

**CONSECUENCIAS
PSICOLÓGICAS
DE LA
TORTURA**

*Arturo Osácar Ibarrola
Óscar Meehan
Soraya Usmani Martínez*

Arturo Osácar Ibarrola

Médico Psiquiatra. Coordinador Centro Internacional de
Rehabilitación de Víctimas de Tortura (CIRVT)-COMRADE.
Madrid. España

Óscar Meehan

Médico Psiquiatra, MRCPsych. Consultor- CIRVT. Londres.
(U.K.)

Soraya Usmani Martínez. M. A.

Técnica en Programas de Cooperación y Desarrollo. CIRVT.
Madrid. España

© C.O.M.R.A.D.E

c/ Rodríguez San Pedro, 2, (Despacho 708)

28015-Madrid

Tel/Fax: 91 446 46 08 / 27 33

Correo Electrónico: comrade@telefonica.net

D. Legal.: M-51958-2002

Diseño e impresión: QUEIMADA GRÁFICAS

Impreso en España en diciembre del 2002

La tortura y otras formas de trato cruel inhumano y degradante es una violación de los Derechos Humanos que ha sido condenada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y otros tratados internacionales como una grave ofensa a la dignidad humana.

Aunque la tortura es un fenómeno complejo que no puede ser abordado exclusivamente desde la perspectiva médica, esta guía pretende proporcionar una aproximación a las consecuencias psicológicas que se derivan de este tipo de sufrimiento extremo con la finalidad de facilitar la identificación temprana, por parte del personal sociosanitario, de los sobrevivientes de este tipo de prácticas entre la población inmigrante, asilada o refugiada que cada vez de forma más numerosa acuden a nuestro país huyendo de regímenes políticos de corte totalitario donde se producen violaciones sistemáticas de los Derechos Humanos no solo por cuestiones políticas sino también por cuestiones de sexo, raza, o religión.

Los actos de violencia organizada son situaciones emocionalmente traumáticas responsables de trastornos mentales y secuelas físicas de diversa índole que en

ocasiones pueden tardar años en manifestarse, dejando secuelas irreversibles y generando un importante deterioro personal, social y laboral en la víctima.

La tortura es una de las más extensas formas de violencia y sus consecuencias han sido infravaloradas probablemente porque como hecho humano horroriza y evoca fuertes reacciones en las personas ajenas a este tipo de situaciones despertando en ocasiones incredulidad su existencia como forma extrema de negación de un hecho que desafortunadamente está adquiriendo proporciones epidémicas.

Entre los más de 15 millones de refugiado existentes en el mundo, se calcula que entre un 5-35% han sido víctimas de violencia organizada. Esta variación en el porcentaje obedece a la diferencia de criterios, más o menos restrictivos, que se aplican a la hora de definir lo que se entiende por prácticas de tortura. Si añadimos los desplazados internos y asilados, el número de personas víctimas de tortura u otras formas de violencia organizada se debería calcular sobre una población de 40 millones de habitantes.

Según los informes de Amnistía Internacional más de 150 gobiernos, de los 204 países existentes en el mundo, han recurrido a la tortura en los 3 últimos años por diversos motivos: políticos, de género, raza, religión, etc.

Que este fenómeno se esta convirtiendo es un problema de salud pública es un hecho incuestionable y la creciente necesidad de servicios de tratamiento y rehabilitación representa un reto sanitario en todos los países europeos.

I.-¿QUE SE ENTIENDE POR TORTURA?:

La tortura es la forma más cruel de violencia organizada, es una experiencia traumática que cambia radicalmente la vida de las personas que ya nunca volverán a ser las mismas. Tiene como objetivo destruir psicológicamente al individuo, destruir la mente sin matar el cuerpo, y propagar la angustia y el terror al resto de la comunidad.

La definición adoptada por las Naciones Unidas (1975) sobre: "La Protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes", es la más ampliamente utilizada y define la tortura como:

"Todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, o a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se consideraran torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas o que sean inherentes o incidentales a esta, en la medida en que estén en consonancia con las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos".

Existen claros vínculos entre el concepto de Derechos Humanos y los tradicionales principios de la Éti-

ca Médica. Numerosas declaraciones de organismos profesionales internacionales y locales se centran en los principios relativos a la protección de los Derechos Humanos y expresan un claro consenso entre la comunidad médica internacional sobre estas cuestiones.

