya de acuerdo a su respuesta, donde 1 es nada, 4 un poco y 7 todo:

	1. Nada	4. Un poco	7. Todo
¿Que tan intensas fueron sus emociones cuando este evento ocurrió?			
Cuando el evento ocurrió:			
Que tanto Enojo sintió			
Que tanto Miedo sintió			
Que tanta Vergüenza sintió			
Que tanta Culpa sintió			
Que tanto Disgusto sintió			
Que tanta Tristeza sintió			
En que grado ha hablado acerca del evento con:			

Su esposo(a) o compañero(a)			
Sus padres o hermanos(as)			
Algún(a) amigo(a) cercano(a)			
Sus abuelos(as) o familiares			
Algún conocido(a)			
Algún extraño(a)			
Otro, especifique...			
En qué grado ha hablado usted con alguien acerca de los hechos que rodean este evento con lujo de detalles, describiendo cada una de las cosas que sucedieron			
En qué grado ha hablado sobre sus sentimientos y emociones resultantes del evento			
En qué grado sigue estremeciéndose usted al hablar con alguien, acerca de esta experiencia			
En los últimos 2 ó 3 días, cuánto ha hablado realmente acerca de su experiencia			
Volviendo la vista atrás, qué tan intensas son sus emociones actuales acerca de esta experiencia			
En qué grado siente usted que ha superado o que se ha recuperado de este evento			

5.4. Escala de Ansiedad de hamilton

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Severo 4 Muy severo, altamente incapacitante

	0. Ausente	1. Leve	2. Moderado	3. Severo	4. Muy severo
Estado de ánimo					
Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación miedosa, irritabilidad					
Tensión					
Sensación de tensión, fatigabilidad, respuesta asustada, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, incapacidad para relajarse					
Temores					
De la obscuridad, de extraños, de estar solo, de animales, del tráfico, de multitudes					
Insomnio					
Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido (roto), sueño insatisfactorio, fatiga al levantarse, sueños, pesadillas, terrores nocturnos					
Intelecto					
Dificultad en concentrarse, memoria pobre					
Estado de ánimo deprimido					
Pérdida de interés, ausencia de placer en					

diversiones (hobbies), depresión, despertar temprano, variación diurna del afecto					
Somático (muscular y sensorial)					
Dolores, punzadas, torceduras, rigidez, sacudidas mioclónicas, bruxismo, voz inestable, aumento del tono muscular, tinnitus, visión borrosa, oleadas de calor y de frío, sensación de debilidad, sensación de punzadas					
Síntomas cardiovasculares					
Taquicardia, palpitaciones, dolor pectoral, palpitación de vasos, sensación de desmayo					
Síntomas respiratorios					
Presión constrictora en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea					
Síntomas gastrointestinales					
Dificultad para tragar, flatulencia, dolor abdominal, sensación de quemadura, saciedad abdominal, náusea, vómito, borborigmos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento					
Síntomas genitourinarios					
Frecuencia de orinar, urgencia de orinar, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual (libido), impotencia					
Síntomas autonómicos					
Boca seca, rubor, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, cefalea tensional, jalarse los pelos					
Conducta en la entrevista					
Impaciencia, inquietud o caminando de un lado a otro, temblor de manos, entreseño arrugado, facies de tensión, suspiros o respiración rápida, palidez facial					

5.5. Criterios de Diagnóstico del Trastorno de Secuelas de Victimización por Actos Delicuenciales

A. Experimentar o presenciar uno o más episodios de violencia física o de abuso psicológico o ser coaccionado por otras personas para realizar alguna actividad sexual.
B. El desarrollo de al menos (número a determinar) de los síntomas siguientes (ausentes antes de las experiencias de victimización):
1. Un sentimiento generalizado de incapacidad para enfrentarse al medio ambiente personal, que no se limita a la experiencia de victimización (por ejemplo, pasividad generalizada, carencia de asertividad o falta de confianza en el propio juicio)
2. La creencia de que se ha sufrido un daño permanente por la experiencia de victimización (por ejemplo, un niño(a) víctima de abuso sexual o de violación, que cree que él o ella, nunca más será atractivo(a) para los

demás).
3. Sentimientos de aislamiento o la incapacidad para tener contacto íntimo con los demás.
4. Hiperinhibición de la ira o la expresión explosiva de la furia.
5. Minimización inadecuada de los daños sufridos: “no fue nada”.
6. Experiencias previas de victimización (antiguas y/o recientes).
7. La creencia de que se merece ser víctima, más que echarle la culpa al perpetrador: “Yo me los busqué”.
8. Vulnerabilidad para volver a ser víctima.
9. Adoptar las creencias distorsionadas del perpetrador con respecto a la conducta interpersonal (por ejemplo creer que Está Bien que los padres practiquen el sexo con sus hijos o que Está Bien que un hombre golpee a su mujer para hacerla obedecer o expresarle de esa manera su “amor”, “él es así”).
10. La idealización inadecuada del perpetrador (“después, me trato bien”).
C. Duración del trastorno durante al menos un mes.

