

PERITACIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA DE MALTRATO Y TORTURA EN SOLICITANTES DE ASILO. USO DEL PROTOCOLO DE ESTAMBUL

Pau Pérez-Sales

Las sociedades regularon desde hace más de cien años el derecho de asilo y refugio, entendiendo que aquellas personas que fueran objeto de persecución en su propio país por sus ideas o por razones derivadas de su condición de género, etnia u otras, tenían derecho a ser reconocidos y acogidos en terceros países que sí pudieran garantizar su protección. Con los años el derecho de asilo se ha ido pervirtiendo, asociándolo a la idea de ciudadanía, y regulando junto a los derechos migratorios, lo que ha dejado en una desprotección enorme a los solicitantes de asilo.

Tras la guerra civil española miles de personas buscaron refugio político en Europa y Latinoamérica. Dada las propias condiciones de la dictadura franquista, España no fue país de acogida cuando entre los setenta y noventa América Latina fue sacudida por dictaduras militares y gobiernos autoritarios. En la actualidad, ya con una democracia formal, España tampoco es país de acogida por razones políticas. De todos los países de su entorno, España concede menos del 5% de solicitudes de asilo o refugio que se tramitan en su territorio, constituyendo, en este sentido, un notorio ejemplo de insolidaridad. Gran parte de estas denegaciones tienen que ver con que conllevan el reconocimiento, como indica la propia condición de asilo (cuadro 1), de que en su país de origen la persona es perseguida por su propio Estado.

En la actualidad la evaluación de las solicitudes de asilo es realizada por la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio (CIAR) compuesta por representantes de los Ministerios de Asuntos Exteriores, Justicia e Interior y Asuntos Sociales. Asiste a las reuniones el representante en España del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), con voz pero sin voto. El procedimiento se regula por la Ley 5/1984 que en su artículo 9 dice literalmente: «El solicitante de asilo deberá acreditar su identidad y proporcionar un relato verosímil de la persecución sufrida, mediante la prueba pertinente o indicios suficientes de las circunstancias que justificarían el otorgamiento de asilo. Con fundamento en el relato del solicitante, la Administración investigará las circunstancias objetivas alegadas y valorará su transcendencia a los efectos del asilo».

La evaluación de solicitantes de asilo constituye una situación compleja que vulnera varios de los presupuestos básicos de un adecuado proceso

legal. Así, los solicitantes de asilo deben soportar la *carga de la prueba* (es decir aportar pruebas que sean razonablemente asequibles que apoyen su credibilidad) y la *carga de la persuasión* (es decir, que si un juez o la comisión siente que no puede decir si el solicitante está o no diciendo la verdad, no tiene por qué concederle el beneficio de la duda). Además, y acorde con la definición de refugiado (cuadro 1) debe demostrar que está en *elevado riesgo* de persecución futura (con la discrecionalidad que implica el término *elevado*) y que no tiene modo de enfrentarlo (es decir, que cualquier persona en sus mismas circunstancias tendría el mismo o mayor miedo a ser perseguido) (Evans, 2001). Todos estos hechos permiten explicar la diferencia tan grande existente en el número de personas amenazadas reconocidas como asilados entre unos países y otros de la propia Unión Europea.

Cuadro 1. *Definición de migrante, asilado, exiliado y refugiado*

Migrante. Personas que cambian su residencia del país del que son originarios o del que son ciudadanos a otro durante un período largo de tiempo. Se habla de inmigrante ilegal como de aquella persona cuya estancia no ha sido acorde a las leyes del país. *Dado que, en España, como concepto, muchas organizaciones rechazan la idea de que un ser humano pueda ser ilegal, se habla de inmigrantes indocumentados o sin papeles.*

Solicitante de asilo. El asilo es la condición de protección que un Estado concede en su territorio a un individuo frente a la persecución de otro Estado. Un solicitante de asilo es aquella persona que ha presentado una solicitud y tiene documentación en la que consta que está pendiente de resolución. *En 95 de cada 100 solicitudes en España, ésta es rechazada. Excepcionalmente en algunos casos se concede la figura de Acogimiento por Razón Humanitaria, que permite a la persona residir legalmente en el país en función de su situación política, sin que el gobierno reconozca explícitamente su estatus de Asilo.*