En "*La Declaración de Tokio*", adoptada por la 29 Asamblea Médica Mundial en 1975 (ver Anexo II) la comunidad médica manifestó de forma tajante que la tortura y otras formas de trato cruel inhumano y degradante son inaceptables.

II.- IMPLICACIONES MEDICAS.

Para que los profesionales de la salud respondan de forma efectiva a este problema, es esencial que en el concepto de "salud" se incluya la protección y promoción de los Derechos Humanos.

Aunque la Organización Mundial de la Salud aconseja que el conocimiento sobre los métodos de tortura, sus secuelas y consecuencias sociales estén presentes en los programas de formación de todos los grupos del sector sanitario, son pocos los países que han asumido estas directrices.

El personal médico de atención primaria, así como aquellos profesionales sociosanitarios que trabajan en organizaciones de ayuda a la población inmigrante, constituye con mucha frecuencia las primeras personas en entrar en contacto con los supervivientes de la tortura y juegan un papel primordial a la hora de detectar a este tipo de víctimas que suelen acudir a

consultar a los servicios médicos con quejas inespecíficas de difícil valoración y que en raras ocasiones y de forma espontánea referirán haber sido objeto de maltrato ya que la mayoría de las víctimas presentan reacciones emocionales de desconfianza, vergüenza, culpa y desesperanza que les impide reconocer que sus síntomas son producto de la violencia vivida. La culpa, puede sobrevenir de haber sido forzados a cometer acciones que hayan podido dañar a otros miembros de su comunidad. La gran humillación y degradación asociada a la tortura, especialmente la tortura sexual y psicológica, hace que se sientan avergonzados para solicitar ayuda.

Además, se debe tener en cuenta que, las personas procedentes de países con largas historias de conflictos armados o regímenes políticos autoritarios han aprendido a convivir con la violencia y la han integrado como algo cotidiano en sus vidas, asumiendo erróneamente que las reacciones de desajuste psicológico se deben fundamentalmente a su debilidad y que ellos tienen la responsabilidad de superarlas por sí mismos.

El conocimiento de la existencia de poblaciones de riesgo, de los trastornos psicológicos típicos secundarios al sufrimiento de situaciones de extrema violencia y de las secuelas físicas provocadas por los diversos métodos de tortura utilizados permitirá realizar un diagnóstico acertado y participar en los esfuerzos para llevar a cabo un adecuado tratamiento.

La presencia de estigmas físicos junto con quejas inespecíficas en un individuo perteneciente a algunas de las poblaciones consideradas de riesgo, nos debería

hacer sospechar que la persona haya podido ser víctima de alguna forma de violencia organizada.

Se consideran pertenecientes a poblaciones de riesgo:

- Los solicitantes de asilo y refugio.
- Proceder de países con regímenes no democráticos
- Miembros de grupos étnicos minoritarios en sus países de origen.
- Existencia de conflictos armados en el país de origen.
- Personas procedentes de campos de refugiados.
- Personas con antecedentes de arrestos o detenciones.
- Activistas políticos de organizaciones antigubernamentales.

III.- LOS MÉTODOS DE TORTURA

Aunque la distinción entre métodos físicos y psicológicos resulta artificial ya que ambas conducen a la destrucción de la persona, las secuelas físicas reflejarán el método físico utilizado mientras que las respuestas psicológicas serán similares independientemente del tipo de violencia sufrida.

Durante los periodos de detención, que pueden durar de días a meses, suelen utilizarse una combinación de métodos físicos y psicológicos de tortura que son modificados con frecuencia con el fin de que esta

impredictibilidad evite habituación o desarrollo de defensas psicológicas frente a un modelo repetitivo.

Se pueden destacar como métodos más frecuentes:

MÉTODOS PSICOLÓGICOS.

- Privación sensorial, aislamiento, privación prolongada de sueño, condiciones climatológicas extremas, ausencia de líquidos y alimentos durante largos periodos.
- Ejecuciones simuladas.
- Amenazas de ejecución y tortura sobre seres queridos.
- Asistencia como observador a la tortura de otros detenidos incluidos familiares y amigos.
- Actos humillantes y tortura sexual.