5.6. Síntomas de Victimización: Una subcategoría distinta del estrés traumático

Vergüenza: Vergüenza intensa, frecuentemente caracterizada por humillación o mortificación.

Autoculpabilización: Sentimientos exagerados de la responsabilidad del evento traumático, con culpa y remordimientos, a pesar de la evidencia obvia de la propia inocencia.

Subyugación: Sentimientos de menosprecio, de la disminución del control y de la carencia del poder, como resultado directo del trauma.

Odio mórbido: Obsesiones por venganza y preocupación por hacerle daño o humillar al perpetrador, con o sin explosiones de enojo o de rabia.

Gratitud paradójica: Sentimientos positivos hacia el perpetrador, variando desde la compasión hasta el amor romántico, incluyendo lazos afectivos, sin que necesariamente ocurra la identificación. Con frecuencia se experimentan sentimientos irónicos, pero con una gratitud profunda por el regalo de vida de parte de alguien que ha demostrado su deseo de matar (también se le conoce como la transferencia patológica o el “Síndrome de Estocolmo”).

Violación de una mujer: Sentimientos de suciedad, de irritación, de asco, de tener manchada su reputación, “como bienes echados a perder” y en los casos más extremos, de estado de putrefacción y de maldición.

Inhibición sexual: Pérdida de la libido, capacidad reducida para la intimidad, con mayor frecuencia asocia con la ocurrencia de algún ataque sexual.

Resignación: Un estado de voluntad resquebrajada o de desesperación, a menudo se le asocia con la victimización repetida, la exploración prolongada o un estado de indefensión crónica, con interés notablemente reducido por el pasado o por el futuro.

Segunda lesión o segunda herida: Revictimización mediante la participación intensa aparentemente altruista en los sistemas judicial, de salud, de salud mental y en cualquier otro sistema. “Lo que quiero es ayudar a otros”.

5.7. CREAS

Recuerde los sucesos estresantes que ocurrieron durante:

Describa brevemente el acontecimiento más perturbador en las siguientes líneas:

¿Qué tan perturbador le pareció el evento? No fue nada perturbador Muy perturbador Poco perturbador
Extremadamente perturbador Moderadamente perturbador

0 No experimentado 1 Muy raramente experimentado 2 Ocasionalmente experimentado 3 Experimentado solo a veces 4 Experimentado a menudo 5 Experimentado muy a menudo

Tenía dificultades para dormir
Me sentía inquieto(a)
Tenía un sentimiento de estar viviendo en otro tiempo
Respondía con lentitud
Trataba de evitar los sentimientos relacionados con el evento estresante
Repetidamente tenía sueños angustiosos sobre el evento estresante
Me sentía sumamente perturbado(a) si me enfrentaba a sucesos que me recordaran algún aspecto del evento estresante
Saltaba de susto por cualquier cosa
El evento estresante me impedía trabajar o hacer otras cosas que necesitaba realizar
Tenía la sensación de que no era yo
Trataba de evitar las actividades que me recordaban el evento estresante
Me sentía muy alerta todo el tiempo
Me percibía a mi mismo(a) como un(a) extraño(a)
Trataba de evitar las conversaciones sobre el evento
Tenía alguna reacción corporal cuando me enfrentaba a las situaciones que me recordaban el evento estresante
Tenía dificultad para recordar detalles importantes sobre el evento estresante
Trataba de evitar los pensamientos sobre el evento estresante
Las cosas me parecían diferente de cómo yo sí que en realidad eran
Repetidamente y sin quererlo tenía recuerdos del evento estresante
Me sentía alejado(a) de mis emociones
Era irritable o tenía arranques de ira
Evita el contacto con personas que me recordaban el evento estresante
Repetidamente actuaba o sentía como si el evento estresante sucediera de nuevo
Mi mente se ponía en blanco
No recordaba largos periodos del evento
El evento estresante me causó problemas en mi relación con otras personas
Me costaba trabajo concentrarme
Me sentía extraño(a) y/o diferente ante los demás
Sentía claramente que el evento estaba sucediendo completamente otra vez
Trataba de alejarme de los lugares que me recordaban el evento

¿Cuántos días sintió Usted los peores síntomas de angustia? (por favor marque sólo una opción) Ningún día
Un día Dos días Tres días Cuatro días Cinco o más días

5.8. Modos de afrontamiento al estrés

No, de ninguna manera En alguna medida Generalmente, usualmente Siempre, en gran medida