Exiliado. Persona que ha sido expulsada de su país de origen por razones políticas. Tiene prohibido el retorno o si retorna tiene amenaza de prisión o muerte. Puede tratarse de un exilio interno (dentro del propio país) o externo (o diáspora). *España fue país receptor de exiliados latinoamericanos en los ochenta y en la actualidad lo es de africanos y de Oriente medio.*

Refugiado. Persona que decide salir de su país por tener temores fundados de estar en riesgo grave por motivo de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas. En 1967 un protocolo adicional añade la condición de refugiado a las personas que huyen de la guerra o la violencia. Cuando la huida es dentro del propio país se denomina *Desplazamiento Interno*. Colombia es el país del mundo con mayor número de desplazados internos por violencia (entre 2 y 3 millones). En la actualidad se calcula en 500.000 el número de colombianos que han buscado residencia en otros países, muchos de ellos en España.

En este marco, la existencia de evidencias de maltrato o tortura constituirían uno de los elementos fundamentales en que las instituciones basarían sus decisiones. Pero en la mayoría de casos este tipo de relatos son

considerados como «no probados» por la Comisión Interministerial. En algunos casos, por lo general ante la insistencia del representante de ACNUR, se solicita a médicos, psicólogos o psiquiatras de instituciones públicas o reconocidas que hagan un análisis probatorio de la existencia de persecución o tortura en base a las *posibles secuelas*.

Como no es frecuente que éstas sean de carácter permanente, se solicita entonces del profesional un análisis de *credibilidad del relato* de persecución del solicitante, asumiendo que pudieran existir síntomas y signos de carácter físico o psíquico patognomónicos de determinadas formas de tortura o trato cruel e inhumano, y que de presentarse éstos el psiquiatra podría dar el relato como *creíble*. El psiquiatra o psicólogo resolvería, de este modo, los problemas de carga de prueba, carga de persuasión y riesgo perceptible.

El peritaje psicológico o psiquiátrico se convierte así en una pieza básica. Se busca, en especial (cuadro 2, punto VI) que el psiquiatra emita un dictamen de credibilidad según: a) una detallada historia clínica, que resulte coherente; b) un recuento de síntomas que configuren una constelación esperable, plausible y consistente dentro del contexto social y cultural del sujeto; c) una concordancia adecuada entre lo narrado en la historia clínica y los síntomas que la persona presenta.

El punto más complejo y polémico de este proceso es precisamente el último: delimitar, a la vista de todo ello, la credibilidad del testimonio. En este trabajo se repasan los problemas inherentes a esta situación y se apuntan algunas posibles soluciones, en especial el uso sistemático del Protocolo de Estambul para evaluación médica y psicológica de situaciones de maltrato o tortura. Se discute el rol del psicólogo o el psiquiatra enfrentado a la condición imposible de querer apoyar a la víctima y a la vez tener que emitir un dictamen sobre ella, en especial atendiendo a los aspectos de *credibilidad*, sobre todo cuando, desde modelos que trabajan desde el otro, la credibilidad resulta, precisamente, un elemento muy poco relevante en la psicoterapia con víctimas de maltrato o tortura.

El Protocolo de Estambul

El Protocolo de Estambul, fruto de cinco años de reuniones y comisiones de trabajo de alrededor de 40 organizaciones de todo el mundo, lideradas por *Physicians for Human Rights (PHR)*, la *Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT)*, la *Asociación Médica Mundial (WMA)* y el *Consejo Internacional para Rehabilitación de Víctimas de Tortura (IRCT)*, constituye la Guía de Referencia aceptada internacionalmente para la evaluación forense de la tortura tanto desde un punto de vista físico como psicológico (HRFT, IRCT, PHR, WMA, 2002) y ha sido

repetidamente recomendada desde el sistema de relatorías de Naciones Unidas como el estándar de referencia. Es recomendable que, para ajustarse a los estándares internacionales de buena praxis, cualquier evaluación psicológica se adapte a las recomendaciones y fórmulas que el Protocolo de Estambul establece. En el anexo 1 de este capítulo se resumen los principales apartados que contempla.

