

Evaluación forense de las consecuencias psicológicas de la tortura

Forensic Evaluation of the Psychological Consequences of Torture

Avaliação forense das consequências psicológicas da tortura

Gina Cabeza-Monroy¹
Iván Perea-Fernández²

Recibido: 19 de agosto de 2020

Aprobado: 13 de febrero de 2021

Publicado: 15 de marzo de 2021

Cómo citar este artículo: Cabeza-Monroy G, Perea-Fernández I. Evaluación forense de las consecuencias psicológicas de la tortura. Colomb. Forense. 2020;7(1):1-20.
doi: <https://doi.org/10.16925/2145-9649.2020.01.03>

Artículo de investigación. <https://doi.org/10.16925/2145-9649.2020.01.03>

1 Médico Especialista en Psiquiatría, magíster en Discapacidad, investigadora del Grupo de Violencia y Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4388-5956>

2 Médico Especialista en Psiquiatría, subdirector de Investigación Científica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7370-5552>

Correo electrónico: iperea@medicinalegal.gov.co

Resumen

Para realizar una valoración pericial integral forense de la tortura es indispensable considerar los daños e impactos generados por la tortura en los contextos relacionales o vinculares de la víctima; no se puede separar la tortura y sus consecuencias psicológicas de los aspectos psicosociales del individuo. Una propuesta sistemática para evaluar los efectos psicológicos de la tortura en el contexto forense consiste en clasificarlos en cuadros reactivos inmediatos: respuestas psicológicas comunes, cuadros psicopatológicos o trastornos psiquiátricos propiamente dichos, impacto sobre el proyecto de vida, la presencia o no de discapacidad psicosocial; y, por otro lado, las consecuencias psicosociales divididas en consecuencias sobre los microgrupos y sobre los macrogrupos.

Conclusiones: el Protocolo de Estambul, así como numerosos artículos especializados, destacan la importancia de evaluar el contexto en el que sucede la tortura. La evaluación forense de las consecuencias psicológicas de la tortura solo puede considerarse integral cuando se valora al individuo y sus relaciones vinculares en su contexto.

Abstract

In order to carry out a comprehensive forensic expert assessment of torture, it is essential to consider the damages and impacts generated by torture in the relational or related contexts of the victim; torture and its psychological consequences cannot be separated from the psychosocial aspects of the individual. A systematic proposal for evaluating the psychological effects of torture in the forensic context consists of classifying them into immediate reactive conditions, common psychological responses, psychopathological conditions or psychiatric disorders themselves, impact on the life project, the presence or absence of psychosocial disability and on the other hand, the psychosocial consequences divided into consequences on microgroups and on macrogroups.

Conclusions: The Istanbul Protocol, as well as in numerous specialized articles, highlight the importance of evaluating the context in which torture occurs. Forensic assessment of the psychological consequences of torture can only be considered comprehensive when the individual and their related relationships are assessed in context.

Resumo

Para realizar uma avaliação abrangente de perícia forense sobre a tortura, é essencial considerar os danos e impactos gerados pela tortura nos contextos relacionais ou relacionados da vítima; a tortura e suas consequências psicológicas não podem ser separadas dos aspectos psicossociais do indivíduo. Uma proposta sistemática de avaliação dos efeitos psicológicos da tortura no contexto forense consiste em classificá-los em condições reativas imediatas, respostas psicológicas comuns, condições psicopatológicas ou transtornos psiquiátricos propiamente ditos, impacto no projeto de vida, presença ou ausência de deficiência psicossocial e na por outro lado, as consequências psicossociais dividem-se em consequências nos microgrupos e nos macrogrupos.

Conclusões: O Protocolo de Istambul, assim como vários artigos especializados, destacam a importância de avaliar o contexto em que ocorre a tortura. A avaliação forense das consequências psicológicas da tortura só pode ser considerada abrangente quando o indivíduo e seus relacionamentos são avaliados no contexto.

Introducción

La palabra "tortura" etimológicamente se deriva del latín *torquere*, que significa torcer [1]. Desde siempre, el hombre ha sabido que por medio del dolor y el sufrimiento de otros puede conseguir ciertos beneficios. A lo largo de la historia, se encuentran innumerables ejemplos en los cuales a través de la tortura algunos pueblos fueron adquiriendo poder y jerarquía: Roma, Egipto, Babilonia, España (sobre los indígenas americanos) o los aztecas (sobre otros pueblos mesoamericanos), en un principio para conseguir tierra y riqueza; posteriormente, evolucionó hasta convertirse en una práctica con una finalidad ideológica religiosa en la Edad Media y luego se transformó, en el siglo XX, en una medida de represión y coerción y, finalmente, se justificó como una forma rápida de obtención de información en la guerra contra el terrorismo. Se puede decir, que hoy en día, la tortura se ha convertido en un instrumento de Estado, que los gobiernos de extrema emplean sobre un individuo para generar miedo y terror a una población [2].

La acumulación de poder resulta tan atractiva para el individuo y la coacción por medio de la tortura tan efectiva y poco costosa, que se convierte en una práctica recurrente. Actualmente, los métodos usados son más tecnológicos y más sutiles, los métodos físicos de tortura se combinan con métodos psicológicos y técnicas farmacológicas con la malévola justificación de la sobrevivencia de un Estado todopoderoso.