Sólo me concentré en lo que tenía que hacer próximamente
Traté de analizar el problema para entenderlo mejor
Me puse a trabajar o a realizar otra actividad para olvidarme del problema
Creí que el tiempo resolvería el problema y lo único que tenía que hacer era esperar
Me propuse sacar algo positivo del problema
Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada
Traté de encontrar al responsable del problema para que cambiara su actitud
Hablé con alguien para averiguar más sobre el problema
Me criticqué o cuestioné a mi mismo
No agoté mis posibilidades de solución, sino que deje alguna posibilidad abierta
Esperé que ocurriera un milagro
Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte)
Seguí adelante como si no hubiera pasado nada
Intenté guardar para mí mis sentimientos
Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno
Dormí más de lo acostumbrado
Expresé mi enojo a la(s) persona(s) que creí responsable(s) del problema
Acepté la lastima y comprensión de los demás
Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor
Me inspiré para hacer algo creativo
Traté de olvidarme por completo del problema
Busqué la ayuda de un profesional
Cambié y maduré como persona
Esperé a ver que pasaba antes de hacer algo
Me disculpé o hice algo para compensar el problema
Desarrollé un plan y lo seguí
Acepté la segunda posibilidad después de la que yo quería
Hice mis sentimientos a un lado
Me di cuenta de que yo mismo(a) causé el problema
Me sentí más fuerte después de resolver el problema, que antes de tenerlo
Platiqué con alguien que podía hacer algo concreto con el problema
Me “escape” por un rato, trate de descansar o tomar vacaciones
Intenté sentirme mejor comiendo, babiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado
Hice algo muy arriesgado
Intenté no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me ocurriera
Tuve fe en algo nuevo
Mantuve mi orgullo y puse “al mal tiempo buena cara”
Pensé en las cosas buenas de la vida
Hice cambios par que las cosas volvieran a la normalidad
Evite estar con la gente

No permití que el problema me venciera evitando pensar mucho en él
Le pedí consejo a un amigo o familiar a quien respeto
Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas
Tomé lo positivo del problema y lo demás no lo tomé en cuenta
Le platiqué a alguien cómo me sentía
Me mantuve firme y luché por lo que quería
Me desquité con los demás
Pensé en experiencias pasadas y me di cuenta de que ya había vivido algo parecido
Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé más para que las cosas funcionaran
Me negué a creer lo que estaba pasando
Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez
Pensé en algunas soluciones al problema
Lo acepté, no había nada que pudiera hacer al respecto
Traté de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas
Deseaba poder cambiar lo que estaba pasando o la forma cómo me sentía
Cambié algo de mí mismo(a)
Soñé o imaginé que las cosas eran mejores
Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara
Tuve fantasías o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas
Recé
Me prepare para lo peor
Repasé mentalmente lo que haría o diría
Pensé lo que haría en mí lugar la persona quien más admiro y lo tomé como modelo
Traté de ver las cosas desde el punto de otra persona
Me consolé pensando que las cosas podrían ser peores
Salí a correr o hice ejercicio

6. Clasificación Diagnóstica

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 (DSM-IV), 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.

a) Trastornos depresivos

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

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.

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 posttraumático, 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 uno a 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.

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 presente 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.

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

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 campo 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 manifiestan antes de la experiencia traumática. El diagnóstico excluye cambio 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.

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

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. 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.

e) Otros diagnósticos

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. Entre los demás diagnósticos posibles figuran los siguientes:

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;

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;

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;

Ciertos trastornos de aspecto psicossomático con síntomas físicos que no se explican por ningún proceso médico;

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;

Trastornos causados por un proceso médico general que con frecuencia adopta la forma de un trastorno cerebral con las fluctuaciones o los déficits resultantes en el nivel de conciencia, orientación, atención, concentración, memoria y funcionamiento excesivo;

Fobias como la fobia social y la agorabobia.

7. Impresión Clínica

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

¿Hay una concordancia entre los signos psicológicos y el informe de presunta tortura?

¿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?

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?

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?

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

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

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.

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.

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 indentificar 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, conociendo 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.

IV. DISCUSIÓN

Como hemos visto, la relación práctica entre la salud mental y los derechos humanos es muy reciente, lo bastante incipiente como para crear nuevas alternativas de trabajo solidario y articulado; por un lado, los profesionales de la salud mental en todas sus vertientes, y por el otro, los esfuerzos de miles de organizaciones de derechos humanos en el mundo, desde el movimiento pro derechos de la mujer, pasando por los movimientos sociales populares e indígenas, y terminando con las nuevas luchas surgidas a partir de problemáticas más contemporáneas.