MÉTODOS FÍSICOS.

- Golpes generalizados.
- Falanga: golpes con palos o hierros en la planta de los pies.
- Descargas eléctricas (picana): en órganos genitales, pezones, dedos, orejas, lengua, encías.
- Quemaduras: con fuego o con sustancias cáusticas.
- Suspensión (“horca palestina”): colgando a la víctima de brazos o piernas durante largos periodos

provocando distensión de ligamentos que generan grandes dolores y secuelas muchas veces irreversibles.

- Tortura sexual: violaciones por personas y animales, introducción de objetos en ano y vagina.
- Mutilaciones: arrancamientos de pelos, uñas, amputaciones de partes del cuerpo.
- Tortura dental.
- Asfixia mediante inmersión o con bolsas de plástico.
- Tortura farmacológica: uso generalmente de psicofármacos con la finalidad de anular la capacidad de reacción de la persona
- Posiciones forzadas durante largos periodos por reclusión en espacios reducidos donde no es posible mantener el cuerpo en posiciones distendidas.
- Ingestión forzada de sustancias nocivas.

IV.- LAS SECUELAS FÍSICAS DE LA TORTURA.

Las secuelas físicas de la tortura variarán dependiendo de diversos factores como: el tipo de maltrato al que se ha sido sometido, duración, frecuencia y capacidad previa de resistencia.

Ciertas formas de tortura pueden no dejar signos físicos pero se asocian a determinadas secuelas así, un traumatismo craneoencefálico, puede provocar secuelas neuropsicológicas o los traumatismos

sexuales suelen quedar asociados a posteriores disfunciones sexuales.

Las secuelas inmediatas de la tortura física suelen consistir en contusiones, heridas, abrasiones, dolores agudos, lesiones musculoesqueléticas y ligamentosas, roturas de dientes, hemorragias anales y vaginales etc. Dada la sofisticación de algunos métodos de tortura una vez liberado el detenido es difícil encontrar lesiones evidentes a la exploración visual.

Las secuelas físicas tardías se manifestarán por:

- Dolores crónicos.
- Síndrome postraumático osteomuscular.
- Parálisis totales y parciales de nervios periférico
- Síndrome de latigazo cervical (parestesias en las manos, mareos, cefaleas)
- Retracciones articulares y musculares.
- Trastornos del equilibrio y de la marcha.
- Como consecuencia de los golpes en las plantas de los pies se producirá una fascitis plantar que generará graves dificultad para la bipedestación y la marcha.
- La tortura sexual va a originar disfunciones sexuales, lesiones genitales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos.

V.- LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS.

Las consecuencias psicológicas constituyen la vertiente más dramática de este tipo de prácticas.

Tras la Segunda Guerra Mundial y el horror sufrido por los prisioneros en los campos de concentración, se comenzaron a observar, tras su liberación, consecuencias psicológicas duraderas en adultos y niños previamente bien adaptados. Estos hechos suscitaron un interés por el estudio de las formas de reacción psicológicas del ser humano tras experiencias traumáticas de grandes proporciones.

Los estudios llevados a cabo concluyeron que la exposición sostenida a situaciones de estrés grave, (guerras, catástrofes, secuestros, violaciones, tortura etc.) generaban una serie de respuestas de desajuste psicológico de larga duración, que rara vez remitían espontáneamente una vez que la situación de tensión había desaparecido.

Tras varios intentos por identificar un modelo sindrómico común de respuesta frente a este tipo de situaciones se terminó incluyendo en el Manual Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (D.S.M.III-1980) y dentro de los trastornos de ansiedad, la categoría diagnóstica denominada *Trastorno por Estrés Postraumático*.

Conviene tener en cuenta que aunque los síntomas psicológicos que configuran esta categoría son los más frecuentemente observados como reacción al estrés grave, existen otras formas de desajuste que también son de frecuente aparición así como la comorbilidad entre más de un trastorno psiquiátrico.

