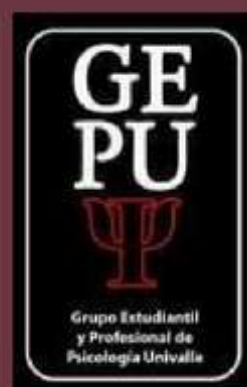


REVISTA DE PSICOLOGÍA

GEPU

Vol 8 Nro 1
2017<https://revistadepsicologiagepu.es.tl/>GRUPO ESTUDIANTIL Y PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
UNIVALLE -GEPU-
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DEL VALLE



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 8 No. 1 – Junio de 2017
ISSN 2145-6569



Editora

Adriana Narvaez Aguilar

adriana.narvaez@correounivalle.edu.co

Andrey Velásquez Fernández
Universidad del Valle

Laura Daniela de los Ríos
Universidad Javeriana Cali

Nicole Andrea Pérez
Universidad del Valle

Shanon Lizeth Rodríguez
Universidad del Valle

Angelica Arias Montoya
Universidad del Valle

Daniel Zaya Reyes
Universidad del Valle

Erika Yuliana Castro
UCC Cali

Diana Mildred Rodríguez
Universidad del Valle

Argeli Arango Vásquez
Universidad del Valle

Rosa Elena Bejarano
Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana

Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas

María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República

Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

Nora Couso
Área de Medición Educativa Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistente Editorial: Gillian Bradbury. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1801315630956

Revista de Psicología GEPU Vol. 8 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-8-No-1.htm>



IBSN

2 1 4 5 - 6 5 6 9 - 0 - 7

VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE LA TORTURA: MANIFESTACIONES POSTRAUMÁTICAS SUBCLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL³

José Manuel Bezanilla, Psicólogo, Doctor en Ciencias para la Familia, Psicoterapeuta de Grupos y Psicodramatista Clínico, Fundador y Director General de Psicología y Educación Integral A.C. (PEI.AC www.peiac.org), Fundador de la Revista Internacional PEI, Psicólogo Clínico y Visitador Adjunto en la CNDH México. Correo electrónico: jimbezanilla@peiac.org

Ma. Amparo Miranda, Psicóloga, Maestra en Psicología Clínica, Directora de Servicios Clínicos de PEI.AC y directora de la Revista Internacional PEI, Docente Investigadora de la Universidad del Valle de México Lomas Verdes y la Universidad Bancaria de México. Correo electrónico: amparo.miranda@peiac.org

Referencia recomendada: Bezanilla, J. & Miranda, A. (2016). Valoración psicológica de la tortura: manifestaciones posttraumáticas subclínicas y diagnóstico diferencial. *Revista de Psicología GEPU*, 8 (1), 36-60.

Resumen: Al ser la Tortura una de las más graves violaciones a derechos humanos, su documentación e investigación, es una tarea fundamental y trascendente, para la verdad, justicia, rehabilitación, reparación y no repetición; elementos fundamentales para erradicarla y reivindicar el daño psico-socio-historico-cultural que genera. Se presenta un caso de un paciente en reclusión penitenciaria, y si bien durante la entrevista manifestó algunos indicios clínicos de trauma como manifestaciones afectivas y pensamientos de muerte, los datos de los instrumentos en las ponderaciones numéricas no fueron claramente significativos; por lo que el primer camino a tomar sería descartar el alegato por no hallar indicios. Este trabajo es relevante, ya que permite mostrar la trascendencia de que el psicólogo que realiza una valoración clínica de tortura, con base en su formación y experiencia, mire más allá de los datos métricos de las pruebas, y se adentre de manera responsable en el malestar manifestado por la víctima, para que de esa manera se rompan las inercias institucionales y se pueda realizar un mejor defensa de los derechos humanos de las personas.

Palabras clave: Tortura, Protocolo de Estambul, Derechos Humanos, Valoración psicológica.

Abstract: Torture being one of the most serious human rights violations, documentation and research is a fundamental and important task for truth, justice, rehabilitation, reparation and non-repetition; and vindicate fundamental to eradicate the socio-historical-cultural psychological damage generating elements. A case of a patient in prison reclusion is presented, and although during the interview showed some clinical signs of trauma and affective manifestations and thoughts of death, the instruments data in numerical weights were not clearly significant; so, the first path to take would dismiss the argument for not finding clues. This work is important because it allows to show the importance that the psychologist who performs a clinical assessment of torture, based on their training and experience, look beyond the metric test data, and to delve responsibly in I discomfort expressed by the victim, to thereby break the institutional inertia and can do a better defense of human rights of individuals.

Key words: Istanbul Protocol, human rights, torture, psychological assessment.

Recibido: 30 de Mayo de 2016 / **Aprobado:** 16 de Agosto de 2016

³ NOTA: El presente constituye el resultado de una investigación personal, y de ninguna manera representa una postura institucional.

Introducción

La Tortura como una grave violación de derechos humanos, impacta de manera amplia y profunda todas las esferas de la vida de la persona, quitándole al receptor todo sentido de dignidad humana.

La Organización de las Naciones Unidas en el Manual para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes conocido como “Protocolo de Estambul”; señala que “...se entenderá por el término *"tortura"* todo acto por el cual se inflijan intencionalmente 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, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas” (Protocolo de Estambul; pg. 1, 2004).

Las secuelas que deja a su paso este acontecimiento son graves, profundas y de largo alcance en sus víctimas directas, sus familias, grupos de referencia, comunidades y la sociedad misma. A nivel psicosocial, la tortura envía a los grupos y comunidades un mensaje de terror (CEH, 1999), que genera miedo, susto, tristeza, depresión, enfermedades somáticas y psicosomáticas, duelo alterado, desconfianza, mutismo, inhibición e indefensión; entre otras. Así como otras expresiones de sufrimiento como alcoholismo, alteraciones en el ciclo de sueño y pesadillas recurrentes, padecimientos psiquiátricos graves, apatía, suicidio; además de sentimientos de ira y cólera social.

El terror se implanta en las personas a partir de manifestaciones y secuelas sociales; por lo que este permanece durante largos periodos de tiempo y no es fácil su desaparición del imaginario social a pesar de la disminución de los niveles de violencia.

Algunos de los más perdurables efectos del terror, tienen que ver con la generación de duelos alterados; particularmente por la manera violenta como se han dado los hechos, una significativa sensación de impotencia y miedo; además de desesperanza, reforzada por las distintas formas de impunidad, la criminalización de las víctimas, generándose una traumatización social y moral. Menciona Lira (2004), que el estado detenta el poder de dar muerte a las personas, dentro de marcos formalmente legales, situación que puede ser un constituyente para la generación de terror y vulnerabilidad en las poblaciones, especialmente cuando se abre la posibilidad de que este o sus agentes detengan, torturen, desaparezcan o maten a los ciudadanos. En general se ha visto que el impacto psicosocial de la tortura, redunda en un incremento de la violencia doméstica, callejera y social.

En aquellas situaciones de vulnerabilidad institucional, se genera un círculo vicioso de impunidad, en el que a partir de esta se debilitan de manera más marcada las instituciones públicas. Observándose “*efectos cataclísmicos*” (Hernan-Vidal 1989, en Lira 2004), a partir de la dislocación de elementos de referencia en la sociedad. Se infiltra la presencia de la muerte en los espacios sociales, lo que propicia una ruptura de la interacción entre las personas que puede utilizarse por los perpetradores como un instrumento de control social, donde se establece entre las personas la desconfianza en los “otros” con los que se comparte el espacio.

Estas situaciones de distanciamiento y desconfianza generan miedo y angustia colectiva, que circunscriben las interacciones solo al espacio familiar donde prevalece el miedo y la sensación de inseguridad. El impacto psicológico en los grupos familiares derivado de la tortura es global, profundo y deja cicatrices que perduran en el tiempo y pueden alcanzar a generaciones posteriores; siendo una situación de pérdida en todas las esferas y áreas de la vida del grupo familiar y sus miembros.