Como hemos podido ver, esta relación entre la salud mental y los derechos humanos en América Latina, se ha diversificado y especializado de acuerdo a los problemas geopolíticos de la región: tortura, desapariciones forzadas, desplazados, familiares de detenidos desaparecidos, trabajo comunitario en contexto de conflicto armado, documentación de las secuelas de la guerra, rehabilitación con ex-combatientes, organización de redes internacionales de salud mental y derechos humanos, documentación y denuncia ante organismos internacionales, etc. De igual forma hemos constatado la diversidad de perspectivas, niveles de explicación, y modelos de intervención dentro del gran espectro de la salud mental, y específicamente de la psicología, en donde los modelos clínicos, grupal y comunitarios han sobresalido por sus resultados y experiencias.

Nuestro trabajo se ha focalizado y especializado tan sólo en un aspecto de esta trama de convergencias; el del peritaje psicosocial con sobrevivientes de la tortura en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Creemos, que si bien este aporte tiene sus limitaciones, por otro lado profundiza en una problemática que ya habíamos anotado: la ausencia de instrumentos especializados para dar cuenta de la tortura en nuestro contexto

latinoamericano. En la medida de lo posible se trataron de incluir las experiencias de nuestra región, pero sin descartar los aportes realizados desde otros continentes y otras latitudes, lo cual, en la actualidad es sumamente necesario y benéfico.

La discusión que tratamos de plantear la realizaremos en los siguientes ejes temáticos: aspectos teóricos, aspectos metodológicos, aspectos éticos, y aspectos políticos.

Aspectos Teóricos

El Protocolo para la Documentación Psicosocial de la Tortura en el Marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos PDPT-SIDH no es indiferente al conglomerado de teorías psicológicas y psiquiátricas sobre el fenómeno de la tortura, al contrario, hemos tomado una posición ante estas. Un primer elemento de esta opción teórica se ve reflejada en el término “psicosocial” que hemos utilizado, y por otros, en la perspectiva que hemos asumido y hecho explícita, la “histórico-psicosocial”.

El término psicosocial nos ayuda a tomar una postura ante el fenómeno de la tortura, distinta de la psicología clínica y la psiquiatría. Sin embargo, al interior de esta existen otras alternativas igualmente viables, pero ante las cuales también tomamos postura.

La diferencia terminológica va más allá de lo conceptual, y se ancla en los supuestos epistemológicos y metateóricos que sustentan nuestras acciones. Por un lado, la perspectiva psicosocial se diferencia de la clínica y la psiquiátrica en varios factores, el primero de ellos es que nuestra perspectiva no asume una visión patológica como guía de explicación, así como tampoco se ubica únicamente en un nivel de explicación intraindividual, sino que, subsumiendo estas perspectivas, opta por ver el fenómeno en su complejidad sociopolítica y contextual. Esto necesariamente trae consigo varios problemas metodológicos, los cuales abordaremos posteriormente, a lo que queremos llegar es resaltar la importancia de aproximarnos al fenómeno con otra mirada, más conflictiva y social.

Como ya lo apuntábamos, la tortura ha sido objeto de análisis de la psicología clínica y la psiquiatría como un fenómeno, que si bien es político, lo es eminentemente psicológico; en tanto que en él se desencadenan procesos fisiológicos, cognitivos, comportamentales, racionales, emotivos e interaccionales. Esta perspectiva no es nada desdeñable, por el contrario, es aquí donde hemos encontrado las más avanzadas aproximaciones noseográficas. El problema de este, es que conlleva el peligro de psicologizar, individualizar y patologizar un fenómeno que es eminentemente sociopolítico. Por esta razón, nuestro posicionamiento a la problemática trato de ubicarse en el contexto que le da cabida, y este no puede ser más que el macro contexto social, político y cultural.

Si bien varios modelos clínicos y psiquiátricos también apuntan la influencia de estas variables, estas sólo cumplen una función secundaria en la explicación del desarrollo de las sintomatologías, más no de su génesis y la configuración que se deriva de estas. Es así que nuestra perspectiva psicosocial apunta, tanto a la génesis sociopolítica de la tortura, como a su configuración concreta producto de los conflictos sociopolíticos, económicos y culturales que se disputan en un momento histórico. Es desde esta perspectiva como nos aproximamos a este fenómeno.

Por otro lado, la perspectiva psicosocial también nos plantea la necesidad de elegir dentro de la gran variedad de especialidades y teorías relacionados, directa o indirectamente, con este fenómeno.

Dentro de la perspectiva psicosocial encontramos las teorías psicoanalíticas, sociocognitivas, construccionistas, sistémicas, de la psiquiatría social, culturalistas, historicistas, materialistas-dialécticas, conductuales, colectivistas, comunitaristas, representativistas, etc. Dentro de estas, las más que han abordado el fenómeno de la tortura son las psicoanalistas, las sociocognitivistas, y las materialistas-dialécticas. Quizás nuestro marco teórico se encuentre más cercano a las sociocognitivistas, pero hemos optado por una, que a nuestro parecer da cuenta del fenómeno de forma más integral: la histórico-psicosocial. De ésta, su máximo exponente lo encontramos en el Dr. Ignacio Martín-Baró, psicólogo social y jesuita español, nacionalizado salvadoreño, el cual impulso la

construcción de una psicología social latinoamericana que diera cuenta de las problemáticas ético-políticas actuales, y las opciones personales y sociales que ellas implicaban.