En el caso de los sobrevivientes a prácticas de violencia organizada, un factor que viene a complicar el desajuste psicológico generado por este tipo de expe-

riencias es que las circunstancias vitales de la víctima, suelen quedar modificadas de forma profunda ya que en muchas ocasiones se impone el abandono del país lo cual conlleva, la pérdida de trabajo o estudios, la separación de la familia, la pérdida de amigos, y la búsqueda de asilo en un medio con una cultura diferente donde en muchas ocasiones experimentan rechazo e incomprensión cuando no incredulidad hacia la experiencia vivida. Estos acontecimientos, suponen una secuencia adicional de situaciones traumáticas que refuerzan los sentimientos de desesperanza y agravan el malestar psicológico.

Las reacciones psicológicas inmediatas durante los periodos de detención suelen consistir en? miedo intenso, ansiedad, reacciones de sobresalto, aumento de la agudeza auditiva, intranquilidad, alteraciones del sueño, trastornos disociativos, y reacciones de despersonalización y desrealización. El terror intenso y el pánico pueden conducir a intentos de suicidio.

En nuestro medio observaremos las secuelas físicas y las reacciones psicológicas tardías que en el 80% de los casos consistirá en un Trastorno por Estrés Post-traumático.

Aunque posteriormente se describen de forma detallada las categorías diagnósticas que de forma habitual se diagnostican en estos pacientes, los síntomas más frecuentemente observados, en estudios no controlados, entre las personas que han sido sometidas a prácticas de tortura son:

- Alteraciones del sueño con frecuentes pesadillas.
- Alteraciones del estado de ánimo.

Ansiedad.

Alteraciones de memoria y concentración.

Somatizaciones y cambios de personalidad.

EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. (TEPT).

Este trastorno es la denominación común para el síndrome resultante de la exposición a una situación traumática de gran intensidad y es el síndrome más prevalente entre las víctimas de tortura y violencia organizada.

Se presenta en los tres meses posteriores al trauma sí bien, pueden transcurrir meses en incluso años antes de la aparición de los síntomas (denominado de inicio demorado).

Las manifestaciones de este trastorno consisten en (Para una descripción detallada de los criterios diagnósticos ver Anexo III):

A- Reexperimentación persistente del acontecimiento traumático a través de sueños o recuerdos.

B- Evitación de estímulos o situaciones que reactivan el recuerdo del trauma.

C- Síntomas indicativos de hiperactividad neurovegetativa como, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

Más de 50% de estos pacientes presentan un curso del trastorno superior a los 6 meses y en 1/3 la duración es superior a tres años, lo cual indica una elevada tendencia a la cronicidad.

Otro tipo de trastornos que conviene tener en consideración dada, también su alta incidencia en estos pacientes lo constituyen:

LOS TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN: caracterizados por alteraciones emocionales o del comportamiento que se inician al mes de haber sufrido la experiencia traumática y que rara vez, salvo en las reacciones depresivas prolongadas, tiene una duración superior a los 6 meses.

Entre los trastornos de adaptación se incluyen:

- Reacciones depresivas breves y prolongadas.
- Reacciones mixtas de ansiedad y depresión.
- Trastorno de adaptación con predominio de comportamientos disociales.
- Trastornos de adaptación mixto con alteración de las emociones y de la conducta.

LA TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD.

Es una secuela tardía que se produce tras el sufrimiento de un estrés devastador. Se consideran estados crónicos o secuelas irreversibles del Trastorno por Estrés Postraumático.

La transformación de la personalidad se manifiesta por la presencia de comportamientos rígidos y desadaptativos de una duración no menor a dos años y que

generan deterioro de las relaciones interpersonales y de la actividad social y laboral.

El diagnóstico de este trastorno se basa fundamentalmente en la presencia de rasgos de personalidad previamente ausentes como:

- Aislamiento social.
- Sentimientos de vacío o desesperanza.
- Vivencia de extrañeza de sí mismo.

LA DEPRESIÓN.

El Trastorno Depresivo Mayor es una complicación común, y se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido o pérdida de capacidad para disfrutar de las situaciones placenteras. Para poder realizar este diagnóstico se requiere que además estén presentes al menos 4 de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, que pueden conducir al suicidio consumado.

LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

En ocasiones observaremos síntomas de ansiedad generalizada caracterizados por una preocupación constante sobre diferentes sucesos o actividades junto con un aumento de la tensión muscular e hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia etc.) que el paciente es incapaz de controlar.