La tortura es una experiencia traumática extrema de dolor somático y psíquico. Constituye un trauma de alta complejidad que ocurre frecuentemente en el contexto de persecución y violación de derechos humanos [3] y constituye una agresión masiva destinada a quebrar las resistencias físicas, emocionales y morales del individuo, bajo condiciones de un absoluto desamparo que se experimenta como una amenaza de muerte [4]. Su función es atemorizar, manipular y coaccionar hasta destruir física y psicológicamente al individuo a fin de asegurar su dominación absoluta, es un instrumento operativo de terror [5]. El concepto de dominación conlleva implícitamente la imposición, la tortura constituye una manifestación de poder social, es clasista y demuestra la inequidad del sistema de relaciones sociales y puede transformarse en importante fuente de información. En la represión política tiene como objetivo la desintegración de la personalidad, destrucción de la ideología y postura política de la víctima, y con su uso generalizado, los ciudadanos se autorreprimen en el ejercicio de sus libertades. Desde esta perspectiva, la tortura es una herramienta de control social que deshumaniza a la sociedad transformándola en algo terrorífico.

Fenomenología de la tortura

Para poder comprender las respuestas psicológicas (emociones, sentimientos, signos y síntomas) en la víctima, es importante comprender cómo la tortura daña la psiquis del torturado. Doerr Zegers, Lira y Weinstein [6] trataron de explicar que las características ligadas a la tortura se asemejan a la génesis de algunas patologías afectivas y psicóticas, para esto realizaron un análisis comparativo de cada uno de los epifenómenos observados durante la tortura:

- La asimetría absoluta entre el torturador y el torturado: el torturador es una figura de poder ilimitado, “el dueño de la vida y la muerte” que está orientado a producir daño hasta la destrucción del sujeto. El torturado es la figura de indefensión absoluta, ha perdido el control de su cuerpo, está desnudo en cuerpo y alma frente al torturador.
- La anonimidad: el torturador y el torturado no se conocían. El torturado pierde su nombre, es rotulado y clasificado, es despersonalizado.
- El doble vínculo: el torturado debe decidir entre salvar su identidad individual (denunciando y convirtiéndose en el potencial torturador de otros) o salvar su identidad social (entonces no denunciar y morir o ser dañado hasta el límite). Esta supuesta elección es falsa, ya que cualquiera de las dos constituye un ataque a la identidad de la persona detenida.
- La falsedad: el acto de tortura está inmerso en falacias, el camino del torturado empieza con una falsa denuncia, su traslado es falso, algunas de las amenazas son falsas, en ocasiones presencian falsos fusilamientos y son falsos también el reporte de la confesión y el documento de “buen trato”.
- El ámbito desorganizado de la tortura: el ambiente de la tortura es “esquizofreniforme”, hay translocación de significados: lo vital se transforma en tanático, el agua que da vida se convierte en símbolo de muerte en la asfixia húmeda; la cama, símbolo de descanso y de amor, se convierte en dolor en “la parrilla”
- Alteración temporal: el tiempo se altera en la tortura y es percibido como “circular”, sin inicio, sin ciclos, sin fin; es incesante, no existe otro futuro que otra nueva sesión de tortura o la muerte y el presente es insoportable. La mayoría de los torturados aseguran que lo más atormentante no era el dolor físico en sí, sino la sensación de que ese dolor no tendría fin [6].

En conclusión, la tortura daña la salud mental porque no es personal ni recíproca, es asimétrica y anónima, hay un doble vínculo que la hace esquizofreniforme, está rodeada de falsedad y la confianza básica primordial está perdida (se rompe el pacto social porque la autoridad, quien me debía cuidar, me daña, ya no tengo en quien confiar) y se altera el tiempo, pues ya no hay motivación ni futuro y el torturado pierde su espacio y su lugar en el mundo, por eso los sobrevivientes tienen la percepción de no ser los mismos y se sienten "separados" de sí mismos como en la esquizofrenia.

Evaluación de las consecuencias psicológicas de la tortura en el contexto forense

"La tortura intenta violar el alma, el espíritu y la imaginación de una persona a la que se inflige dolor y sufrimiento en el cuerpo y su mente" [7, p. 301].

Para realizar una valoración pericial integral forense de la tortura, es indispensable considerar los daños e impactos generados por la tortura en los contextos relacionales o vinculares de la víctima, no se puede separar la tortura y sus consecuencias psicológicas de los aspectos psicosociales del individuo, estos deben convertirse en el marco de referencia para su comprensión: su ideología, su nivel de educación, sus grupos de pertenencia, su religión, su participación en el entorno social, su pertenencia al estado, por eso se recomienda usar acciones diferenciadas en la atención (enfoque diferencial) [8].

La tortura conmociona al individuo en su unidad biopsicosocial, por lo que se originan variados procesos patológicos a nivel corporal, psíquico o relacional. En la valoración forense, algunas veces el cuadro sintomático principal podría estar dado por las alteraciones orgánicas; en otras, por alteraciones psicológicas, psicosociales o por procesos desestructurantes del proyecto personal de vida [9], por lo tanto, para evaluar el daño que la tortura produce en la salud hay que tener en cuenta estas tres áreas de evaluación: en la persona, en sus microgrupos sociales (la familia) y los macrogrupos o grandes conglomerados humanos (partidos políticos, sindicatos, grupos poblacionales, clases sociales) [10].