Cuadro 2. *Preguntas a las que por lo general debe responder la peritación psiquiátrica en un caso de violaciones graves a derechos humanos*

-
- a) ¿Hay una concordancia entre los signos psicológicos y el informe de presunta tortura?
 - b) ¿Se puede decir que los signos psicológicos hallados constituyen reacciones esperables o típicas de un estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo?
 - c) Considerando la evolución fluctuante con el tiempo de los trastornos mentales relacionados con el trauma, ¿cuál sería el marco temporal en relación con los acontecimientos de la tortura? ¿En qué punto del curso de recuperación se encuentra el sujeto?
 - d) Entre los distintos elementos de estrés coexistentes ¿cuáles están ejerciendo su acción sobre el sujeto (por ejemplo, una persecución que aún dura, migración forzada, exilio, pérdida de la familia o pérdida de la función social)? ¿Qué repercusión tienen estos factores sobre el sujeto?
 - e) ¿Qué condiciones físicas contribuyen al cuadro clínico?
 - f) ¿Indica el cuadro clínico que exista una falsa alegación de tortura?
-

Fuente: Protocolo de Estambul (HRFT, IRCT, PHR, WMA, 2002) p. 77

Mientras en la mayoría de países de nuestro entorno y de entornos culturales cercanos el Protocolo de Estambul es usado de modo rutinario y forma parte del proceso formativo en escuelas y universidades, en el Estado Español es prácticamente un desconocido, lo que conlleva, en ocasiones, defectos importantes de forma y fondo en la mayoría de las evaluaciones médicas y psicológicas que se realizan. Entre el año 2003 y 2005 se desarrolló el *Proyecto Sobre la Implementación del Protocolo de Estambul* que elaboró tres Guías Prácticas adicionales, específicas para Psicólogos (HRFT, 2004), Médicos (2004) y Abogados (2005)¹. Tanto el Protocolo como las Guías de Implementación establecen los síntomas esperables tras violaciones graves de derechos humanos.

Este capítulo, tiene como objetivo hacer una revisión sobre el rol de los psicólogos y psiquiatras en la evaluación de casos de maltrato o tortu-

¹ Puede descargarse tanto el Protocolo de Estambul como las tres Guías Técnicas de aplicación en www.psicosocial.net.

ra, especialmente en referencia a solicitudes de asilo y refugio, y mostrar la urgente necesidad de desarrollar procesos de formación y capacitación de los profesionales de salud mental del Estado Español sobre el uso del Protocolo de Estambul.

Evaluación psicológica en solicitantes de asilo: dificultades inherentes a los roles

La evaluación psicológica de solicitantes de asilo enfrenta múltiples dilemas derivados de los roles que desempeñan cada una de las personas implicadas en el proceso. La primera dificultad deriva de las consideraciones inherentes a esos roles.

1. *La condición de exiliado, refugiado o solicitante de asilo*

La verdad como valor moral

«Más vale una mentira que no pueda ser desmentida que una verdad inverosímil».

Joseph Goebbels, 1945

«He comprendido que hay dos verdades, una de las cuales jamás debe ser dicha».