Gómez-Córdova (2006) refiere que las Violaciones Graves de Derechos Humanos (VGDH) como la tortura, alteran de manera significativa las formas de relación e interacción al interior del grupo, genera o incrementa los niveles de tensión y conflicto emocional entre los miembros, propicia cambios en la dinámica de roles y funciones, favorece la fragmentación de los vínculos y altera las redes externas de apoyo social y afectivo.

En este punto, nos resulta relevante señalar que consideramos al ser humano como un ente complejo y multidimensional, conformado por esferas bio-psico-socio-histórico-culturales, por lo que las secuelas individuales de la tortura como situación traumática, deben considerarse de la misma manera. Entendemos que un trauma, derivado de una situación de violencia sociopolítica como la tortura, adquiere una dimensión primaria y determinante frente a los desórdenes psíquicos, particularmente por la complejidad de las interrelaciones entre las situaciones sociales de la violencia y sus efectos en la salud mental de sus receptores; cómo no existe otra en este campo; particularmente porque el daño psíquico es producido por actos u omisiones del estado que es el encargado de salvaguardar la integridad personal, comunitaria y social.

Concebimos que las secuelas traumáticas de la tortura trascienden las esferas individuales e impactan todas las áreas de vida del sujeto (como ya lo mencionamos), por lo que las clasificaciones diagnósticas derivadas de la medicina y la psiquiatría, se pueden quedar cortas para captar de manera completa el espectro del trauma, por lo que colocar al sujeto en el punto de mira del manual y verificar si cumple el marco descriptivo de daño puede ser insuficiente; de ahí que el diagnóstico multiaxial, no dé cuenta de las peculiaridades del daño⁴.

4 Vale la pena resaltar, que no desdenamos los sistemas diagnósticos como el sistema DSM o CIE, sino que los consideramos limitados por la complejidad particular de las VGDH.

Un punto que vale la pena considerar sobre nuestra posición, se relaciona con los contextos institucionales y de peritación de la tortura, que requieren estándares específicos con relación a la solidez y consistencia de los datos, especialmente al entrar en contacto con las determinaciones de tipo jurídico y legal; por lo que sin perder la postura comprensivo interpretativa, resulta relevante tener en cuenta la perspectiva del manual, con el objetivo de soportar las conclusiones dentro de los procesos de orden judicial.

Con base en lo anterior, y en un ejercicio integrativo de ambas miradas, entendemos que existen múltiples reacciones psicológicas que como común denominador para su etiología, comparten el hecho de que son provocadas por el enfrentamiento a una situación: “...de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causarían por sí mismos malestar generalizado...” (CIE, 2000); estas manifestaciones, presentan características clínicas complejas, multidimensionales y de gran variabilidad (Chacon-Fernández 2006).

Dichas reacciones pueden clasificarse en tres grupos:

Hiper-activación (hiperarousal): La hiper-activación, se asocia a la activación del sistema nervioso simpático, que sugiere un patrón psico-biológico de reacciones ineficaces de evitación persistente y global, conformándose como un perfil descontrolado de procesos de activación. La sensibilización de los sistemas de neurotransmisores en el mesencéfalo y tronco encefálico son los que intermedian en la respuesta de hiper-activación, lo que implica que otras funciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales también queden sensibilizadas y alteradas. La activación crónica de este sistema se ha asociado a daño en el hipocampo y sistema límbico, a trastornos en la utilización de glucosa y mayor vulnerabilidad a enfermedades metabólicas. La nueva respuesta frente al temor agudo crea en el cerebro una “*memoria del trauma*”, la que se reactiva con estímulos claves del evento, sueños o pensamientos. La capacidad del ser humano de hacer asociaciones de lo específico con lo general, o de generalizar la respuesta a los estímulos, permite que aspectos específicos del evento puedan ser generalizados aun cuando estén alejados de la amenaza original, con síntomas como ansiedad, irritabilidad, insomnio, sueño ansioso e interrumpido, dificultad para la atención y concentración, así como olvidos frecuentes.

Manifestaciones constrictivas o evitativas: que implican intentos de la persona por controlar sus reacciones emocionales intensas y que se presentan persistentemente mediante defensas evasivas y represivas, observándose primordialmente, evitación de situaciones o personas que recuerdan el evento, dificultad para recordar los hechos, sobre todo aquellos vivenciados como mayormente traumáticos, desensibilización, despersonalización, embotamiento emocional (dificultad para percibir las emociones) y disminución por el interés en actividades vitales.

Manifestaciones “intrusivas”: indican que la memoria traumática fue tan intensa, que rompen la represión y reaparece constantemente y de manera intensa en la consciencia de la persona, a partir de la aparición de recuerdos recurrentes e intrusivos, sensaciones corporales o sueños traumático o pesadillas (Montt y Hermosilla, 2001).

Evolución de las secuelas Postraumáticas: Refiere Marcos-González (2010), que las manifestaciones clínicas postraumáticas, siguen un proceso dinámico constituido por intentos de respuestas adaptativas que evoluciona con el tiempo; se han identificado 3 etapas para el desarrollo y manifestación de estas:

- Manifestaciones inmediatas: que constituyen un cuadro clínico emocional caracterizado por temor intenso y ansiedad que se generan durante la ocurrencia del acontecimiento traumático, y duran mientras está presente este; si estas no se resuelven, las manifestaciones podrán evolucionar a las manifestaciones agudas.
- Manifestaciones agudas: Estas aparecen una vez que ha cesado el evento catastrófico y se organizan en torno a la memoria trauma, siendo tal el impacto de este, que impide el procesamiento emocional del recuerdo, generando una construcción traumática fragmentada que produce perturbaciones emocionales duraderas en las que se cristaliza la estructura defensiva contra la ansiedad; surgiendo un cuadro clínico polimorfo, multidimensional y complejo, que puede durar días o semanas; en caso de que estas no sean resueltas, las manifestaciones traumáticas pueden cronificarse.
- Secuelas crónicas: estas pueden manifestarse algunos meses o años después de la ocurrencia del acontecimiento traumático, generándose al no darse una recuperación de la fase aguda.

También estas secuelas pueden aparecer de forma progresiva o de manera súbita y brusca, siendo necesario considerar de manera particular como manifestación clave, a las alteraciones del sueño (Mingote, 2011) y especialmente la pesadilla traumática (Rincón-González, 2003; Chacon-Fernández, 2006 y Espinosa-Gil, 2015), que puede o no, reproducir de manera idéntica el evento catastrófico y ser continua o intermitente en cuanto a su ocurrencia; normalmente se caracteriza por estar seguida de despertares bruscos en estado de agitación, con posteriores periodos de insomnio.

Igualmente se destaca la relevancia de tener presentes las formas parciales de estrés postraumático y las secuelas postraumáticas secundarias (Rincón-González, 2003; Marcos-González, 2010 y Espinosa-Gil, 2015), que pueden tener características subclínicas caracterizadas por manifestaciones sintomáticas suficientemente intensas para generar malestar clínicamente significativo, sin que necesariamente se cumplan todos los criterios para configurar el diagnóstico de un Trastorno por Estrés Postraumático (DSM-5, 2013).

Resalta el “Protocolo de Estambul” (ONU, 2004), que en casos de personas que han sido sometidas a Tortura, hay que considerar otras reacciones, psico-emocionales, particularmente cuando existió privación de contacto con el exterior, incomunicación, intimidación y amenazas, ya que no toda persona que ha estado expuesta a una situación traumática, necesariamente presentará una configuración completa del trastorno por estrés postraumático como lo señalan los manuales diagnósticos, por lo que es relevante tener en cuenta las siguientes manifestaciones:

- Disminución del sentido de autonomía.
- Alteración de la percepción de sí mismo y sus capacidades.
- Sensación constante de inseguridad.
- Aprehensión exagerada sobre el bienestar familiar y personal.
- Preocupación excesiva sobre sus dolencias corporales y salud física.
- Sensación de indefensión y desesperanza.
- Síntomas depresivos y ansiosos.
- Excesiva desconfianza y recelo.
- Cambios percibidos en la personalidad o cognitivos con relación a su reactividad en el mundo exterior.
- Síntomas somáticos indicativos muchas veces de ansiedad elevada.