La evaluación de las consecuencias psicológicas en un individuo que ha sido sometido a tortura es un reto para el psiquiatra y el psicólogo, pues los síntomas que se buscan son diferentes a los que comúnmente se encuentran en las enfermedades mentales clasificadas en la nosología clásica. Por eso la pérdida del sentido de vida o

la no creencia en las instituciones o la ruptura del proyecto de vida no se encontrarán en un inventario de síntomas, sino que se deben utilizar técnicas como la narrativa libre con la que, a partir de las palabras y sus acompañantes afectivos y correlatos fisiológicos, podemos desentrañar la afectación de los individuos.

1. Consecuencias psicológicas en el examinado

La tortura es la experiencia más atroz que un ser humano puede conservar en su interior. Más allá de la gravedad del acto de tortura, se trata de una vivencia subjetiva y la intensidad del daño depende de la susceptibilidad individual, construcciones sociales culturales e históricas [5]. Los factores que influyen sobre las respuestas psicológicas de un individuo frente a la tortura son:

- La percepción, interpretación y significado de la tortura para la víctima: los individuos reaccionan al trauma extremo como la tortura de acuerdo con lo que significa para ellos.
- El contexto social antes, durante y después de la tortura: los factores culturales juegan un papel importante en la génesis y presentación de los síntomas de tortura, su percepción y respuesta. Una buena red de apoyo disminuye los efectos de eventos estresantes, previniendo su recurrencia. Las pérdidas y cambios en la vida del individuo durante el periodo postraumático también tienen un gran impacto en la respuesta psicológica.
- La severidad y duración de los eventos traumáticos, las circunstancias y la naturaleza de la tortura: hay reportes contradictorios acerca de la relación de la severidad del trauma y sus consecuencias; en algunos casos la humillación, la amenaza a las personas amadas o ser testigo de la tortura de otra persona puede tener un efecto más profundo sobre la víctima que sufrir electrochoques o la "falanga". Al evaluar la información del entorno, el entrevistador debe tener en cuenta que la duración y severidad de las respuestas al trauma son afectadas por múltiples factores que interactúan entre sí.
- La fase de desarrollo y la edad de la víctima: las investigaciones muestran que existe una correlación entre la edad de inicio del trauma, la naturaleza de la experiencia traumática y la complejidad de los efectos clínicos [11]. Las variables personales, tales como el entorno cultural y político, el sistema de creencias del individuo, el género, el estado de preparación respecto a la anticipación de la experiencia de tortura, los afectos, la cognición, la

capacidad de manejo, las estrategias de adaptación, la salud física y las discapacidades, los trastornos psicológicos, la vulnerabilidad personal o genética y biológica preexistente, así como las pérdidas durante y después de la tortura son todos factores que pueden influir sobre la severidad de los síntomas [12], [13].

Una propuesta sistemática para evaluar los efectos psicológicos de la tortura en el contexto forense consiste en clasificarlos en:

- Cuadros reactivos inmediatos.
- Respuestas psicológicas comunes.
- Cuadros psicopatológicos o trastornos psiquiátricos propiamente dichos.
- Impacto sobre el proyecto de vida.
- Presencia o no de discapacidad psicosocial.

Cuadros psicológicos reactivos inmediatos a la tortura [14]

El cuadro psicológico inmediato puede manifestarse con culpa, sentimientos de inseguridad, miedo o temor intenso, vergüenza, humillación [15] desánimo, fatiga [16], pérdida de memoria, irritabilidad y confusión. Después de sentirse al borde de la muerte a muchas de las víctimas les cuesta encontrar palabras para relatar esa experiencia (alexitimia): "Cómo expresar el dolor que siento, si es indescriptible" [17, p, 220]. Estos síntomas iniciales pueden acompañar a la víctima durante mucho tiempo y generalmente no remiten de manera espontánea [7]. La culpa por sí sola es una variable negativa en la recuperación psicológica y debe ser objeto de búsqueda e identificación activa en el relato del evaluado [18].

Las respuestas psicológicas más comunes encontradas en personas con experiencia de tortura son: a) reexperimentación del trauma. b) Evasión y embotamiento emocional que incluye la evasión de cualquier pensamiento, conversación, actividad, lugar o persona que provoque un recuerdo del trauma, inhibición emocional, segregación personal y rechazo social e inhabilidad para recordar un aspecto importante del trauma. c) Sobreexcitación que incluye síntomas como problemas para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o explosiones de ira, dificultades de concentración, hipervigilancia o respuesta exagerada de sobresalto, ansiedad generalizada y síntomas físicos de ansiedad como disnea, sudoración, sequedad de la boca o mareo y sufrimiento gastrointestinal. d) Síntomas depresivos como estado de ánimo

depresivo, anhedonia, alteraciones del apetito y pérdida resultante de peso, insomnio o exceso de sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga y pérdida de energía, sentimientos de minusvalía y de culpa excesiva, dificultad de atención, concentración o memoria, pensamientos de muerte y de morir, ideación suicida o intentos de suicidio. e) Autovaloración dañada y desesperanza, la víctima tiene un sentimiento subjetivo de haber sido dañada de manera irreparable, presentan una sensación de “no futuro”, por ejemplo, no tener carrera, ni matrimonio, ni hijos y de haber sufrido un cambio irreversible de personalidad. f) Disociación, despersonalización y comportamiento atípico. La disociación es un trastorno o alteración de la función integrativa normal de la conciencia, la autopercepción, la memoria y las acciones [11]. Es una respuesta común durante los eventos traumáticos extremos que pudiera llevar a la disminución de la percepción o a la percepción distorsionada de diversos aspectos del trauma [19]. No se integran los elementos de la experiencia como un todo unitario, pero se conservan en la memoria como fragmentos aislados y guardados como percepciones sensoriales, estados afectivos o como representaciones conductuales [20].