No son infrecuentes los síntomas de *tipo fóbico* (fobia social y agorafobia) y las *rumiaciones obsesivas* así como los *ataques de pánico* consistentes en crisis de miedo intenso acompañadas de síntomas físicos que rara vez duran más de una hora y que se presentan de forma repentina e inesperada.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE. (TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS.

Aunque infrecuente, algunas personas pueden reaccionar ante un estrés grave con reacciones psicóticas caracterizadas por ideas de tipo delirante (por ejemplo de persecución o perjuicio), alucinaciones (más frecuentemente de tipo auditivo), lenguaje y comportamiento desorganizado. Normalmente tras la remisión del trastorno, el paciente retorna al nivel premórbido de funcionamiento.

EL ABUSO DE SUSTANCIAS.

Se ha observado que los supervivientes de la tortura pueden presentar patrones desadaptativos de consumo de alcohol o de otro tipo de drogas probablemente con el fin de aliviar la ansiedad o los recuerdos recurrentes del acontecimiento traumático.

Aunque es frecuente la presencia de Trastorno por Estrés Postraumático y abuso de sustancias, no existen estudios controlados con población que ha sufrido tortura. En los estudios realizados con excombatientes que han desarrollado un TEPT, se observa una elevada comorbilidad con el abuso de sustancias.

EL DETERIORO NEUROPSICOLÓGICO.

Los traumatismos craneoencefálicos secundarios al maltrato físico (golpes en la cabeza), las prácticas de asfixia y la malnutrición prolongada pueden originar alteraciones cognitivas como trastornos de atención, memoria y concentración, cambios de personalidad y una mayor vulnerabilidad para otros trastornos psiquiátricos.

LAS DESCOMPENSACIONES DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA PREVIA.

Los individuos con una historia de enfermedad mental previa son particularmente vulnerables a los efectos traumáticos de la tortura y al estrés que implica

tanto los desplazamientos forzosos como los procesos de emigración. Las condiciones extremas reducen su capacidad de respuesta adaptativa generando descompensaciones de patologías preexistentes. No obstante conviene recordar que la mayoría de los sobrevivientes de la tortura no han tenido antecedentes previos de padecimiento psiquiátrico.

LOS TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN

Es importante, a la hora de valorar a pacientes de procedencia cultural diferente a la nuestra, tener en cuenta que algunos trastornos psíquicos tienen diferentes manifestaciones dependiendo de la identidad cultural del individuo. En diferentes culturas o grupos étnicos la expresión del malestar psicológico tiende a manifestarse en forma de quejas somáticas que en unos casos serán secuelas del maltrato físico pero en otras ocasiones constituyen el reflejo del malestar psicológico manifestado a nivel corporal.

Estos trastornos de somatización, se caracterizan por la presencia de síntomas físicos y quejas inespecíficas, que no son producidos intencionalmente, y que sugieren la presencia de una enfermedad médica que no se justifica por los resultados de las exploraciones pertinentes.

El término "*síndrome dependiente de la cultura*", denota patrones de comportamiento y reacciones ante experiencias perturbadoras que pueden darse en otros contextos culturales, que no nos resultan familiares y cuya

sintomatología es de difícil clasificación de acuerdo con las categorías diagnósticas de uso tradicional. Existen una serie de síndromes específicos dependientes de la cultura y también existen elementos culturales de la relación entre el paciente y clínico. En muchas ocasiones estos aspectos no se consideran relevantes o incluso se desconoce su existencia generando diagnósticos erróneos.

VI.- ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR?:

A pesar de la dimensión del horror que hayan experimentado estas personas, con la ayuda oportuna, podrán volver a recuperar en alguna medida su equilibrio emocional de forma, que dejen de experimentar horror, miedo y sentimientos constantes de dolor.

Dada la complejidad de este tipo de problemas el manejo terapéutico y rehabilitador requiere un enfoque multidisciplinar. El personal sociosanitario de atención primaria así como las organizaciones que atienden a población inmigrante, desempeñan un papel primordial como primer eslabón en el proceso asistencial identificando el problema y proporcionando orientación terapéutica.

¿QUÉ NECESITAN ESTOS PACIENTES?:

Los sobrevivientes de la tortura necesitan una oportunidad para poder expresar sus sentimientos y experiencias, en el marco de una relación de confianza.

Necesitan sentirse seguros.