De ahí y con base en lo anterior, si se observan, se refieren y derivan de la evaluación psicológica varias de las reacciones sintomáticas correspondientes a alguno de los cuadros antes mencionados o relacionados con los otros síntomas referidos, es posible afirmar con un alto grado de certeza que la persona presenta afectaciones psicológicas que fueron provocadas por haberse visto expuesta a eventos potencialmente traumáticos y de características similares a las provocadas por actos de tortura o malos tratos.

El presente trabajo, presenta un caso clínico, en el que se realizó una valoración psicológica de tortura de una persona en reclusión, siguiendo los lineamientos generales planteados por el “Protocolo de Estambul”. Resulta relevante, debido a que, si bien el paciente presenta algunas alteraciones durante la entrevista y en el examen del estado mental, en los inventarios obtuvo puntuaciones con pobre significancia clínica; por lo que recurrimos a la realización de un análisis comprensivo de las manifestaciones sintomáticas, en conjunción con los indicadores de funcionamiento yoico y traumatogenico observados en la técnica proyectiva aplicada, para con base en eso realizar un diagnóstico diferencial.

Método

Consideraciones éticas: Nuestro participante se encuentra recluso en una institución penitenciaria, y si bien aceptó participar en el estudio, para salvaguardar su identidad, integridad y garantizar la seguridad institucional, los datos de identificación y ubicación serán omitidos.

Instrumentos y técnicas: A partir de las herramientas clínicas como la observación, la entrevista, el examen mental, diagnósticos diferencial y multiaxial, la aplicación de pruebas psicológicas y psicométricas, pueden detectarse elementos a partir de los cuales se puede inferir la existencia o no de afectación emocional derivada de tales hechos.

La observación es la primera herramienta y la más importante tanto en la clínica como en la investigación del comportamiento, de ahí que para la evaluación de una posible víctima de tortura, resulta una herramienta y habilidad elemental, ya que de ella dependerá que el clínico aprehenda los elementos más importantes del estado psicológico, emocional y mental de la persona evaluada, los principales rasgos de personalidad, así como la coherencia objetiva y subjetiva de los elementos antes mencionados con el relato de los posibles hechos de tortura.

Señala Kerlinger (2001), que toda técnica de observación, permite la realización de inferencias sobre el comportamiento, por lo que es necesario ser precavidos en su empleo, particularmente por los factores asociados al observador que pueden debilitar la objetividad del proceso; mientras que Villarroel y Leiva (2006), consideran que la observación participante permite mirar el fenómeno con profundidad y desde el interior de su ocurrencia, por lo que el investigador obtendrá datos de significado sobre el comportamiento de las personas o grupos observados de manera sistemática y no intrusiva obteniendo de los participantes sus descripciones de la realidad y los conceptos en torno a los que se organiza su mundo.

La entrevista es la herramienta fundamental para la realización de una valoración psicológica de tortura, ya que como menciona Kerlinger (*Idem.*), es una situación interpersonal en donde el entrevistador plantea al entrevistado preguntas pertinentes para obtener respuestas relativas al problema de investigación; además de que esta puede ser estructurada o no estructurada. Mientras que Sullivan (1964) mencionó que desde la perspectiva clínica, la entrevista es una interacción social, de la que el entrevistador no puede abstraerse, ya que este observa con toda su personalidad, por lo que resulta un acto de observación participativa, en el que desde el inicio hasta el final se dan distintos niveles y tipos de interacciones entre los participantes, por lo que el psicólogo debe captar con todo su ser estas para en un momento posterior poder significarlas en el contexto de la valoración.

El examen del estado mental, consiste en una descripción de todas las áreas del funcionamiento mental del paciente. Ejerce la misma función para el clínico que la exploración física para el médico de atención primaria. Los profesionales, siguen un formato estructurado en el registro de sus hallazgos. Posteriormente, estos datos se utilizarán para apoyar sus conclusiones diagnósticas (Rodríguez-García y Rodríguez-Pupo, 2006 a y b).

El diagnóstico, es un proceso fundamental y constitutivo de la práctica clínica, que se realiza a partir de la identificación de un “cuadro clínico”, con el objetivo de especificar y delimitar cualquier entidad patológica que pudiera afectar al paciente (Morales, s/a). El diagnóstico diferencial, es una herramienta que permite contrastar la hipótesis sobre el padecimiento contra los diferentes hallazgos y criterios diagnósticos, excluyendo aquellas entidades sindrómicas o patológicas que no sean compatibles.

El sistema de diagnóstico multiaxial (Mezzich, y Schwartz, s/a), pretende de manera sistemática, estandarizada, confiable y coherente, hacer un ejercicio de comprensibilidad en la descripción de las condiciones del paciente, compartiendo sus propósitos con los de la diagnóstico general. Presenta una mirada amplia y compleja de la situación vital del paciente, articulando y estructurando los componentes fundamentales de un padecimiento.

Con relación a los instrumentos psicológicos, el “Protocolo de Estambul” refiere que “[a]penas hay publicaciones acerca de 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 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. La persona que ha sobrevivido a la tortura puede tropezar con dificultades para expresar en palabras sus experiencias y síntomas. En ciertos casos puede ser útil utilizar listas de comprobación sobre acontecimientos traumáticos y síntomas. En los casos en los que el entrevistador llega a la conclusión de que podría ser útil utilizar estas listas de comprobación, puede recurrir a numerosos cuestionarios, pero ninguno de ellos se refiere específicamente a las víctimas de la tortura” (Protocolo de Estambul, § 285).

En el contexto de la valoración forense-institucional de casos de posible tortura, resulta útil la aplicación de escalas psicológicas y algunos instrumentos proyectivos, particularmente por el peso jurídico que tiene la resolución, pero en ningún momento substituye la apreciación clínica y análisis del especialista; siendo estas una herramienta.

Pruebas aplicadas e Instrumentos utilizados:

Cuestionario para Trauma de Harvard (HTQ): fue desarrollado por Mollica en 1992 como un ejercicio para generar un instrumento comprensivo interpretativo a la experiencia de personas refugiadas y que pudieran haber estado expuestas a algún tipo de violencia política (Vargas-Duran, 2010).

Existen seis versiones de este instrumento; las versiones de Vietnam, Camboya y Laos del HTQ fueron escritos para su uso con los refugiados del sudeste de Asia, la versión japonesa fue escrita para los sobrevivientes del terremoto de Kobe en 1995, la versión de los Veteranos de Croacia fue escrito para los soldados que sobrevivieron a las guerras en los Balcanes, mientras que la versión de Bosnia fue escrito para los sobrevivientes civiles de ese conflicto; La versión en español es una traducción propuesta por La Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2007).

Consta de cuatro secciones:

- Parte I, *Inventario de Experiencias Traumáticas*, explora cerca de 46 eventos traumáticos de la vida determinado que han afectado a las personas. Con dos opciones de respuesta “SI” o “NO”; fue desarrollada por expertos en el trabajo con refugiados y validada por el

método de interjueceo; presentando una fiabilidad de 0.93, de 0.89 en estudios de test-retest y de 0.90 con Alfa de Cronbach.

- La Parte II es una pregunta abierta que se presenta a los evaluados para obtener una descripción subjetiva y personal del acontecimiento más traumático(s) que han sufrido.
- Parte III le pregunta sobre los eventos que pueden haber llevado a lesiones en la cabeza.
- La Parte IV incluye 40 reactivos de trauma. Los primeros 16 reactivos derivan de los criterios para DSM-III-R/DSM-IV trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los otros 24 fueron desarrollados por HPRT para explorar la percepción subjetiva de la persona para funcionar en el contexto social. La escala para cada pregunta en la Parte IV incluye cuatro categorías de respuesta: "nunca", "un poco", "bastante", "mucho", puntuándose de 1 a 4, respectivamente.