Los cuadros psicopatológicos (trastornos) más frecuentes en las víctimas de tortura son:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastorno de estrés postraumático extremo o no especificado.
- Trastornos psicóticos o reacciones psicóticas breves.
- Déficit cognitivo.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos sexuales.
- Cambio permanente de personalidad.
- Abuso de sustancias psicoactivas.
- Otros: fobias, trastornos del sueño, duelo complicado.

Trastorno depresivo mayor. Es el diagnóstico clínico psiquiátrico más frecuente en las investigaciones realizadas con sobrevivientes de tortura. En la literatura, su prevalencia puede variar desde un 11,5 % hasta 57 % [21].

Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Es el diagnóstico más popular y mejor conocido entre los trabajadores de la salud, los abogados, los jueces y el público en general [15]. Sin embargo, es importante destacar que tortura no es sinónimo de estrés postraumático, pues muchas de las víctimas no cumplen con los criterios de

diagnóstico y eso no significa que no hayan sido torturadas. Los factores de riesgo en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático por tortura son el sexo femenino y la edad avanzada. Los factores de "protección" contra el TEPT son la preparación para la tortura, el apoyo social y familiar y las creencias religiosas [22]. La prevalencia entre los sobrevivientes de la tortura varía ostensiblemente, en un metaanálisis de 161 artículos que informaron resultados de 181 encuestas que comprenden 81.866 refugiados y otras personas afectadas por el conflicto en 40 países, los índices de trastorno de estrés postraumático y la depresión reportados mostraron gran variabilidad (0% - 99% y 3% - 85,5%, respectivamente) pero al ajustar por factores metodológicos, la tortura emergió como el más fuerte predictor de TEPT [23]. Las manifestaciones del TEPT pueden variar de acuerdo a la cultura y lenguaje de la víctima. La intensidad y tipo de síntomas pueden reflejar cómo la tortura es percibida por el afectado, la naturaleza del agente estresante en la tortura y el grado de asistencia recibida luego de la tortura [24]. Algunas variables en los refugiados pueden exacerbar los síntomas de trastorno de estrés postraumático y contribuir a su mantenimiento, es así como los sobrevivientes que no reciben atención dentro del primer año de haber sufrido la tortura son más propensos a experimentar TEPT y depresión [25]. La comorbilidad depresión-TEPT está asociada a disfunción psicosocial a largo plazo [26].

Trastorno por estrés postraumático extremo no especificado. Para autores como Madariaga, la psicopatología y los disturbios psicológicos y psicosociales derivados de la tortura poseen su propia especificidad, lo que los hace esencialmente diferentes a los encontrados en la práctica psiquiátrica y psicológica general [10]. La discusión acerca del alcance del TEPT como marco descriptivo del trauma producido por la tortura conduce al debate sobre la especificidad del daño, sus características esenciales y su historicidad [27], por eso se ha propuesto al trastorno por estrés postraumático extremo no especificado (*disorders of extreme not otherwise specified*, DESNOS) como el diagnóstico más adecuado para el cuadro psiquiátrico que presentan las víctimas de tortura, este cuadro se caracteriza por alteraciones que afectan la regulación de los afectos e impulsos, memoria y atención, autopercepción, relaciones interpersonales, somatizaciones y sistema de significados. Entre los fenómenos que son comunes a muchos torturados está la retraumatización, que consiste en la reactivación cíclica y recurrente, generalmente activadas por acontecimientos políticos nuevos que están asociados a su experiencia traumática [10].

Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica. El cambio persistente de la personalidad, es una secuela grave y tardía de la tortura [13] que se manifiesta con la presencia de comportamientos rígidos y desadaptativos que incluyen cambios en la visión del mundo y de los demás, la falta de disfrute de la

vida, sus intereses, sus actitudes y aspectos importantes de su propia identidad [28] durante más de dos años de duración y debe ser confirmada por un tercero.

Trastornos de ansiedad. El porcentaje de trastornos de ansiedad en víctimas de la tortura varía desde el 27 % al 77 %. El más frecuente es el trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de pánico es frecuente en víctimas de asfixia mecánica, esto indica que en ocasiones el efecto psicológico podría ser indicativo del método de tortura usado [29], [30].

Déficit cognitivo. Los pacientes que sufrieron traumatismos craneoencefálicos con alteración de la conciencia, asfixia o malnutrición prolongada, pueden presentar alteraciones en la memoria, la atención, la concentración, labilidad emocional y mayor vulnerabilidad para otros trastornos psiquiátricos [16].