Necesitan saber que serán respetados, aceptados y no juzgados.

Necesitan hablar y sentir que son escuchados.

Necesitan saber que tiene credibilidad lo que están contando.

Necesitan que se preste atención a sus sentimientos.

Su presencia es el mejor regalo que les puede proporcionar. La persona que atiende a los sobrevivientes de la tortura, debe ser capaz de crear una atmósfera cálida y de confianza donde la víctima se sienta segura para expresar sus sentimientos.

Objetividad e imparcialidad. A pesar de lo horrendo del relato y del tipo de emociones que pueda despertar en el profesional el paciente necesita neutralidad.

La entrevista puede resultar dolorosa. Se deben poner en práctica algunas consideraciones para facilitar la empatía.

- Mostrar respeto y consideración por el paciente y su experiencia.
- Conocer las peculiaridades culturales del paciente.
- Escuchar con interés y permitir la expresión de preocupaciones personales y familiares.
- Reconocer el dolor y la angustia pero no crear falsas expectativas en el paciente.
- No presionar al entrevistado si se angustia ya que algunos pacientes no se encuentran preparados para hablar de sus experiencias.

- No finalizar la entrevista de forma repentina, hágalo desviando la conversación hacia un tema menos delicado.
- Aconseje al entrevistado la manera de obtener asistencia acudiendo a un especialista o un centro especializado si lo hubiera en su zona.
- Piense que los niños también han podido ser torturados o testigos directos del maltrato de sus seres queridos o de otros miembros de su comunidad.
- Asegúrese de que el paciente consigue ayuda profesional especializada para su rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA.

-E. Gerrity, T.M.Keane, F.Tuma. (Ed.). (2001). *"The mental Health Consequences of Torture"*. Kluwer Academic / Plenum Publishers.

-I.Al-Issa, M. Tousignant. (Ed.) (1997). *"Ethnicity, Immigration and Psychopathology."* Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

-M. Basoglu (Ed.) (Ed.) (1992). *"Torture and its Consequences: Current treatments Approaches"*. Cambridge University Press.

-J. Davison, E. Foa. (Ed.) (1993). *"Posttraumatic Stress disorder; DSM IV and Beyond"*. American Psychiatric Press.

-*"DSM IV-TR"*. Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.(2002). Ed. Masson.

-*"CIE 10"*. Trastornos Mentales y del Comportamiento. (1992). Meditor.

-M.Staehr, A. Sthaer. *"Counselling Torture Survivors"*. IRCT (1995).

-W.A. Lishman. *"Organic Psychiatry"*. (1997. Blackwell Science.

-V. Iacopino. *"Torture: A Professional Concern?"*. Journal of Ambulatory care Management, vol. 2, april 1998.

-D. Silove. *"Survivors of Torture and Trauma in Australia"*. Commonwealth of Australia". (1994)

-Amnistía Internacional Ediciones:

¡Actúa ya!, Tortura, nunca más. (Ed.) (2000).

Cuerpos rotos, Mentes destrozadas: Tortura y malos tratos a mujeres. (Ed.) (2001).

Un Comercio Execrable: El comercio de la tortura (Ed.) (2001).

“Protocolo de Estambul”. Oficina del Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Serie de Formación Profesional n° 8. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. CH 1211 Ginebra 10, Suiza. Telf 41-22-9179000

“Guía Para la Denuncia de Torturas”, Camille Giffard. Human Rights Centre, University of Essex, Wivenhoe Park, Colchester CO4 3SQ, United Kingdom.

ANEXO I

DIRECCIONES DE INTERÉS:

COMRADE-CIRVT, Centro Internacional de Rehabilitación de Víctimas de la Tortura. C/ Rodríguez San Pedro nº 2, 7º-708, Tlf. 91 4464608
Madrid 28015 Madrid (España)
comrade@telefonica.net

International Rehabilitation Centre for Torture Victims. (IRCT)
P.O. Box 2107, DK-1014 Copenhagen K. Dinamarca. Tlf. 45-33-760600.
Irct@irct.org <http://www.irct.org>

Exil: (Programa de reparación médico-social para exiliados víctimas de violación de derechos humanos y de tortura).
Avda. República Argentina, 6. 4º-2ª. Tlf. 932385760.
08023 Barcelona. (España).
exilspain@pangea.org

Comité Contra la Tortura, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. CH 1211 Ginebra 10, Suiza. Telf 41-22-9179000.
webadmin.hchr@unog.ch, <http://www.unhchr.ch/>

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura. Council of Europe, F-67075 Estrasburgo Cedex. Francia. Tlf. 33-3-88412024.