Según Mollica (2004, en Vargas-Duran 2010), El empleo de las listas de chequeo en aquellas personas sobrevivientes de tortura, presenta dos importantes ventajas; siendo la primera que la lista reconoce la experiencia traumática y otorga a la víctima un permiso factual para la elaboración del trauma; mientras que la segunda, deriva de su utilidad clínica, dado que permite al sobreviviente "nombrar" eventos, situaciones y síntomas que al ser subjetivos y ominosos, pueden resultar difícilmente simbolizables.

Cuestionario de Síntomas de Hopkins (C-25): El Programa Harvard sobre Trauma en los Refugiados menciona que la Lista de síntomas Hopkins (HSCL) es un instrumento cuya historia se remonta a la década de 1950. Fue diseñado originalmente por Parloff, Kelman y Frank en la Universidad Johns Hopkins.

El Profesor Rickels de Karl, uno de que los desarrolladores originales de la HSCL, demostraron con sus colegas de la utilidad de una versión con 25 reactivos derivados del HSCL en una práctica de la familia o un servicio de planificación familiar. La versión en español es una traducción propuesta por La Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2007). El HSCL-25 es un inventario que mide los síntomas de ansiedad y depresión; se compone de 25 reactivos en dos partes:

La Parte I del HSCL-25 tiene 10 reactivos para los síntomas de ansiedad, mientras que la Parte II cuenta con 15 reactivos para los síntomas de depresión. La escala para cada pregunta incluye cuatro categorías de respuesta ("Nunca", "Un poco", "Bastante", "Mucho", con puntuaciones de 1 a 4, respectivamente).

Se ha mostrado de manera consistente en varias poblaciones que la puntuación total se encuentra altamente correlacionada con la angustia emocional severa no especificada, y la puntuación de la depresión se correlaciona con la depresión mayor como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, la versión IV (DSM -IV).

Dado que no se cuenta con datos que sustenten la adaptación y estandarización de los instrumentos antes presentados para población Latinoamericana en general y Mexicana en particular, es necesaria la aplicación de instrumentos estandarizados para disminuir los índices de error e incrementar la confiabilidad a partir de aplicaciones paralelas buscando validez concurrente.

Lo anterior no invalida la aplicación de estas escalas, especialmente al estar reconocidas por la Universidad de Harvard para el trabajo con refugiados y víctimas de violencia política; además de respaldado por La Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos, pero si alerta a ser cuidadosos en cuanto a la aplicación y la interpretación de estas.

Inventario de Depresión de Beck (BDI): es un instrumento de autoinforme, que es altamente utilizado en todo el mundo para explorar los síntomas de depresión (Sanz, 1998). Consta de 21 reactivos (versión 1978) diseñados para evaluar la intensidad de la depresión, una validación española, obtuvo una consistencia interna con coeficiente de alfa de 0.83, lo que la ubica como muy buena, dado que en diversos estudios internacionales esta ha sido de entre 0.78 y 0.92.

Posee una aceptable validez de contenido, al cubrir con sus 21 reactivos 6 de los 9 criterios sintomáticos planteados por el DSM-IV del *episodio de depresión mayor*, además de ajustarse a la definición planteada por el manual. Para un estudio en población mexicana (Jurado, 1998), se encontró una confiabilidad de alfa de Crombach de 0.87, con una validez concurrente de 0.70 y 0.65 con la escala de Zung en distintas poblaciones. Por su parte Moral de la Rubia (2011) desarrollo un formato de aplicación simplificado del BDI, con 21 reactivos y 4 opciones de repuesta. La escala presentó una consistencia interna de 0.91, siendo esta muy buena, concluyéndose que esta versión presenta propiedades psicométricas similares a la original.

Inventario de la Ansiedad de Beck (BAI): fue desarrollada por Aron Beck (Beck y Epstein, 1988) y consta de 21 reactivo tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Cuenta con una alta confiabilidad de Alfa de Crombach (0.92), con una fiabilidad test-retest con una semana de diferencia de 0.75, con una correlación de 0.51 con la escala de ansiedad de Hamilton y con una pobre correlación (0.25) con la escala de depresión de Hamilton.

Por su parte Reis-Quintanao (2010) propone una adaptación portuguesa, obteniendo una confiabilidad de Alfa (0.79) adecuada, correlacionando de manera positiva con las mediciones paralelas.

Megán (2008) realizó una validación española, con una confiabilidad de Alfa elevada (0.93) un adecuado ajuste, correlación con similares y discriminación de las medidas de depresión, mostrando de manera especial la relación existente entre los síntomas ansiosos y depresivos.

Tafoya (2006) realizó una validación para universitarios mexicanos, encontrando diferencias significativas ($t=3.51$, $p \leq 0.01$) entre aquellos participantes con síntomas de ansiedad y los que no los poseen, con una adecuada discriminación de los reactivos ($t=16.61$, $p \leq 0.001$), con una consistencia interna (Alfa=0,86) elevada. Lo que significa que el instrumento es adecuado para explorar síntomas ansiógenos en población mexicana.

Persona bajo la lluvia: Es una técnica gráfica proyectiva en la que se pretende obtener una imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables (Querol y Chavez, 1997 citado en Girardi y Pool-Burgos, 2005; Pool-Burgos, 2006; Agudo y González, 2005), para acceder a los pliegues más profundos de la personalidad (Piccone, 2005); representándose la lluvia como el elemento perturbador que obliga a la persona a defenderse de ella.

Mencionan Querol y Chavez (1997, en Girardi y Pool-Burgos, 2005) que el análisis se realiza fundamentalmente en cuatro áreas; análisis de recursos expresivos, estructura del dibujo de la figura humana, las expresiones del conflicto en el dibujo y la estructura de los mecanismos defensivos.

Se han realizado múltiples investigaciones sobre el impacto de situaciones traumáticas sobre la personalidad, evaluándose con este instrumento, abarcando desde el rendimiento en personas recluidas (Valdez-Oyague, 2010), los efectos del abuso sexual en niños (Girardi y Pool-Burgos, 2005; Pool-Burgos, 2006), distintos indicadores de depresión en adolescentes (Agudo y González, 2005) y algunos factores de potencial suicida (Piccone, 2005).

A partir de la experiencia y siguiendo lo mencionado por Girardi y Pool-Burgos (2005 y 2006), hemos encontrado que este instrumento resulta útil para explorar los efectos del trauma en la estructura básica de la personalidad, especialmente sus efectos sobre el funcionamiento Yoico y los recursos defensivos; esto se aprecia por ejemplo en aquellas personas que refieren haber experimentado el trauma hace tiempo, dado que las demandas del ambiente, pueden haber obligado a la persona a reprimir o desplazar las secuelas, pudiendo observarse únicamente secuelas subclínicas con las herramientas clínicas y los instrumentos (González y cols., 2010), lo que permitiría acceder a las manifestaciones más sutiles de la exposición a la situación traumática incluso un significativo tiempo después.

Procedimiento: La integración de un informe psicológico derivado de una valoración psicológica por tortura, debe fundamentarse en los criterios descritos en el *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes "Protocolo de Estambul"* (2001 y 2004), que estipula un método, criterios y procedimientos para la investigación médica, psicológica y jurídica de posibles hechos de tortura.

Para que el informe sea válido, debe cubrir de manera exhaustiva con los siguientes rubros: a) Ficha de identificación y datos de aplicación, b) Declaración de veracidad del testimonio, c) Antecedentes, d) Historia de tortura y malos tratos, e) Síntomas e incapacidades referidos, f) Métodos y objetivo del estudio, g) Examen psicológico, h) Resultados de las pruebas diagnósticas, i) Interpretación de los hallazgos, j) Conclusiones y recomendaciones, k) Declaración de veracidad del testimonio, l) Autoría, m) Anexos y n) Referencias Bibliográficas y documentales.