El marco teórico denominado histórico-psicosocial, es más bien una teoría general de la violencia, la cual, haciendo uso de resultados empíricos de otros marcos teóricos, propone varios elementos para la comprensión y análisis de la violencia, especialmente la que se presenta en la América Latina de los 70 y 80. En este marco se dan cita a autores tan disímiles como Harendt y Bandura, cada uno de los cuales realiza una aportación muy concreta desde distintos niveles de explicación. Es así como la teoría del aprendizaje social, las corrientes críticas en sociología, los trabajos en sociocognitivos y comunitarios, cuentan con un lugar dentro de este marco teórico ecléctico.

Somos concientes que este marco teórico no se ve enteramente reflejado en el PDPT-SIDH, realizando su aporte, más en la construcción de los apartados generales y en la perspectiva que debe asumir el perito a la hora de integrar las conclusiones. Creemos que esto, en la medida que se valla aplicando, ira contando con sus propios elementos técnicos donde se pueda ver fielmente reflejada la teoría histórico-psicosocial de la tortura.

Aspectos Metodológicos

Otro elemento que queremos plantear en esta breve discusión, es lo referente a los componente técnicos y metodológicos del PDPT-SIDH, los cuales han sido desarrollados a partir de la articulación de las categorías conceptuales planteadas desde el marco teórico, y los aportes técnicos realizados en disciplinas como la psicología clínica, de la salud, y la psiquiatría, en la evaluación de síntomas.

En esta etapa metodológica hemos tratado de ceñirnos a los cánones planteados por el marco legal internacional, ya que es en éste donde el Protocolo pretende tener validez jurídica, por lo que el ámbito de la Psicología Jurídica, especialmente en el campo del peritaje psicológico, ha sido la guía modelo para la construcción de este instrumento. Por lo

tanto, creemos que las limitaciones del mismo, vienen dadas por la naturaleza del contexto de aplicación y validez, en este caso, el ámbito del derecho.

Es importante resaltar el hecho de que en el ámbito internacional de la Psicología Jurídica, y en especial en lo concerniente al peritaje psicológico, la nosografía descrita en el DSM-IV y el ICD-10, cuenta con gran credibilidad en el ámbito del diagnóstico psicológico. Esto, desde el punto de vista metodológico, representa un arma de doble filo, porque, si bien contamos con un sistema internacional que valide nuestros resultados, por el otro, nos restringe metodológicamente la posibilidad de explorar otros ámbitos que no se encuentren inscritos dentro de estos modelos. Con el PDPT-SIDH, hemos tratado de superar estas limitaciones, sin embargo, en el campo propiamente del diagnóstico, esta superación no ha sido superada.

En este sentido, creemos importante iniciar investigaciones transculturales sobre las respuestas individuales, grupales y comunitarias a este tipo de eventos, ya que la variable cultural representa un ámbito poco claro y hasta confuso dentro del esquema para la realización de los peritajes y documentación psicosocial de la tortura. Junto a esta variable, la perspectiva de género y los niveles grupales y comunitarios tienen que tomar su lugar dentro de la documentación efectiva de la tortura.

Aspectos Éticos

Sin lugar a dudas, más allá de los elementos propiamente técnicos y disciplinarios de la documentación de la tortura, los aspectos éticos tienen un lugar de suma importancia, sino es que la más importante dentro de este ámbito. Como hemos visto, múltiples organizaciones locales e internacionales han realizado códigos y declaraciones sobre el comportamiento, la moral y la ética de los trabajadores de la salud con respecto a la tortura y otras violaciones a los derechos humanos. Si bien, este elemento queda claro dentro del ámbito normativo, quedan dudas con respecto a su aplicación práctica en contextos donde la realidad y los conflictos no son tan claros.

Queremos destacar este elemento de la ética en cuanto práctica humana del profesional de la salud, en especial del de la salud mental.

Aspectos Políticos

V. RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de la salud mental

Considerando la propuesta de aproximación histórico-psicosocial al fenómeno de la tortura, así como las consecuencias prácticas de esta para la acción social, realizamos las siguientes recomendaciones a los profesionales de la salud mental:

2. A los defensores de derechos humanos

Dado que las organizaciones públicas y civiles de derechos humanos son el actor sociopolítico más importante en la defensa y promoción de una cultura de respeto a la paz y los valores humanos, realizamos las siguientes recomendaciones:

BIBLIOGRAFÍA

ALBARRAN, O. A. J., 1993, “Psicología forense y victimología”, en: URRUA, P. J. y VÁZQUEZ, M. B., (comps.) 1993, *Manual de psicología forense*, España, Siglo XXI editores.

