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 VI

INDICIOS PSICOLÓGICOS DE LA TORTURA

A. Generalidades

1. El papel central de la evaluación psicológica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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. El contexto de la evaluación psicológica

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

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

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

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. Secuelas psicológicas de la tortura

1. Precauciones aconsejables

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

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

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. Reacciones psicológicas más frecuentes

a) Reexperimentación del trauma

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

b) Evitación y embotamiento emocional

i) Evitación de todo tipo de pensamiento, conversación, actividad, lugar o persona que despierte recuerdos del trauma;

ii) Profunda constricción afectiva;

iii) Profunda desafectación personal y aislamiento social;

iv) Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.

c) Hiperexcitación

i) Dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo;

ii) Irritabilidad o estallidos de cólera;

iii) Dificultad de concentración;

iv) Hipervigilancia, reacciones de sobresalto exagerado;

v) Ansiedad generalizada;

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

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) Síntomas de depresión

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

e) Disminución de la autoestima y del sentido del futuro

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

f) Disociación, despersonalización y comportamiento atípico

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

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

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

g) Quejas somáticas

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

h) Disfunciones sexuales

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

i) Psicosis

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

i) Delirios.

ii) Alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y olfativas.

iii) Ideas y comportamiento extravagantes.

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

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

v) Paranoia y delirios de persecución.

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

j) Consumo excesivo de sustancias psicotrópicas

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

k) Daño neuropsicológico

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

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

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

3. Clasificaciones de diagnóstico

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

[103] Organización Mundial de la Salud, *Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento y Directrices para el Diagnóstico de la CIE-10*, Ginebra, 1994.
[104] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, 4a. ed., Washington D.C., 1994.

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) Trastornos depresivos

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

b) Trastorno de estrés postraumático

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

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

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

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

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

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

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

c) Transformación duradera de la personalidad

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

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

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

d) Consumo excesivo de sustancias psicotrópicas

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

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

e) Otros diagnósticos

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

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

ii) El trastorno de pánico se manifiesta por ataques recurrentes e inesperados de intenso miedo o incomodidad, e incluye

[105] P. J. Farias, "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15 (1991), pp. 167 a 192.
[106] A. Dadfar, "The Afghans: bearing the scars of a forgotten war", *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, A. Marsella *et al*., Washington D.C., American Psychological Association, 1994.
[107] G. W. Beebe, "Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners: II: Morbidity, disability, and malajustments", *American Journal of Epidemiology*, vol. 101, 1975, pp. 400-422.
[108] B. E. Engdahl *et al*., "Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war", *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, 1998, pp. 1740-1745.
[109] T. M. Keane y J. Wolfe, "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies", *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, Núm. 21, 1990, pp. 1776-1788.
[110] R. A. Kulka *et al*., *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, (New York, Brunner/Mazel, 1990).
[111] K. Jordan *et al*., "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, Núm. 3, 1991, pp. 207-215.
[112] A. Y. Shalev, A. Bleich, R. J. Ursano, "Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance", *Psychosomatics*, vol. 31, 1990, pp. 197-203.

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

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

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

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

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

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

vii) Fobias como la fobia social y la agorafobia.

C. Evaluación psicológica/psiquiátrica

1. Consideraciones éticas y clínicas

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

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

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

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

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. El proceso de la entrevista

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ii) Desilusión, desvalimiento, desesperanza y sobreidentificación, que pueden provocar síntomas de depresión o de traumatización vicaria, como pesadillas, ansiedad y miedo.

iii) Sensación de omnipotencia y grandeza, que llevan al individuo a sentirse el salvador, el gran experto en traumas o la última esperanza de recuperación y bienestar del superviviente.

iv) Sentimientos de inseguridad acerca de las propias aptitudes profesionales frente a la gravedad de la historia o los sufrimientos comunicados. Esto se puede manifestar en falta de confianza en la propia capacidad para hacer justicia al

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

superviviente y una preocupación poco realista por normas médicas idealizadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Componentes de la evaluación psicológica/psiquiátrica

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

a) Historia de las tortura y malos tratos

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

b) Quejas psicológicas actuales

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

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

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

c) Historia posterior a la tortura

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

d) Historia previa a la tortura

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

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

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

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

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

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

e) Historia clínica

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

f) Historia psiquiátrica

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

g) Antecedentes de uso y abuso de sustancias psicotrópicas

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

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

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

h) Examen del estado mental

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

i) Evaluación del funcionamiento social

285. El trauma y la tortura pueden, directa e indirectamente, dañar la capacidad funcional de la persona. Además, la tortura puede causar indirectamente disfunciones e invalideces cuando las consecuencias psicológicas de la experiencia alteran la capacidad del individuo para cuidar de sí mismo, ganarse la vida, mantener a la familia o proseguir sus estudios. El especialista deberá evaluar el actual nivel de funcionamiento del sujeto interrogándole acerca de sus actividades cotidianas, su función social (como ama de casa, estudiante, trabajador), sus actividades sociales y recreativas y su percepción del propio estado de salud. El entrevistador pedirá al sujeto que evalúe su propio estado de salud, que hable de la presencia o ausencia de una sensación de cansancio crónico y que comunique los cambios que eventualmente haya experimentado en su funcionamiento general.

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

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

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

k) Opinión clínica

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

i) ¿Hay una concordancia entre los signos psicológicos y la denuncia de tortura?

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

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

iv) ¿Cuáles son los factores de estrés coexistentes que afectan al sujeto (por ejemplo, una persecución que aún dura,

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

migración forzada, exilio, pérdida de la familia o pérdida de la función social)? ¿Qué repercusión tienen estos factores sobre el sujeto?

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

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

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

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

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

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

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

I) Recomendaciones

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

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

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

4. Evaluación neuropsicológica

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

a) Limitaciones de la evaluación neuropsicológica

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

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

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

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

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

[115] A. R. Luria y L. V. Majovski, "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology", *American Psychologist*, vol. 32, Núm. 11, 1977, pp. 959-968.
[116] R. J. Ivnik, "Overstatement of differences", *American Psychologist*, vol. 33, Núm. 8, 1978, pp. 766 y 767.

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

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

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

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

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

b) Indicaciones de la evaluación neuropsicológica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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) Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

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

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

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

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

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

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

5. Los niños y la tortura

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

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

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

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

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

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

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

a) Consideraciones relativas al desarrollo

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

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

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

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

b) Consideraciones clínicas

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

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

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

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

[127] Véase la nota 125.

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

c) Papel de la familia

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

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

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

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

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

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

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

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