Problemas de control de impulsos. Los problemas de control de impulsos incluyen la dificultad para modular la ira, comportamientos autodestructivos y suicidas crónicos, dificultad para modular el compromiso sexual y comportamientos impulsivos y riesgosos [31].

Conductas de agresión autodirigida. Conductas autodestructivas, autoagresión, comportamientos parasuicidas, ideación suicida presente hasta en el 68 % de los torturados [7], gestos e intentos de suicidio; la ideación suicida y las conductas suicidas son más frecuentes en mujeres con historia de abuso sexual [18], [32].

Manifestaciones psicósomáticas. Los trastornos somatomorfos se caracterizan por quejas y presencia de síntomas físicos inespecíficos no producidos intencionalmente que son un reflejo del malestar psicológico manifestado a nivel corporal. Esto es importante en examinados de otras culturas como los indígenas [13]. Dentro de los síntomas más comunes reportados por las víctimas se encuentran la cefalea crónica, dolores de espalda, problemas de respiración [18], trastornos severos en el aparato digestivo, alteraciones dermatológicas complejas y crónicas, cuadros de hipertensión esencial en personas que han pasado por largos períodos de detención y tortura [30]. Es importante en la evaluación conocer qué significa el síntoma o con qué lo relaciona el examinado. Muchos sobrevivientes de tortura presentan dolor crónico, el dolor se considera un síntoma de la interfase entre el cuerpo y la mente, por eso el manejo del dolor crónico debe ser integral [33].

Trastornos sexuales. La disfunción sexual es común entre los sobrevivientes de la tortura, particularmente, pero no en forma exclusiva, entre aquellos que han sufrido tortura sexual o violación. En relación con el abuso sexual, la violación y la violación sodomítica imponen un silencio personal y social agudizado por el temor de las víctimas de ser denigradas por ello o que se cuestione su condición sexual [16]. La dimensión sexual del ser humano matiza todas las áreas del ser humano y el

impacto de la tortura en esta dimensión es tan intenso que afecta a todos los aspectos de la persona. Los abusos, vejaciones con objetos, por varios perpetradores o por animales, la sodomía produce en la víctima disminución acusada de la autoestima, sentimientos de deshonra y autodesprecio, sensación de pérdida de su dignidad y de su capacidad para la intimidad sexual. Las mujeres y hombres sometidos a la tortura sexual y violaciones presentan culpa intensa [34], aversión sexual y diversas disfunciones sexuales [15], estas a su vez causan deterioro de las relaciones de pareja y dificultades en su entorno cotidiano a largo plazo. La comorbilidad entre las torturas con agresiones sexuales y el TEPT es muy alta [34].

Trastornos asociados al consumo de sustancias. Los sobrevivientes de la tortura presentan patrones desadaptativos de consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas [13] como forma de controlar la ansiedad, desvanecer sus recuerdos traumáticos y regular sus emociones displacenteras [18].

Otros: trastornos disociativos [30], tartamudeo discapacitante, fobias (fobia social y agorafobia), trastornos del sueño (alteraciones en el patrón de sueño y pesadillas) [14], duelo complicado [18].

Disminución de la calidad de vida y alteraciones en proyecto de vida en las víctimas de tortura. Las víctimas de tortura presentan un empobrecimiento general de la vida psíquica que daña y limita la existencia, quiebra el proyecto vital y de la confianza en el ser humano [6]. La inmensa mayoría de los sobrevivientes de la tortura pierde su trabajo y su vivienda; al encontrarse denigrados, excluidos y acosados, algunos fueron desplazados o se exiliaron y los que no tuvieron esa posibilidad de escapar, debieron soportar la estigmatización, la persecución y en algunos casos convivir con sus torturadores. Las víctimas perdieron irremediamente las posibilidades de progreso y bienestar que tenían a su alcance antes de ser torturados [14]. En las revisiones internacionales, los sobrevivientes de tortura presentan un descenso importante en su funcionamiento global y un acusado deterioro en su calidad de vida, en especial las mujeres [25].

Presencia o no de discapacidad psicosocial (como antecedente). Un estudio en refugiados butaneses sobrevivientes de tortura encontró que uno de cada cinco refugiados torturados presentaba discapacidad psicosocial relacionada con el estrés postraumático y las fobias específicas [35].

2. Consecuencias psicosociales

Las agresiones padecidas por las víctimas de tortura no se circunscriben a su individualidad. 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, por esto la tortura puede destruir el tejido social y causar daños irreparables en la colectividad.

Las consecuencias psicosociales en el torturado pueden ser analizadas desde dos puntos de vista diferentes, complementarios más no opuestos: desde el punto de vista de la víctima y su relación con los otros y desde la afectación de los otros en relación con la víctima.

- Desde el punto de la víctima y su relación con los otros. Silove propone un modelo de evaluación psicosocial basado en que la tortura y los abusos relacionados pueden impactar lo que él denomina "los cinco sistemas adaptativos básicos psicosociales" que inervan las funciones de "seguridad", "unión", "justicia", "identidad en roles" y "propósito existencial". Este enfoque pretende establecer si las personas traumatizadas están logrando la restitución psicosocial o están en riesgo de discapacidad psiquiátrica permanente e identificar el tipo de intervención clínica que necesitan [3].
- Desde el punto de vista de los grupos con los que la víctima se interrelaciona. Para Martín-Baró, la salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, aunque esa dimensión produzca en cada organismo concreto diversas manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes). El trauma psíquico es la herida particular que una experiencia difícil o excepcional deja en una persona concreta; el trauma social son todos los procesos históricos que pueden haber dejado afectada a toda una población; y el trauma psicosocial es la herida causada en las personas por la vivencia prolongada de la violencia o la guerra que dependerá de cada vivencia individual, condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto, las características de su personalidad y su experiencia personal [36], [37].