ALDHU, 1993, *Salud mental comunitaria y derechos humanos*, Santiago de Chile, Asociación Latinoamericana para los Derechos Humanos.

ALLODI, F. A., 1994, “Evaluación y tratamiento de víctimas de tortura: una revisión crítica”, en: UGALDE, A. y ZWI, A. (comps.), 1994, *Violencia política y salud en América Latina*, México, Nueva Imagen.

AMNISTÍA INTERNACIONAL, 1979, *Códigos de ética profesional*, Inglaterra, Publicaciones de Amnistía Internacional.

AMNISTÍA INTERNACIONAL, 1990, Médicos. *El personal de la salud ante la tortura*, Madrid, EDAI.

AMNISTÍA INTERNACIONAL, 2000, *Un escándalo oculto, una vergüenza secreta. Tortura y malos tratos a menores*, Madrid, EDAI.

ARON, A., CORNE, S., FURSLAND, A. y ZELWER, B., 1989, “El trastorno por estrés post-traumático en mujeres centroamericanas refugiadas”, en: *Revista de Psicología de El Salvador*, 1989, Vol. VIII, N° 34, pags. 387-403, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

ARQUIDIÓCESIS DE SAO PAULO, 1994, “Esto es el infierno...”: tortura en Brasil”, en: UGALDE, A. y ZWI, A. (comps.), 1994, *Violencia política y salud en América Latina*, México, Nueva Imagen.

BARUDY, J., 1994, “El dolor invisible de la tortura”: un programa de salud mental para refugiados políticos”, en: UGALDE, A. y ZWI, A. (comps.), 1994, *Violencia política y salud en América Latina*, México, Nueva Imagen.

- PÁEZ, D., MARTENS, J. y COLAT, 1990, “La reconstrucción del sí mismo traumatizado por la tortura. El proceso terapéutico”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

BECKER, D., 1991, “Reparación: recuperando la capacidad de conflicto”, en: ALDHU, 1993, *Salud mental comunitaria y derechos humanos*, Santiago de Chile, Asociación Latinoamericana para los Derechos Humanos.

- 1994, “Tortura y daño familiar”, en: UGALDE, A. y ZWI, A. (comps.), 1994, *Violencia política y salud en América Latina*, México, Nueva Imagen.

- y CALDERÓN, H., 1990, “Traumatizaciones extremas, procesos de reparación social, crisis política”, en: RIQUELME, U. H. (editor), 1990, *Era de nieblas. Derechos humanos, terrorismo de Estado y salud psicosocial en América Latina*, Venezuela, Editorial Nueva Sociedad.

- et al., 1990, “Psicopatología y proceso psicoterapéutico de situaciones políticas traumáticas”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

BENDFELDT-ZACHRISSON, F., 1994, “La tortura como forma de represión intensiva en América Latina: psicología de sus métodos y práctica”, en: UGALDE, A. y ZWI, A. (comps.), 1994, *Violencia política y salud en América Latina*, México, Nueva Imagen.

BÖJHOLM, S, 1997, “La experiencia internacional del IRCT en el trabajo con víctimas de tortura”, en: PÉREZ, S. P. (compilador), 1999, *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*, Madrid, Exlibris Ediciones.

BOLSHIA B. C. y GAUTIER, A., 2000, *Las secuelas de la tortura y la violencia estatal*, Bolivia, Editorial Los Amigos del Libro.

BUSTOS, E., 1990, “El fenómeno de la tortura y su interpretación”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

CASTAÑO, H. B., 1994, *Violencia socio-política en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas*, Colombia, Corporación AVRE.

- 1994, “Más allá de la tortura física”, en: CASTAÑO, H. B., 1994, *Violencia socio-política en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas*, Colombia, Corporación AVRE.

CASTILLO, M. I., GOMEZ, E. Y KOVALSKYS, J., 1991, “La tortura como experiencia traumática extrema, su expresión en lo psicológico, en lo somático y en lo social”, en; *Revista de Psicología de El Salvador*, 1991, Vol. X, Nº 40, pags. 165-171, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

CEJIL, 1996, *Los derechos humanos en el Sistema Interamericano. Compilación de instrumentos*, Costa Rica, Centro por la Justicia y el Derecho Internacional.

CODEPU, 1989, “Las últimas técnicas de tortura aplicadas en Chile. Su acción, sus objetivos, sus efectos”, en: CODEPU, 1989, *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Chile 1973 – 1989*, Santiago de Chile, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo.

