Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

Capítulo V

SEÑALES FÍSICAS DE TORTURA

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

A. Estructura de la entrevista

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

B. Historial médico

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

1. Síntomas agudos

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

2. Síntomas crónicos

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

3. Resumen de la entrevista

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

C. El examen físico

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

1. La piel

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

2. La cara

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

a) Los ojos

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

b) Los oídos

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

c) La nariz

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

d) La mandíbula, la orofaringe y el cuello

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

e) La cavidad bucal y los dientes

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

3. El tórax y el abdomen

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

4. El sistema musculoesquelético

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

[75] Véase la nota 73 *supra*.
[76] D. Forrest, "Examination for the late physical after-effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine*, vol. 6 (1999), pp. 4-13.
[77] Véase la nota 73 *supra*.

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

5. El sistema genitourinario

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

6. Sistemas nerviosos central y periférico

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

D. Examen y evaluación tras modalidades específicas de tortura

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

a) No hay relación: la lesión no puede haber sido causada por el traumatismo que se describe;

b) Hay una relación probable: la lesión puede haber sido causada por el traumatismo que se describe pero no es privativa de éste y podría obedecer a otras muchas causas;

c) Hay una firme relación: la lesión puede haber sido causada por el traumatismo que se describe y son pocas las otras causas posibles;

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

1. Golpes y otras formas de traumatismo contuso

a) Lesiones cutáneas

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

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

[78] S. Gürpinar y S. Korur Fincanci, "Insan Haklari Ihlalleri ve Hekim Sorumluluğu" [Violaciones de los derechos humanos y responsabilidad del médico], *Birinci Basamak Icin Adli Tip El Kitabi* [Manual de medicina forense para médicos generalistas], Ankara, Asociación Médica Turca, 1999.

[79] Véase la nota 73 *supra*.

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

[81] *Idem.*

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

b) Fracturas

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

c) Traumatismos craneales

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

[82] Véase la nota 76 *supra*.

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

d) Traumatismos torácicos o abdominales

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

2. Golpes en los pies

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

204. Pueden producirse numerosas complicaciones y síndromes:

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

[83] G. Sklyv, "Physical sequelae of torture", *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches, M. Başoğlu*, ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 38-55.
[84] Véase la nota 76 *supra*.
[85] K. Prip, L. Tived, N. Holten, *Physiotherapy for Torture Survivors*: A Basic Introduction, Copenhague, Consejo Internacional de Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura, 1995.
[86] F. Bojsen-Moller y K. E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and internal architecture of the ball of the foot", *Journal of Anatomy*, vol. 121, 1976, pp. 599-611.

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

3. Suspensión

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

a) Suspensión en cruz. Se aplica extendiendo los brazos y atándolos a una barra horizontal.

b) Suspensión de carnicería. Se aplica fijando las manos en posición levantada, conjuntamente o una por una.

c) Suspensión de carnicería inversa. Se aplica por fijación de los pies hacia arriba, con la cabeza abajo.

d) Suspensión "palestina". Se aplica suspendiendo a la víctima con los dos antebrazos atados juntos a la espalda, los codos flexionados en 90 grados y los antebrazos atados a una barra horizontal. Otra forma consiste en que se suspende al preso

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

a) Lesiones del plexo inferior. Las deficiencias se localizan en los músculos del antebrazo y la mano. Pueden observarse deficiencias sensoriales en el antebrazo y en el cuarto y quinto dedos en el lado medial de la mano en una distribución del nervio ulnar.

b) Lesiones del plexo medio. Se ven afectados los músculos extensores del antebrazo, el codo y los dedos. Debilidad en la pronación del antebrazo y la flexión radial de la mano. Se observa una deficiencia sensorial en el antebrazo y en las caras dorsales del primer, segundo y tercer dedos de la mano en una distribución del nervio radial. Pueden perderse los reflejos tricipitales.

c) Lesiones del plexo superior. Se afectan especialmente los músculos del hombro. Pueden ser deficientes la abducción del hombro, la rotación axial y la pronación-supinación del antebrazo. Se observa deficiencia sensorial en la región deltoidea, que puede extenderse al brazo y a las partes exteriores del antebrazo.

4. Otras torturas de posición

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

5. Tortura por choques eléctricos

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

6. Tortura dental

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

7. Asfixia

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

8. Tortura sexual, incluida la violación

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

a) Revisión de los síntomas

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

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

b) Exploración tras una agresión sexual reciente

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

c) Examen después de la fase inmediata

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

d) Seguimiento

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

iii) Incapacidad para confiar en la pareja sexual.

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

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

e) Exploración genital de la mujer

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

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

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

f) Exploración genital del hombre

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

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

g) Exploración de la región anal

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

i) Las fisuras tienden a representar señales no específicas pues pueden darse en cierto número de situaciones "normales" (estreñimiento o higiene defectuosa). Pero cuando se observan en situación aguda (es decir dentro de las primeras 72 horas), las fisuras constituyen una señal más específica y se pueden considerar como prueba de penetración.

ii) Pueden observarse desgarros anales con o sin hemorragia.

iii) La rotura del dispositivo rugal puede manifestarse en forma de cicatriz suave en abanico. Cuando se vean estas cicatrices fuera de la línea mediana (es decir, fuera de los puntos de las 12 ó las 6 horas), puede ser indicio de traumatismo por penetración.

iv) Papilomas cutáneos, que pueden ser resultado de traumatismos en curación.

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

E. Pruebas de diagnóstico especializadas

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv Libro completo en: https://goo.gl/Jof9mS

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

DR © 2017. Comisión Nacional de los Derechos Humanos
http://www.cndh.org.mx/