Albert Camus

Una persona en solicitud de asilo no es un ciudadano que provenga de experiencias normales. Proviene de contextos en los cuales su situación es con frecuencia negada, es objeto de manejo y manipulación por diversos actores cada uno con su agenda propia, y debe emplear todas sus estrategias de supervivencia para poder salir adelante, entre ellas *la mentira como mecanismo de resistencia*. Para un solicitante de asilo que ha pasado por experiencias extremas, la entrevista con el evaluador es otra experiencia vital extrema. Sería una paradoja moral pretender que lo que hasta ayer era un mecanismo clave de resistencia, ahora deba ser interpretado como un déficit ético. Baste pensar en los siguientes elementos:

- Los refugiados son con frecuencia manipulados y usados como moneda de cambio tanto por los gobiernos como por las agencias internacionales. Los casos son incontables, algunos muy notorios: la crisis de los refugiados afganos en Pakistán (2001-5), albanos-kosovares en Macedonia (1998-2001), Rwandeses en Zaire (1997-98; 2007-8). Se provoca el desplazamiento masivo de miles de per-

sonas infundiéndoles terror como un modo de presionar económica y humanamente a países vecinos. En otras palabras, los refugiados son usados como arma de guerra demográfica y geopolítica entre gobiernos (Stedman y Tanner, 2003).

- Harrell-Bond (1986) muestra en su clásico trabajo sobre la estructura de los campos de refugiados cómo la supervivencia en condiciones extremas y precarias está con frecuencia ligada a la capacidad para manejar la realidad (¿Quién se atreve a llamarle *mentir*?). En los testimonios que recoge, es una de las constantes de los supervivientes: «La hambruna constante llevaba al robo, que yo, en aquel momento consideraba una buena cosa (...). En cualquier caso, me salvó durante aquella época...». «Uno de los trucos más sencillos era [presentarme] como el hijo de una persona con poder. Como él [el celador del hospital] era un hombre anciano, simplemente tomaba mi palabra por buena. Eso me permitía conseguir una cierta cantidad de comida extra y sobrevivir...». «Era también un tiempo en que las mujeres y las chicas hacían prostitución como una ayuda para alimentarnos a todos [por supuesto... a aquellos de nosotros... que teníamos hermanas]. Sabíamos perfectamente que eso no era correcto, pero hay cosas que escapan al control humano». Voutira y Harrell-Bond resumen la realidad en la frase de un refugiado: «Ser refugiado significa aprender a mentir» (Voutira y Harrell-Bond, 1995).

Si en condiciones normales se reconoce el derecho de un acusado a no declarar en su contra y a presentar los hechos del modo en que más le favorezca, ¿qué debería decirse en contextos en los cuales de esa habilidad depende la propia vida de la persona? Desde esa óptica, aunque pueda resultar sorprendente en una primera lectura, cabe afirmar que la ocultación, falsificación o reestructuración de datos de la historia biográfica personal es un *derecho* del solicitante de asilo, equiparable, como mínimo, al derecho a no auto-inculparse de cualquier procesado.

No cabe experimentar indignación ante ello, ni hacer de la búsqueda de las inconsistencias en el relato el núcleo del trabajo de documentación o peritación psicológica de casos. Hacerlo así supone no entender la lógica desde la que la realidad de la supervivencia ha forzado al otro a operar.

Paul Steinberg, superviviente de Auschwitz decía, de modo implacable: «Para intentar sobrevivir había que adaptarse y no todo el mundo era capaz de hacerlo. De entrada, no era el caso de las personalidades demasiado estructuradas (...) con un sentido de la dignidad (...). Formaban la categoría de las víctimas inmediatas (...). Después caían los sentimentales, los que se preocupaban día y noche por el destino de su mujer, de sus viejos padres, de sus hijos. Consumidos por la angustia, se hallaban en un estado de menor resistencia (...). Otra categoría estaba formada por los

desesperados, los pesimistas, los que no veían una salida, los faltos de energía vital (...). Un retrato robot (...) del destinado a sobrevivir resulta ambiguo. Parece que el único denominador común de los supervivientes es un gusto desmesurado por la vida y una flexibilidad de contorsionista. No creo en el héroe puro y duro que ha atravesado todas las dificultades sin concesiones, con la cabeza alta. No en Auschwitz. Si ese hombre existe, yo no lo he encontrado y la aureola debe resultarle incómoda para dormir» (Steinberg, 1999, pp. 62-63).