El procedimiento para la recolección de datos, parte de la integración de un equipo interdisciplinario, que se presenta con el evaluado, le expone el motivo, alcances, limitaciones y objetivo de la valoración al paciente, recabándose el consentimiento informado. Se comienza la entrevista recolectando los datos generales y se inicia con el relato de los hechos; inmediatamente después se procede a la valoración médica e inmediatamente después la psicológica.

La valoración psicológica parte de la exploración de la historia de vida, de los síntomas psicológicos experimentados por el paciente inmediatamente después de los hechos y del estado emocional actual; se aplican los inventarios psicológicos, la prueba de la persona bajo la lluvia, para al final realizar una exploración puntual de las manifestaciones sintomáticas que el evaluado haya marcado como significativas en los instrumentos.

Resultados

A continuación, se presentarán de manera esquemática y salvaguardando en todo momento la identidad del paciente, los datos más importantes obtenidos durante la valoración, tanto de las formas de malos tratos, los contenidos de los instrumentos, el análisis y razonamiento clínico realizado, así como las conclusiones a las que se arribó.

Descripción puntualizada de aquellas formas de abuso físico y/o psicológico: A continuación, se presentan algunas de las más relevantes formas de maltrato que el paciente refirió durante la valoración:

- “...Abí se me subió un oficial con la rodilla en el pecho...”
- “...me comenzaron a golpear en el estómago, en el pecho y en las piernas, con los puños y a patadas...”
- “...me pusieron una bolsa de plástico de color negro en la cabeza con la que me trataban de asfixiar...”
- “...estaba tirado en el piso ‘boca arriba’, después me pusieron un trapo en la cara y me echaron agua, un chorro grueso, continuaron los golpes en el estómago...”
- “...me dieron toques, se escuchaba como sonaba...”
- “...en ese momento me sentí muy mal, me comenzó a faltar el aire y les dije que tomaba pastillas para el corazón...”
- “...tampoco dejaron que pasara un abogado...”
- “...me recibió un licenciado que me dijo vente vamos a hablar, me hizo preguntas, estando yo solo sin mi abogado, me dijo que si no cooperaba me iban a mandar ‘al cuartito’...”

En los fragmentos del relato presentados, el evaluado refiere como los perpetradores realizan diversas maniobras de maltrato físico y psicológico, como asfixia por compresión, ahogamiento seco y húmedo (submarino); golpes repetidos en diversas partes del cuerpo; toques eléctricos; negativa de entrevista con su defensor y amenazas.

Información general del evaluado: Posterior a la valoración médica, se realizó la anamnesis, partiendo de la familia de origen y hasta algunos antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos:

Con relación a la dinámica y conformación familiar, se aprecia que proveniente de núcleo familiar completo, integrado, aparentemente funcional, siendo la madre quién establecía las reglas en casa, sin emplear violencia, el padre trabajaba la mayor parte del tiempo. Establece núcleo de procreación antes de los 20 años, procreando tres hijos, se disuelve esta relación por dificultades internas, conforma una nueva relación en, procreando tres hijos más, manteniendo esta relación en la actualidad.

Con relación al desarrollo psicosocial, educativo y laboral, cuenta con habilidades para interactuar con sus pares, conformando vínculos afectivos escasos y estables, con rasgos de independencia, terminó los estudios de educación media y laboraba como chofer de transporte antes de ser recluso.

Negó tabaquismo; inició consumo de cerveza a los 18 años; consumo de cocaína durante dos años. Padece hipertensión arterial sistémica con seis meses de diagnóstico, bajo tratamiento; niega antecedentes quirúrgicos y transfusionales, niega antecedentes de fracturas, refiere traumatismo craneo encefálico en parietal derecho hace 2 años durante un altercado.

Síntomas e incapacidades referidas: A continuación, se presentan las manifestaciones clínicas y sintomáticas experimentadas por el paciente inmediatamente después del hecho traumático de tortura y seis semanas después cuando se realizó la valoración:

1. Síntomas Psicológicos posteriores a los hechos

- Pesadillas: *“Cuando estaba dormido soñaba que me golpeaban, brincaba, me despertaba, no podía volver a dormir”* (sic.)
- Reexperimentación: *“Continuamente recordaba como que me estaban golpeando”* (sic.)
- Alteraciones del sueño: *“No me podía dormir, por los dolores y estar pensando en lo que me pasó”* (sic.)

2. Estado emocional al momento de la evaluación

- Pensamientos de muerte: “...he pensado en matarme, pero no tengo un plan de cómo hacerlo...” (sic).
- Dificultades de concentración: “nada más estoy pensando en el problema que tengo y estoy encerrado”.
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño: “sueño que me están golpeando y brinco”; “repentinamente, cuando estoy dormido, brinco y me despierto, como dos veces por semana”.
- El corazón late aceleradamente: “cuando estoy pensando en mi familia”.
- Pesadillas recurrentes: “sueño que me están golpeando y brinco”.
- Problemas de sueño: “me cuesta trabajo dormirme por estar pensando donde estoy, que estoy preso”.
- Se asusta súbitamente sin motivo: “repentinamente, cuando estoy dormido, brinco y me despierto, como dos veces por semana”.
- Se preocupa excesivamente por las cosas: “por mi familia”.
- Sentimiento de agotamiento: “me acaba mucho por dentro esto y no puedo hacer nada”.
- Sentimientos de culpa y remordimiento: “remordimiento por estar encerrado”.
- Sentimientos de desesperanza sobre el futuro: “se me acaba la esperanza de salir”.
- Sentimientos de falta de fuerzas y lentitud: “para salir de este problema”.
- Sentimientos de humillación por su experiencia: “como me detuvieron...”.
- Sentimientos de nerviosismo e inquietud: “en lapsos cuando estoy caminando en la celda y pensar en mi situación”.
- Sentimientos de nerviosismo y miedo: “Tengo temblores en las manos y ganas de llorar”.
- Sentimientos de soledad: “en soledad”.
- Sentimientos de tristeza: “por no estar con mi familia y mis hijos”.

Resultados de los instrumentos psicológicos

1. Aplicación del *Cuestionario para Trauma de Harvard*. El evaluado obtuvo una puntuación en la escala de estrés postraumático del DSM-IV de **1.3**, y en la escala total de **1.45**, lo cual, le ubica por debajo del punto de corte (2.5); por lo que el instrumento **NO CONSIDERA SIGNIFICATIVA LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE TRAUMA AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN**.

Por la forma y características de los síntomas, se considera necesario realizar un análisis cualitativo del instrumento, en el que se observa, que en la Parte 1 del cuestionario sobre *Eventos Traumáticos* marco como positivos los siguientes reactivos:

- Reactivo 9: Golpeado físicamente “*durante mi detención*”.
- Reactivo 13: Tortura (golpes, mutilaciones, cortes, crucifixión, azotes, privación de la visión, desnudado a la fuerza) “*los que me detuvieron*”.

En la Parte 4 sobre *Síntomas de Trauma*, anotó cómo síntomas significativos los siguientes reactivos:

- Reactivo 3: Pesadillas recurrentes “*sueño como que me están golpeando y brinco*”.
- Reactivo 5: Incapacidad de sentir emociones.
- Reactivo 6: Se siente nervioso, aprehensivo o asustadizo y se sobresalta fácilmente “*siento temblor en las manos y ganas de llorar*”.
- Reactivo 7: Dificultad de concentración “*nada más estoy pensando en el problema que tengo y estoy encerrado*”.
- Reactivo 8: Problemas de sueño “*me cuesta trabajo dormirme...*”.
- Reactivo 15: Evita pensamientos o sentimientos asociados a los eventos dañinos o traumáticos.
- Reactivo 19: Se siente agotado “*Me acabo mucho por donde estoy y no puedo hacer nada*”.
- Reactivo 26: Incapaz de planear sus días “*me afecta mucho estar encerrado*”.
- Reactivo 27: Sentimientos de culpa y remordimiento “*remordimiento por estar encerrado*”.
- Reactivo 29: Falta de esperanza “*Al no poder salir y la expectativa de cuanto me voy a quedar encerrado*”.
- Reactivo 35: Sentimientos de humillación por su experiencia “*como me detuvieron y como me trataron*”.