Consecuencias sobre microgrupos (familia)

La tortura genera una situación de amenaza vital que afecta toda la familia, se inicia con la vigilancia y la intimidación, continúa con la retención ilegal y la tortura propiamente dicha y, finalmente, la liberación, el paso a la cárcel, el desplazamiento o el exilio [9]. La falta de confianza en las instituciones y en otros seres humanos trasciende a otras formas de intercambio social, deteriorando las relaciones afectivas más importantes, ocasionando ruptura de parejas, separación de la familia y distanciamiento

de los hijos, disminuyendo la posibilidad de establecer nuevas relaciones de amistad y de pareja [15]. La irrupción de dinámicas interpersonales emergentes es fuente de severos conflictos dentro del sistema en la familia y en algunos casos se produce violencia intrafamiliar como forma de canalizar la rabia, la frustración y el enojo [18].

Los daños psicológicos y psicosociales de la tortura pueden pasar a la siguiente generación. Los hijos de las víctimas de tortura que crecen en medio del miedo, las amenazas, hostilidad, la culpa y la zozobra pueden presentar depresión, ansiedad, insomnio, comportamientos agresivos o regresivos, sentimientos de miedo, problemas académicos [7] y problemas de desarrollo personal y de maduración en su vida independiente [18].

Consecuencias sobre macrogrupos:

Para destruir el cuerpo social fue necesario destruir el cuerpo individual. León Rozitchner.

La tortura cumple una tarea de amedrentamiento ciudadano con fines de modificar la respuesta social activa a un conflicto en beneficio de quien ejerce el control político. La reproducción del terror, amplificada por la fantasía popular, contamina al colectivo social consolidando el miedo, la apatía, la indiferencia [8].

La pérdida de la inserción social. Algunas de las consecuencias psicosociales de la tortura son la marginación social, la pérdida del trabajo y la imposibilidad de continuar los estudios. En Chile, muchas de las víctimas de tortura refieren la pérdida de sus grupos de referencia (partido político) y de sus redes sociales (amigos, colegas, vecinos y compañeros de trabajo) [14].

La pérdida de la inserción política. En el caso particular de personas torturadas con historia de compromiso social, se evidencia una pérdida del sentido de lucha por los valores colectivos. La política como quehacer legítimo fue asociada a la muerte y a las pérdidas. Las violaciones de derechos humanos alteran los modelos históricos de participación cívica y ciudadana y de confianza entre las personas [14].

Papel del psiquiatra y psicólogo forense frente a la evaluación forense de las consecuencias de la tortura

En la valoración forense de los casos en que se investigue o sospeche tortura o malos tratos, se recomienda un abordaje interdisciplinario a partir de la conformación de equipos, según los recursos disponibles y las particularidades de cada evento,

por estas razones, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia recomienda entrevistas a las víctimas en duplas de médico y psiquiatra o médico y psicólogo para prevenir revictimizaciones [38], [39].

La evaluación de las consecuencias psicológicas en un individuo que ha sido sometido a tortura es un reto. Identificar la pérdida del sentido de vida o la no creencia en las instituciones o la ruptura del proyecto de vida no se hará aplicando un inventario de síntomas. La narrativa libre del evaluado es una técnica que permite inferir desde sus palabras, sus simbolismos, sus acompañantes afectivos y correlatos fisiológicos la afectación del individuo. Así, por ejemplo, cuando un examinado asegure que “la tortura le quitó la sonrisa”, se infiere que él ha perdido el gozo de vivir; una mujer sobreviviente a la tortura en la que le metieron piedras en su vagina, aseguraba “que sentía que tenía cáncer en la vagina”, se infiere el simbolismo piedras-masa-cáncer en la vagina; y una mujer que había sido torturada con torsión de sus pezones aseguraba que no podía amamantar porque “sus senos eran dolor y no podía darle dolor a sus hijos” [16].

Los síntomas han de ser entendidos en el ambiente en el que ocurren y a través del significado que representan para el individuo que los experimenta. En este sentido, este tipo de violaciones a los derechos humanos afecta la esfera familiar, comunitaria y social de la víctima, pues configura la expresión de un daño que solo indagando estos aspectos puede valorarse de manera integral. En Protocolo de Estambul, así como numerosos artículos especializados, destaca la importancia del contexto cultural en el que sucede la tortura [12], [40]. El experto mundial en evaluación en víctimas de tortura, Pau Pérez, recomienda evaluar el llamado “ambiente torturante”, para facilitar que el perito evaluador entienda cómo el espacio y el entorno (lugar donde sucedió la tortura) podría haber afectado la psiquis de la persona sometida a la tortura [41].