HumanRights.Info@coe.int <http://www.cpt.coe.int/>

Asociación para la Prevención de la Tortura (APT). Route de Ferney 10, case postale 2267. CH-1211 Ginebra 2, Suiza. Telf. 41-22-734-2088.

apt@apt.ch, <http://www.apt.ch/>

Médicos Para los Derechos Humanos (PHR).

100 Boylston St.

Boston, MA 02116, USA. Tlf. 1-617-6950041.

phrusa@igc.apc.org <http://www.phrusa.org/>

Amnistía Internacional. Fernando VI, 8, 1º izq. Tlf. 91 3101277.

28004 Madrid. España.

amnistia.internacional@a-i.es <http://www.a-i.es>

ANEXO II

DECLARACION DE TOKIO (WMA 1975)

La declaración de Tokio ha sido, desde su proclamación en 1975, la declaración más amplia presentada por la profesión médica con relación al tema de la tortura y del trato cruel, inhumano y degradante. La misma fue adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial de Tokio, Japón.

Preámbulo

Es privilegio de todo médico practicar la medicina al servicio de la humanidad, preservar y devolver salud corporal y mental a todas las personas sin discriminación alguna, ofrecer aliento a sus pacientes y alivio a su sufrimiento. Mantendrá el más alto respeto por la vida humana aun en casos de peligro o amenaza y no hará uso del conocimiento médico en forma contraria a las leyes humanitarias.

Para el propósito de esta declaración, tortura se define como: aquellas conductas destinadas a infligir de forma deliberada, sistemática y desconsiderada sufrimiento físico o mental por parte de una o más personas actuando de por sí o siguiendo órdenes de cualquier tipo de poder, con el fin de forzar a otra persona a dar información, confesar, o por alguna otra razón.

Declaración

1.El médico no protegerá, tolerará o participará en la prácti-

ca de la tortura u otras formas de procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, sea cual sea el delito por el que la víctima de tales procedimientos sea objeto de sospecha, acusación o culpa, y cualesquiera que sean las creencias o motivos de la víctima, y en cualquier situación, incluyendo el conflicto armado y la guerra civil.

2.El médico no proveerá locales, instrumentos, substancias o conocimiento para facilitar la práctica de la tortura u otras formas de tratamiento cruel, inhumano o degradante o para disminuir la capacidad de la víctima para resistir tal tratamiento.

3.El médico no estará presente en ocasión alguna cuando se practique o amenace con tortura u otras formas de tratamiento cruel, inhumano o degradante.

4.El médico debe gozar de completa independencia para decidir acerca del tratamiento de la persona de quien es médicamente responsable. Su papel fundamental es aliviar las penas de las gentes y ningún otro propósito -personal, colectivo o político- deberá prevalecer sobre éste.

5.El preso no será forzado a tomar alimentación artificial cuando rehúse tomar alimentos y, según el médico, sea capaz de sopesar en forma racional y realista las consecuencias de esa voluntaria decisión. Tal opinión del médico sobre la capacidad del preso para sopesar su decisión deberá ser corroborada por, al menos, otro médico independiente. Las consecuencias de rehusarse a tomar alimentos serán explicadas por el médico al preso.

6.La Asociación Médica Mundial apoyará y estimulará a la comunidad internacional, las asociaciones médicas nacionales y a sus colegas a apoyar al médico y a su familia cuando éstos sufran amenazas o represalias como consecuencia de rehusarse a consentir o tolerar el uso de la tortura o de otras formas de trato cruel, inhumano o degradante.

ANEXO III

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (T.E.P.T.)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan molestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensa-

ción de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de “flashback”, incluso los que aparecen al despertar. o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externo, que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

(6) restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).

(7) sensación de un futuro limitado (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

SUBVENCIONADO POR:



MINISTERIO DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES
Secretaría General de Asuntos Sociales
Instituto de Migración
y Servicios Sociales