En la Parte 5 sobre la *Historia de Tortura*, anotó cómo afirmativos los siguientes reactivos:

- Reactivo 1: Golpes, patadas, golpes con objetos.
- Reactivo 2: Amenazas, humillación.
- Reactivo 8: Asfixia.
- Reactivo 11: Vendar los ojos, privación de la visión.
- Reactivo 22: Forzado a estar de pie.
- Reactivo 27: Choques eléctricos repetidos.

2. Aplicación del *Cuestionario de Síntomas de Hopkins (C-25)* El evaluado obtuvo una puntuación de **1.6** en la escala de ansiedad, **2.0** en la escala de depresión y **1.84** en la escala total; ubicando los resultados por encima del punto de corte (1.75) para ambas escalas; ***POR LO QUE SE CONSIDERA LA PRESENCIA SIGNIFICATIVA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN.***

Partiendo de un análisis cualitativo del instrumento, se observa:

En la escala de *SÍNTOMAS DE ANSIEDAD*, anotó cómo síntomas significativos los siguientes reactivos:

- Reactivo 1: Se asusta súbitamente sin motivo *“repentinamente cuando estoy durmiendo”*.
- Reactivo 4: Siente nerviosismo e inquietud en su interior.
- Reactivo 5: Su corazón late aceleradamente *“cuando estoy pensando en mi familia”*.
- Reactivo 10: Siente inquietud o que no puede estar tranquilo *“me la paso caminando en la celda y de pensar en mi situación”*.

En la escala de *SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN*, anotó cómo síntomas significativos los siguientes reactivos:

- Reactivo 11: Siente falta de fuerzas y lentitud.
- Reactivo 16: Dificultades para dormir o continuar dormido *“no duermo bien y me despierto”*.
- Reactivo 17: Siente desesperanza sobre el futuro *“se acaba la esperanza de salir”*.
- Reactivo 18: Se siente triste *“no estar con mi familia y mis hijos”*.
- Reactivo 19: Se siente solo, *“en soledad”*.
- Reactivo 22: Se preocupa excesivamente por las cosas *“por mi familia”*.

3. Aplicación del *Inventario de la Depresión de Beck BDI*: El evaluado obtuvo una puntuación de **13**, lo que lo ubica en un nivel de **DEPRESIÓN DE LEVE**.

Partiendo de un análisis cualitativo del instrumento, se observa que anotó cómo síntomas significativos los siguientes reactivos:

- Reactivo 1 opción 1: Me siento triste.
- Reactivo 2 opción 3: Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
- Reactivo 4 opción 3: Estoy insatisfecho o aburrido con todo.
- Reactivo 7 opción 1: Estoy desilusionado de mí mismo.
- Reactivo 14 opción 1: Estoy preocupado por verme viejo.
- Reactivo 16 opción 1: Ya no duermo tan bien como antes.
- Reactivo 18 opción 3: No tengo apetito de nada.

4. Aplicación del *Inventario de la Ansiedad de Beck*: El evaluado obtuvo una puntuación de 17, lo que lo ubica en un nivel de **ANSIEDAD DE BAJA**.

Examen psicológico

1. Examen del estado mental: presenta un estado afectivo inestable, que transitaba entre la ansiedad y la melancolía; orientado en las esferas de persona, espacio, tiempo y circunstancia, con una conciencia lúcida, atención dirigida a los estímulos y enfocada en la tarea. La memoria de trabajo, a corto, mediano y largo plazo se encuentran conservadas. El pensamiento es concreto, inductivo, con pensamientos de muerte, presentando un curso normal, expresándose en un lenguaje convencional en tono medio, sin dificultad expresiva, juicio conservado. Sin la presencia de ilusiones, alucinaciones o alteraciones perceptuales, hasta el momento de la valoración, no presenta indicios de daño orgánico cerebral.
2. Formulación psicodinámica y análisis de técnica proyectiva de la “Persona bajo la lluvia”: El evaluado impresiona un estado afectivo melancólico y anímicamente ansioso, refleja una actitud cooperadora hacia la entrevista.

Se aprecia una media capacidad de organización y planeación, la de análisis y síntesis se valoran en niveles medios, observándose deficiencias para el trámite de las exigencias del medio, presenta dificultad de adaptación a las circunstancias que enfrenta. No obstante haber referido haber recibido un traumatismo craneoencefálico, derivado del análisis el examen mental, el curso y contenido de la entrevista y el análisis de la prueba gráfica, no se encontraron indicios de daño orgánico cerebral; mismos que deberán ser valorados por un especialista en neurología.

Refiere haber experimentado previo a su internamiento, un evento traumático al momento de su detención en el que fue torturado, observándose significativos rasgos de desvalimiento, baja de energía psíquica y física, ansiedad y tendencias a la depresión, sentimientos de culpa, inadecuación e inestabilidad emocional, con sensación de vacío y dificultades de adaptación al medio en que se encuentra actualmente. Siguiendo lo propuesto por Piccone y Passalacqua (2010), se observan deficiencias en el funcionamiento “Yoico”, con la presencia de rasgos de inestabilidad y desequilibrio personal, con disminución de la capacidad de relacionarse con el mundo, escasos recursos para el manejo de la situación en que se encuentra, sentimientos de presión y amenaza.

Así mismo se observa la presencia de indicadores traumatogénicos (Pool, 2006), al manifestarse falta de soporte y sostén, significativa presión con sentimientos de impotencia, deficiencia en el sistema defensivo y tramitación de la angustia, sentimientos de culpa y estigmatización.

3. Diagnóstico Diferencial:

- A) El evaluado refirió haber presentado inmediatamente después de los hechos de tortura síntomas de trauma; dadas las características sintomáticas se considera la presencia de Manifestaciones de Estrés Agudo, con base en lo descrito por el DSM-5; dado que se cumplen los siguientes criterios diagnósticos:

- Reexperimentación: *“Continuamente recordaba como que me estaban golpeando”* (sic.)
- Alteraciones del sueño: *“No me podía dormir, por los dolores y estar pensando en lo que me pasó”* (sic.)
- Pesadillas: *“Cuando estaba dormido soñaba que me golpeaban, brincaba, me despertaba, no podía volver a dormir”* (sic.)

B) Al momento de la evaluación se observan síntomas de trauma, de depresión y ansiedad; dadas las características sintomáticas se observa la presencia de las siguientes entidades clínicas con base en lo descrito por el DSM-5: a) Trastorno por Estrés Postraumático F43.1 (309.81) parcial en fase aguda. b) Episodio depresivo; dado que se cumplen los siguientes criterios diagnósticos:

Trastorno por Estrés Postraumático F43.1 (309.81) parcial en fase aguda.

- El evaluado refiere haber estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que se amenazó su integridad física.
- El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de las siguientes formas:
- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar, *“sueño que me están golpeando y brinco”*.
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo.
- Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, como se pone de manifiesto con las siguientes manifestaciones:
 - Sentimientos de nerviosismo y miedo: *“Tengo temblores en las manos y ganas de llorar”*.
 - Sentimientos de culpa y remordimiento.
 - Sentimientos de humillación por su experiencia: *“como me detuvieron y como me trataron”*.
 - Sentimientos de inquietud e intranquilidad.
- Alteración importante del estado de alerta y reactividad asociada al suceso traumático, tal y como indican los siguientes síntomas:
 - Dificultades para conciliar o mantener el sueño: *“sueño que me están golpeando y brinco”; “repentinamente, cuando estoy dormido, brinco y me despierto, como dos veces por semana”*.
 - Dificultades de concentración.
- Estas alteraciones se prolongan más de 1 mes.
- Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo.
- Agudo, dado que los síntomas han persistido al menos seis semanas al momento de la valoración.