El rol de los médicos psiquiatras y psicólogos, en especial los forenses, va más allá del mero ejercicio validador de la conducta humana frente a la sociedad y frente a las autoridades, inscriben oficialmente a las víctimas en su rol, le dan dignidad al sufrimiento y, por tanto, se requiere trascender la sencillez de una categoría diagnóstica como la del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) o la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE), ya que en la dinámica perversa del aparato torturador, los médicos corren el riesgo de ser simples testigos de una lesión, partícipes de un juego perverso y perpetuar el miedo o reproducir el silencio [42].

La sociedad le da al psiquiatra y al psicólogo un lugar privilegiado en la puesta en escena de la tortura, le da el rol de materializar el constructo tortura, que en la mayoría de los casos ha ocurrido en la intimidad del perpetrador y su víctima. El evaluador

analiza una mente que no quiere ser evaluada, que nada le importa, y extrae de ella los datos para contribuir a demostrar la existencia de un alegato de tortura.

El papel social asignado al evaluador de las víctimas de tortura le obliga a tener cualidades como honestidad, credibilidad, dedicación, respeto por la dignidad humana, entre otras, que aunadas a un saber específico le permitan, en el marco del respeto por la víctima, apoyar efectivamente al esclarecimiento de la justicia.

Conclusiones

La evaluación de las consecuencias psicológicas en un individuo que ha sido sometido a tortura es un reto. La pérdida del sentido de vida, la desconfianza en las instituciones o la ruptura del proyecto de vida, no se encontrará en un inventario de síntomas que usa la nosología clásica. La narrativa libre del evaluado permite inferir la afectación del individuo desde sus palabras, sus simbolismos, sus acompañantes afectivos y correlatos fisiológicos en su contexto.

La evaluación forense de las consecuencias psicológicas de la tortura solo puede considerarse integral cuando se valora al individuo y sus relaciones vinculares en su contexto.

Conflicto de intereses: los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos: este proyecto fue posible gracias al apoyo del Grupo de Violencia y Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y a la Subdirección de Investigación Científica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia.

Referencias

1. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. RAE. 2020 [citado 15 agosto 2020]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=real+academia+espa%C3%B1ola+tortura&rls=com.microsoft:es-ES:IE-Address&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=117WQIB_esCO560&safe=active&gws_rd=ssl
2. La tortura y enfoque jurídico. El Teatro del Fantasma AC [Blog]. 14 de junio de 2010. [Consultado el 17 de julio de 2019]. Disponible en: <http://elteatrodelfantasma.blogspot.com/2010/06/la-tortura-historia-y-enfoque-juridico.html>

3. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and Refugee Trauma. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(4): 200-7. Doi: 10.1097/00005053-199904000-00002
4. Tricot T. La tortura: agencia primaria del terror. En: Seminario internacional: Tortura: aspectos médicos, psicológicas y sociales. Prevención y tratamiento. Santiago, Chile. Noviembre de 1989.
5. Márquez O. Tortura dolor físico y salud mental. *Derechos Humanos. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.* 1999;(37): 98-103. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/37/pr/pr25.pdf>
6. Doerr-Zegers O, Hartmann L, Lira E, Weinstein E. Torture: psychiatric sequelae and phenomenology. *Psychiatry* 1992;55(2): 177-84. Doi:10.1080/00332747.1992.11024591
7. Chester B, Holtan N. Cross-cultural Medicine. A decade later working with refugee survivors of torture. *West J Med* 1992; 157 (3) : 301-5.
8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recomendaciones para la aplicación del enfoque diferencial en el servicio forense. Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2019.
9. Madariaga C. Tortura y proceso salud-enfermedad. Cintras [Internet]. 1995. [Citado 17 de julio de 2019] Disponible en: <http://cintras.org/publicaciones.htm>.
10. Madariaga C. Tortura y trauma psicosocial. En: Conferencia Internacional Consecuencias de la Tortura en la Salud de la Población Chilena: Desafíos del Presente. 21 - 22 de junio de 2001, Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r27/torturaytraumapsicosocial.pdf>
11. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel F, Macfarlane A, Herman J. Dissociation somatization and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J psyq* 1996; 157(7 suppl): 83-93. Doi: 10.1176/ajp.153.7.83.
12. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. [Internet]. Naciones Unidas; New York-Ginebra, 2004. [citado 15 Agosto 2020]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf>

13. Ibarrola A, Meehan O and Usmani S. Consecuencias psicológicas de la tortura. Madrid: Quemadas gráficas; 2002.
14. Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. Capítulo VIII. Consecuencias de la prisión política y la tortura. 2005. [Internet]. [Citado 1 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/links/CAP-08.pdf>
15. Bradley L, Tawfiq N. The physical and psychological effects of torture in kurds seeking asylum in the United Kingdom. *Torture*. 2006;16(1): 41-47.
16. Cabeza G. Presentación de un caso de tortura: “Las dos muertes de Lucia”. En: XXVIII Congreso de la APAL. Cartagena de Indias, Colombia; 2014.
17. Oficina del alto comisionado para las Naciones Unidas para los derechos humanos. Consideraciones para la Investigación y Documentación de la Tortura en México. México (DC); 2009.
18. Lerner E, Bonanno GA, Keatley E, Joscelyne A, Keller AS. Predictors of suicidal ideation in treatment-seeking survivors of torture. *Psychol. Trauma: Theory Res. Pract. Policy*. 2016; 8(1): 17-24. Doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000040>
19. McFarlane A. The severity of the trauma: issues about its role in posttraumatic stress disorder. En: *Beyond trauma; cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press; 1995. p. 31-54.
20. Van der Kolk B, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Traum Stress* 1995; 8(4): 505-525.
21. Mills E, Singh S, Roach B, Chong S. Prevalence of mental disorders and torture among Bhutanese refugees in Nepal: a systemic review and its policy implications. *Med Confl Surviv* 2008; 24(1): 5-15. Doi: <https://doi.org/10.1080/13623690701775171>
22. Johnson H, Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. *Clin Psychol Rev* 2008; 28(1): 36-47. Doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.017
23. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009; 302(5): 537-49. Doi: 10.1001/jama.2009.1132