CODEPU, 1989, “ Tortura: algunos aspectos de la experiencia médica”, en: CODEPU, 1989, *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Chile 1973 – 1989*, Santiago de Chile, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo.

CODEPU, 1989, “Sobre la definición de tortura”, en: CODEPU, 1989, *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Chile 1973 – 1989*, Santiago de Chile, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo.

CODEPU, 1994, “Los efectos de la tortura y la represión política en una muestra de familias chilenas”, en: UGALDE, A. y ZWI, A. (comps.), 1994, *Violencia política y salud en América Latina*, México, Nueva Imagen.

COORDINADORA NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, 1999, *Análisis de la problemática de la tortura en el Perú*, Lima, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.

DOBLES, O. I., 1990, “Apuntes sobre psicología de la tortura”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

ELLACURÍA, I., 1990, “Historización de los derechos humanos desde los pueblos oprimidos y las mayorías populares”, en: *Estudios Centroamericanos ECA*, N° 502, Agosto 1990, Año XLV, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

ENGORÓN, S. y NÚÑEZ, M. A., 1994, “Impacto de la migración forzada: situaciones traumáticas, pérdidas y duelos”, en: BOTINELLI, C. (coord.), 1994, *Migración y salud mental. Manual para promotores y capacitadores*. México, ILEF, RÄDDA BARNEN.

ESTRADA, S., 1996, “Salud mental y derechos humanos”, en: CODEPU, 1996, *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Volumen II. Chile 1990 – 1995*, Santiago de Chile, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo.

FANON, F., 1963, *Los condenados de la tierra*, México, Fondo de Cultura Económica.

GUINSBERG, E., 1989, “Prácticas psicoterapéuticas con reprimidos, torturados y exiliados”, en: *Revista de Psicología de El Salvador*, 1989, Vol. VIII, N° 34, pags. 333-360, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

HENRÍQUEZ, J. L., Y MÉNDEZ, M. A., 1992, “Los efectos psicosociales de la guerra en niños de El Salvador”, en: *Revista de Psicología de El Salvador*, 1992, Vol. XI, N° 44, pags. 89-107, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

IBACACHE, L. y CASTALDI, L., 1996, “Terapia a torturados: un reconstruirnos mutuamente”, en: CODEPU, 1996, *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Volumen II. Chile 1990 – 1995*, Santiago de Chile, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo.

IBÁÑEZ, V. y DÍAZ, D., 1997, “El papel del clínico en la terapia de las respuestas traumáticas: tratamientos biológicos y psicoterapias”, en: PÉREZ, S. P. (compilador), 1999, *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*, Madrid, Exlibris Ediciones.

IIDH y PRODECA, 1998, *Directrices para visitas a Centros Penitenciarios*, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Programa Pro Derechos Humanos de Dinamarca para Centroamérica.

JACOBSEN, L. y VESTI, P., 1992, *Torture survivor. A new group of patients*, Denmark, International Rehabilitation Council for Torture Victims.

LANDA, J., 1999, “Del quiebre individual al quiebre histórico: una experiencia de trabajo con víctimas de la represión política”, en: BOLSHIA B. C. y GAUTIER, A., 2000, *Las secuelas de la tortura y la violencia estatal*, Bolivia, Editorial Los Amigos del Libro.

LENHARDTSON, E., 1994, “Algunas reflexiones sobre la tortura”, en: UGALDE, A. y ZWI, A. (comps.), 1994, *Violencia política y salud en América Latina*, México, Nueva Imagen.

LIRA, E. y WEINSTEIN, E., 1990, “La tortura. Conceptualización psicológica y proceso terapéutico”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

LÓPEZ, F. G., 1994, “Proceso de migración, sus etapas y consecuencias psicosociales en individuos, grupos y familias”, en: BOTINELLI, C. (coord.), 1994, *Migración y salud mental. Manual para promotores y capacitadores*. México, ILEF, RÄDDA BARNEN.

MARTÍN-BARÓ, I., 1989, “Consecuencias psicosociales del desplazamiento forzoso”, en: CASALET, R. M. y COMBONI, S. S. (coord.), *Consecuencias psicosociales de las migraciones y el exilio*, México, Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

- 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

- 1990, “Guerra y salud mental”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

- 1990, “La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

- 1990, “Guerra y trauma psicosocial del niño salvadoreño”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

MÁRTIR, H. J. G., 1989, “Crisis social, represión política y desintegración familiar”, en; *Revista de Psicología de El Salvador*, 1989, Vol. VII, N° 31, pags. 101-109, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

- 1988, “Salud mental: Conceptualización, índices y enfoque integral”, en; *Revista de Psicología de El Salvador*, 1988, Vol. VII, N° 27, pags. 109-117, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

MONROY, P., 1999, “Violencia social: postconflicto y resiliencia en Guatemala”, en: ARAUJO, P, DESATNIK, M. y FERNÁNDEZ R. (editores), 1999, *Frente al silencio. Testimonios de la violencia en Latinoamérica*, México, ILEF, UAM.