Episodio depresivo

Al momento de la valoración presentó las siguientes manifestaciones clínicas, que no se atribuyen a otra afección médica:

- Estado de ánimo deprimido.
 - Pensamientos de muerte: “...he pensado en matarme, pero no tengo un plan de cómo hacerlo...” (sic).
 - Sentimientos de tristeza: “por no estar con mi familia y mis hijos”.
 - Sentimientos de soledad: “en soledad”.
 - Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 - Sentimiento de agotamiento: “me acaba mucho por dentro esto y no puedo hacer nada”.
 - Dificultades de concentración: “nada más estoy pensando en el problema que tengo y estoy encerrado”.
- Los síntomas generan malestar clínicamente significativo.
- No se tienen elementos para corroborar la presencia de un trastorno de depresión mayor, ya que, a pesar de cumplir varios criterios diagnósticos, no cumple el criterio de temporalidad.
- No se tienen elementos para corroborar la presencia de un trastorno distímico, ya que, a pesar de cumplir con algunos de los criterios, el evaluado refiere haber estado expuesto a una situación traumática que es re-experimentada, además de que los síntomas depresivos son intensos, y no se cuenta con la temporalidad de prevalencia de estos.
- No se tienen elementos para corroborar la presencia de trastornos de angustia con y sin agorafobia, ya que, a pesar de cumplir varios criterios diagnósticos, refiere haber estado expuesto a un acontecimiento potencialmente dañino o catastrófico.

4. Diagnóstico Multiaxial:

- EJE I: Al momento de la valoración, el evaluado presenta manifestaciones clínicas que se califican como: a) Trastorno por Estrés Postraumático F43.1 (309.81) parcial en fase aguda. b) Episodio depresivo
- EJE II: No se observan trastornos de la personalidad o retraso mental.
- EJE III: Refiere padecer de hipertensión arterial sistémica, refiere traumatismo cráneo encefálico en parietal derecho hace 2 años.
- EJE IV: Conflictos con el sistema de justicia penal y distanciamiento familiar.

- EJE V: Escala de Evaluación de la Actividad Global= 60, al presentar síntomas, con estado de ánimo depresivo y alteraciones del sueño, considerando la presencia de pensamientos de muerte.

Interpretación de los hallazgos clínicos: A continuación, se realiza un razonamiento en el que se conjuntan los antecedentes del paciente, el relato de los hechos traumáticos y los hallazgos clínicos, para establecer si es que existe correlación entre ambos con base en lo que establece el “Protocolo de Estambul”.

Con base en la recolección, análisis e integración de los resultados, se considera que los signos psicológicos observados, cumplen con los criterios diagnósticos para establecer que el paciente presenta al momento de la valoración un Trastorno por Estrés Postraumático F43.1 (309.81) parcial en fase aguda, lo que es consistente con el relato de los hechos de su detención; estas manifestaciones se corroboran con una sesión de atención psicológica realizada 5 días después a la valoración, por el psicólogo penitenciario, en el que se refiere que el evaluado presenta: “...dificultad para conciliar el sueño, llegando en ocasiones a despertarse por sobresaltos que hace su cuerpo y pensamientos negativos, que regresan a su mente al recordar el evento estresante... en una ocasión presentó ideas de muerte sin llegar al acto suicida...”.

Con base en el análisis de la historia de vida, contexto sociocultural y proceso de desarrollo psicosocial del evaluado, se considera que la forma e intensidad en que se manifiestan las reacciones psicopatológicas observadas, se encuentran dentro de las características esperables para alguien que estuvo expuesto a una situación de estrés extremo que puso en peligro su integridad personal.

Considerando la evolución fluctuante en el tiempo de los trastornos mentales, se establece que el evaluado se encuentra cursando por una fase aguda de manifestaciones traumáticas que coincide con haberlo evaluado seis semanas después de ocurridos los hechos de su detención; actualmente esta configuración clínica, se encuentra en riesgo de agravamiento por la presencia comórbida de un episodio depresivo con pensamientos de muerte, que requieren atención clínica inmediata. Vale la pena señalar que el evaluado manifestó haber sufrido un traumatismo craneoencefálico 2 años antes de los hechos, sin que al momento de la valoración y con base en el análisis del discurso, el examen del estado mental y las características de integración del test de la “Persona bajo la lluvia”, se observen signos o síntomas de daño orgánico cerebral, situación que debe ser corroborada mediante la valoración por el especialista de neurología y los estudios de gabinete correspondientes.

Actualmente el paciente, se encuentra recluso en una institución penitenciaria, alejado de su familia y enfrentando un proceso legal; situaciones que lo impactan de manera adversa, al haberse apreciado al momento de la evaluación la presencia de un episodio depresivo con pensamientos de muerte, que requieren atención clínica especializada.

Con base en el análisis e integración de la información recolectada, se considera que el cuadro clínico de Trastorno por Estrés Postraumático F43.1 (309.81) parcial en fase aguda que presenta el evaluado, es consistente con su relato de los hechos; que se agrava con la presencia de un Episodio Depresivo con pensamientos de muerte, derivado de su situación de internamiento y alejamiento de su familia.

Discusión y conclusiones

Al ser la Tortura una de las más graves violaciones a derechos humanos, su documentación e investigación, es una tarea de suma importancia y trascendencia, para dejar constancia de la ocurrencia de los hechos, que la víctima reciba justicia, rehabilitación y reparación integral del daño, elementos fundamentales para erradicarla y reivindicar el daño psico-socio-histórico-cultural que genera.

Como fenómeno complejo que es la tortura, se requiere que el especialista en psicología que realice la valoración psicológica de la posible víctima, tenga amplia experiencia teórica y técnica en el tema, poseyendo una vasta capacidad de análisis histórico del contexto para entender el significado profundo de este fenómeno, además de sólidas habilidades clínicas, metodológicas y psicométricas. Ya que, de lo contrario, no le será posible profundizar en el sentido de los hechos ni vislumbrar la profundidad del daño, quedándose en un análisis tecnicista y superficial, sin posibilidades de penetrar en la sutileza de los hallazgos y mucho menos significarlos.

El presente caso, presenta una situación particular, ya que el paciente se encuentra recluso en una institución penitenciaria, y si bien durante la entrevista manifestó algunos indicios clínicos de trauma como manifestaciones afectivas y pensamientos de muerte, los datos de los instrumentos en las ponderaciones numéricas no son claramente significativas; por lo que el primer camino a tomar considerando esto de manera superficial, sería descartar el alegato por no hallar indicios.

Pero clínicamente la insistencia en los sueños intranquilos, interrumpidos y la pesadilla traumática nos llamaba la atención, por lo que retornando a una revisión puntual de la literatura técnica y científica, encontramos que el Manual del “Protocolo de Estambul” (2004) refiere que para considerar que la persona evaluada estuvo expuesta a una situación similar a tortura, no es necesario que presente una configuración sintomática completa de estrés agudo o postraumático, o manifestaciones sintomáticas intensas; afirmaciones apoyadas por diversas investigaciones relacionadas con el tema (Montt y Hermosilla, 2001; Rincón-González, 2003; Chacón-Fernández, 2006; Marcos-González, 2010; Mingote, 2011 y Espinosa-Gil, 2015).

Es por ello que, con esto en mente, nos dimos a la tarea de mirar más allá de lo arrojado numéricamente con los instrumentos, para retomar cada una de las manifestaciones sintomáticas referidas y exploradas clínicamente durante la entrevista, encontrando una presencia significativa de hallazgos que indican que la persona que las presenta, tiene una alta probabilidad de haber estado expuesta a una situación traumática en la que estuvo en riesgo su integridad física e incluso su vida.