24. Weinstein H, Dansky L, Lacopino V. Torture and war trauma survivors in primary care practice. *West J Med.* 1996; 165(3): 112-18.
25. Song SJ, Kaplan C, Tol WA, Subica A, de Jong J. Psychological distress in torture survivors: pre- and post-migration risk factors in a US sample. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2015; 50(4):549-60. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0982-1>
26. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Dimensions of trauma associated with post-traumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Soc Sci Med* 2003 Sep;57 (5):775-81. DOI: 10.1016 / s0277-9536 (02) 00452-5.
27. Madariaga C. Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. *Cintras*. [Internet]. 2001. Disponible en: <http://cintras.org/publicaciones.htm>
28. Pérez-Sales P. Trastornos adaptativos y reacciones al estrés. En T. Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editores. *Manual de psiquiatría* (). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2008. p. 403-417.
29. Mills E, Singh S, Roach B, Chong S. Prevalence of mental disorders and torture among Bhutanese refugees in Nepal: a systemic review and its policy implications. *Med Confl Surviv* 2008; 24(1): 5-15. Doi: <https://doi.or/10.1080/13623690701775171>
30. Van Ommeren M, de Jong JT, Sharma B, Komproe I, Thapa SB, Cardeña E. Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(5): 475-82. Doi: 10.1001/ARCH.58.5.475
31. Baykal T, Schlar C, Kapkin E. Evidencia psicológica de tortura. Una guía práctica del Protocolo de Estambul para psicólogos. Copenhague: International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT); 2004. Disponible en: <https://biblioteca.iidh-jurisprudencia.ac.cr/index.php/documentos-en-espanol/verdad-justicia-y-reparacion/1331-evidencia-psicologica-de-tortura-una-guia-practica-del-protocolo-de-estambul-para-psicologos/file>
32. Castillo MI, Gómez E, Kovalskys J. La tortura como experiencia traumática extrema, su expresión en lo psicológico, en lo somático y en lo social. Seminario internacional: Tortura. Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Prevención y Tratamiento. Santiago - Chile. Noviembre 1989.

33. Başoğlu M. A multivariate contextual analysis of torture and cruel, inhuman, and degrading treatments: implications for an evidence-based definition of torture. *Am J Orthopsychiatry* 2009;79(2):135-45. Doi: 10.1037/A001581
34. Valach L. SCL-90-R and suicide ideation in torture and war survivors receiving psychotherapy. *Journal of Cognitive Behavioral Therapy*. 2018; 1(1): 1-14. Disponible en: <https://mail.oap-journals.org/jcvt/article/783>
35. Amris K, Jones LE, Williams A. Pain from torture: assessment and management. *Pain reports*. 2019;4(6): e724. Doi: 10.1097/PR9.0000000000000794
36. Araujo JDO, Souza FMD, Proença R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. 2019;53(78): 1-14. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001081>
37. Thapa SB, Van Ommeren M, Sharma B, de Jong JT, Hauff E. Psychiatric disability among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Am J of Psych*. 2003;160(11): 2032-37. Doi: 10.1176/appi.ajp.160.11.2032
38. Pérez-Sales P. Importancia del concepto de trauma y sus implicaciones para el trabajo en salud mental en violencia política y catástrofes. *Psiquiatria.com*. (7 de febrero de 2001). [Blog]. Disponible en <https://psiquiatria.com/estres-62/importancia-del-concepto-de-trauma-y-sus-implicaciones-para-el-trabajo-en-salud-mental-en-violencia-politica-y-catastrofes/>
39. Pérez-Sales P. El trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado. Perspectiva histórica y redes internacionales. *El trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado. Perspectiva histórica y redes internacionales*. En: Pérez-Sales P. compilador. *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Barcelona: Exlibris; 2006.
40. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Protocolo básico para la realización de las pericias psiquiátricas y psicológicas forenses. Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2009.
41. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Guía de Recomendaciones para el Abordaje Forense en casos donde se investigue o sospeche tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015.

42. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Evaluación forense del daño psicológico y psicosocial en personas víctimas de graves violaciones a derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario. Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2017.
43. Pérez P, Fernández A. Violencia y trauma: del trabajo comunitario a la psicoterapia. Guías de procesos y programas integrados. Bogotá/Madrid: Irredentos libros; 2016.
44. Falla V. El miedo en la tortura. En: LII Congreso de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. 31 de octubre a 3 de noviembre de 2013. Cartagena de Indias, Colombia; 2013.