MURILLO, P. A., 1990, “Psicoterapia con víctimas de la tortura”, en: MARTÍN-BARÓ, I., 1990, *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*, El Salvador, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

NEUMANN, E., MONREAL, A. y MACCHIAVELLO, C., 1990, “Violación de los derechos fundamentales. Reparación individual y social”, en: RIQUELME, U. H. (editor), 1990, *Era de nieblas. Derechos humanos, terrorismo de Estado y salud psicosocial en América Latina*, Venezuela, Editorial Nueva Sociedad.

PÉREZ, A. L., 1991, *La opción entrañable*, Montevideo, Paulinas.

PÉREZ, S. P. (compilador), 1999, *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*, Madrid, Exlibris Ediciones.

- 1999, “El trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado”, en: PÉREZ, S. P. (compilador), 1999, *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*, Madrid, Exlibris Ediciones.

PÉREZ, S. P., BACIC, H. R. y DURÁN, P. T., 1998, *Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: una aproximación étnica*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Católica de Temuco.

PROKOSCH, E., 1999, “Desafíos de la lucha mundial contra la tortura”, en: BOLSHIA B. C. y GAUTIER, A., 2000, *Las secuelas de la tortura y la violencia estatal*, Bolivia, Editorial Los Amigos del Libro.

ROJAS, P., 1996, “La tortura: causas, efectos y tratamiento”, en: CODEPU, 1996, *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Volumen II. Chile 1990 – 1995*, Santiago de Chile, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo.

- 1996, “La tortura, arma de poder: la respuesta terapéutica como instrumento de vida”, en: CODEPU, 1996, *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Volumen II. Chile 1990 – 1995*, Santiago de Chile, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo.

- 1996, “Algunas reflexiones sobre rehabilitación a personas torturadas”, en: CODEPU, 1996, *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Volumen II. Chile 1990 – 1995*, Santiago de Chile, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo.

RIQUELME, U. H. (editor), 1990, *Era de nieblas. Derechos humanos, terrorismo de Estado y salud psicosocial en América Latina*, Venezuela, Editorial Nueva Sociedad.

- 1990, “América del Sur: derechos humanos y salud psicosocial”, en: RIQUELME, U. H. (editor), 1990, *Era de nieblas. Derechos humanos, terrorismo de Estado y salud psicosocial en América Latina*, Venezuela, Editorial Nueva Sociedad.

- 1990, “Lo real espantoso: efectos psicoculturales del terrorismo de Estado en América del Sur”, en: RIQUELME, U. H. (editor), 1990, *Era de nieblas. Derechos humanos, terrorismo de Estado y salud psicosocial en América Latina*, Venezuela, Editorial Nueva Sociedad.

ROUGET, D., 2000, *Prevenir la tortura. Mecanismos internacionales y regionales para luchar contra la tortura*, Ginebra, Asociación para la Prevención de la Tortura.

SABUCEDO, J. M., 1995, “Psicología política y cambio social”, en: D´ADAMO, O., GARCÍA, B. V. y MONTERO, M. (comps.), 1995, *Psicología de la acción política*, Argentina, Paidós.

SUMMERFIELD, D., 1997, “Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de Trauma Psicológico”, en: PÉREZ, S. P. (compilador), 1999, *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*, Madrid, Exlibris Ediciones.

VALS, G. V., 1999, “Trauma y contexto”, en: BOLSHIA B. C. y GAUTIER, A., 2000, *Las secuelas de la tortura y la violencia estatal*, Bolivia, Editorial Los Amigos del Libro.

- 1999, “Cuidando a los que cuidan”, en: BOLSHIA B. C. y GAUTIER, A., 2000, *Las secuelas de la tortura y la violencia estatal*, Bolivia, Editorial Los Amigos del Libro.

VESTI, P., SOMNIER, F. y KASTRUP M., 1992, *Psychotherapy with torture survivors. A report of practice from The Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT), Copenhagen, Denmark*, Denmark, International Rehabilitation Council for Torture Victims.

VV. AA., 2000, *La tortura y otras violaciones de los derechos humanos. Modelos de abordaje para personas afectadas por la tortura y otras violaciones a los derechos humanos*, Guatemala, ECAP, IRCT, ODHAG.

WEINSTEIN, E., 1984, “El testimonio de experiencias políticas traumáticas como instrumento terapéutico”, en: LIRA, E. y WEINSTEIN, E., 1984, *Psicoterapia y represión política*, México, Siglo XXI editores.

ZUR, J., 1997, “Represión y culturas indígenas”, en: PÉREZ, S. P. (compilador), 1999, *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*, Madrid, Exlibris Ediciones.