Para tener precisión y fundamentar las conclusiones ante las instancias jurídicas correspondientes, nos dimos a la tarea de realizar un diagnóstico diferencial, que nos permitió visualizar que el paciente presentó inmediatamente después de los hechos manifestaciones de exposición a trauma, que los manuales diagnósticos clasifican como estrés agudo, que evolucionaron hacia un trastorno por estrés postraumático, que si bien se manifestó de manera parcial, presentaba alteraciones del sueño significativas, pesadilla traumática e hipervigilancia; lo que con base en la literatura permite establecer su existencia; además de que el cuadro clínico se complica con la presencia de un episodio depresivo con ideas de muerte; que si bien no se origina de los hechos de tortura, si aporta al mal estar psíquico general.

Resulta fundamental la apertura de líneas de investigación específica sobre este tema, y en especial en personas que se encuentran en situaciones de reclusión; ya que el estado de la literatura es escaso. El desarrollo de esta línea, permitirá contar con un cúmulo de conocimiento teóricos y técnicos, que posibilitarán tener una visión mucho más clara, amplia y precisa sobre las manifestaciones psicológicas que pueden presentarse en personas sometidas a tortura y que se encuentran en estado de reclusión.

Este trabajo es relevante, ya que permite mostrar la trascendencia de que el psicólogo que realiza una valoración clínica de tortura, con base en su formación y experiencia, mire más allá de los datos métricos de las pruebas, y se adentre de manera responsable en el malestar manifestado por la víctima, para que de esa manera se rompan las inercias institucionales y se pueda realizar un mejor defensa de los derechos humanos de las personas.

Referencias

Agudo, M. y González, M. (2005) *Análisis psicométrico de los indicadores de depresión del test de Figura Humana Bajo la Lluvia (DFHBL)*. Tesis de grado; Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Católica Andrés Bello; Caracas, Venezuela.

American Psychiatric Association, (1994) *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. 4º Edición, Masson, Barcelona.

American Psychiatric Association, (2014) *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5 (DSM 5)*. American Psychiatric Publishing, Arlington.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56.

Chacón-Fernández, J. (2006) *Trastorno por estrés postraumático. Concepto, evidencias y pseudo evidencias de evaluación y tratamiento en el siglo XXI*. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.

Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH). (1999) *GUATEMALA: MEMORIA DEL SILENCIO. Informe de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH)*. Guatemala, Guatemala.

Espinosa-Gil, RM. (2015) *El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia, y aportaciones para el trauma complejo*. Tesis Doctoral, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Murcia, España.

First, M; Frances, A; Pincus, H. (2002) *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico Diferencial*. Masson, Barcelona.

Girardi, K. y Pool-Burgos, A. (2005) *Evaluación de indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales en la prueba Persona Bajo la Lluvia en niños victimizados sexualmente de 9 a 11 años de edad. Un estudio descriptivo-comparativo*. Tesis de grado; Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; Chile.

Gómez-Córdova, O. (2006) “Aspectos psicosociales de la reparación integral.” Corporación AVRE, Colombia.

Heredia y Ancona, C; Santela-Hihalgo, G; Somarriba-Rocha, L. (2012) *Informe Psicológico*. Textos de apoyo didáctico UNAM, México.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: the aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: HarperCollins.

Jurado, S.; et al. (1998) *La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México*. Revista Salud Mental, V. 21, No. 3, México.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2001) *Investigación del comportamiento*. Cuarta edición, Mc Graw Hill, México.

Lira, E. (2004) “Consecuencias psicosociales de la represión política”. en Psicología y Derechos Humanos, Icaria Editorial, Barcelona.

Marcos-González, E; et al. (2010) *El desarrollo de las secuelas postraumáticas: factores que intervienen y elementos clínicos*. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010. Link: <http://hdl.handle.net/10401/1199>

Megán, I.; et al. (2008) *Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population*. The Spanish Journal of Psychology, Vol. 11, Núm. 2, Universidad Complutense de Madrid España.

Mezzich, JE; Zapata, MI y Schwatz, K. (s/a) *La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general*. Division of Psychiatric Epidemiology Mount Sinai School of Medicine of the City University of New York, en <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xrLBshSKYVEJ:www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v6n4/v6n4ce1.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx> consultado el 11 de mayo de 2016 a las 11:00 hrs.

Mingote, JC. (2011) *Diagnóstico Diferencial del Trastorno por Estrés Postraumático*. Revista Clínica Contemporánea, Vol. 2, No. 2, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España.

MONTT, María Elena y HERMOSILLA, Wladimir. *Trastorno de estrés post-traumático en niños*. Rev. chil. neuro-psiquiatr.[online]. 2001, vol.39, n.2, pp. 110-120. ISSN 0717-9227. doi: 10.4067/S0717-92272001000200003.

Morales, D. (s/a) El proceso de diagnóstico diferencial. En el curso virtual interdisciplinario a distancia. salud mental, psicología y psicopatología del niño, adolescente y su familia. dir. prof. dr. hector s. basile. Consultado en: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/5/final054.pdf> el 11 de mayo de 2016, a las 13:00.

Morrison, J. (2015) *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. 1º Edición, Manual Moderno, México.

Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2007) *Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México*. México.

OMS. (2000) *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Editorial Médica Panamericana, España.

ONU (2004), *Protocolo de Estambul: Manual para investigaciones y documentación eficaces de la tortura y otros tratos penas crueles, inhumanos o degradantes*, Serie de capacitación profesional No. 8º, publicación de las Naciones Unidas; Ginebra, ISBN 92-1-354067-1

Piccone, A y Passalacqua, A. (2010) *Algunas observaciones para evaluar las funciones joicas de realidad con la aplicación de una técnica gráfica*. Anuario de Investigaciones Vol. XVII Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Piccone, A. (2005) *Potencial suicida en el Test Persona Bajo la Lluvia*. Anuario de Investigaciones, Volumen XIII; Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; Argentina.

Pool, A. (2006) *Análisis desde el modelo traumatogénico de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba persona bajo la lluvia*. Revista Psykhe, Vol. 15, No. 001, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Pool-Burgos, A. (2006) *Análisis desde el Modelo Traumatogénico de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba Persona bajo la Lluvia*. Psykhe, Vol. 15, No. 001, Pontificia Universidad Católica de Chile; Santiago, Chile.

Reis-Quintanao, S. (2010) *Validación De La Versión Portuguesa De La Escala De Ansiedad De Beck – Bai*. Tesis Doctoral; Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, España.

Rodríguez-García, P. y Rodríguez-Pupo, L. (2006) *Técnicas clínicas para el examen mental I. Organización general y principales funciones cognitivas*. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría Vol. 39 No. 2 Abril-Junio.

Rodríguez-García, P. y Rodríguez-Pupo, L. (2006) *Técnicas clínicas para el examen mental II. Percepciones, pensamientos, emociones*. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría Vol. 39 No. 3 Julio-Septiembre.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1998) *Fiabilidad, Validez Y Datos Normativos Del Inventario Para La Depresión De Beck*. Psicothema Vol. 10, No. 2, España.

Scheiber, S. (1996) *La entrevista psiquiátrica, la anamnesis y el examen del estado mental*. En Tratado de Psiquiatría, Capítulo 6, pp. 199-230; Ancora, Barcelona.

Tafoya, R. et al. (2006) *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM*. Psiquis, Vol. 15, No. 3 México.

Valdez-Oyague, R. (2010) *Indicadores de conflicto y funcionamiento bajo presión en internos de un penal de Lima*. Tesis de grado; Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Vargas-Duran, R. (2010) *Genero y experiencias traumáticas en víctimas de violencia política*. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, España.

Vargas-Mendoza, Jaime Ernesto (2007) *Examen del estado mental*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Villarroel, G y Leivva, P. (2006) *La observación participante*. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de la Playa Ancha de Ciencias de la Educación, Valparaíso.