Confianza

La tortura como forma de daño intencional mina el sistema de referencias básicas de la persona en el mundo. En palabras de Jean Améry, superviviente de Auschwitz y refugiado: «Estoy seguro de que ya con el primer golpe que se le asesta [la víctima] pierde algo que tal vez podríamos denominar provisionalmente confianza en el mundo (...) la certeza de que los otros, sobre la base de contratos sociales escritos o no, cuidarán de mí, o mejor dicho, respetarán mi ser físico y, por lo tanto, también metafísico» (Améry, 2001, pp. 90 y 91). «Quien ha sufrido la tortura, ya no puede sentir el mundo como su hogar. La ignominia de la destrucción no se puede cancelar. La confianza en el mundo que ya en parte se tambalea con el primer golpe, pero que con la tortura finalmente se desmorona en su totalidad, ya no volverá a restablecerse. En el torturado se acumula el terror de haber experimentado al prójimo como enemigo: sobre esta base nadie puede otear un mundo donde reine el principio de la esperanza» (Améry, pp. 107 y 108).

La desconfianza hacia el otro, una actitud permanentemente defensiva forman parte de la propia realidad de la persona que ha sobrevivido a experiencias extremas y un signo inequívoco del daño traumático. Los vínculos de confianza y las relaciones abiertas requieren, para producirse, de tiempo, si es que acaso se producen.

Razones para el silencio

La propia estructura de las experiencias traumáticas conlleva múltiples razones por las que la narración resulta difícil cuando no imposible:

- El hecho traumático extremo es, por definición, *inenarrable, incontable, incompartible*. Cuando un hecho traumático es fácilmente relatable cabe dudar de su auténtico carácter traumático. La mayoría de supervivientes coinciden en que *no hay palabras para el horror* y el intento de ponerlas resulta angustiioso y pronto se renuncia a él.
- Hay una transformación de la identidad social para adaptarse a la condición de superviviente: Cuando todos los sufrimientos no

habían hecho más que empezar, todavía sentía el lastre de toda la gama de sentimientos humanos: amistad, compasión, solidaridad» (Steinberg, 1999).

- La memoria es un relato *construido*, un pacto entre la verdad real y la tolerable, entre los recuerdos propios y las narraciones de otros. En la repetición del relato hay un sutil proceso de acomodación al que oye, según la resonancia que encuentran los hechos, y de acomodación al que cuenta según lo que puede tolerar el que narra.

«La memoria es un instrumento maravilloso, pero falaz (...). Un recuerdo evocado con demasiada frecuencia y, específicamente, en forma de narración, tiende a fijarse en un estereotipo, en una forma ensayada de la experiencia, cristalizada, perfeccionada, adornada, que se instala en el lugar del recuerdo crudo y se alimenta a sus expensas» (...). «Necesito disculparme. Este mismo libro está empapado de recuerdos lejanos. Procede, por consiguiente, de una fuente sospechosa» (Levi, 1986). «¿Hemos podido vivir realmente cincuenta años, el resto de nuestras vidas, conservando intacto el recuerdo de aquel mundo tal como era? Nos hubiera matado. Mató a algunos de nosotros [los que se suicidaron]. Los que, como yo, sobreviven, han encontrado un acomodo. Profilaxis mental. Nuestra memoria es dulce, benéfica, crea zonas vagas, borra aquí y allá» (Steinberg, 1999, pp. 11-12). «Dicen que el inconsciente enmascara, cura, ahorra (...). Pero me pregunto por qué veo con claridad al jefe del campo, al kapo de los químicos, al enano de la tienda, al doctor Ohrenstein y a muchos otros, mientras que no me queda nada de mi amigo Philippe que se deshizo en humo, ni siquiera el sonido de su voz (...). El inconsciente (...) es un jardinero loco que corta con una podadera plantas y flores en un jardín anárquico» (Steinberg, 1999, pp. 124-5).

- La culpa como elemento que atraviesa toda la vivencia del superviviente: culpa por lo que quizás se hizo, por lo que quizás no se hizo (como intentar ayudar a otros), o lo que se imaginó que se debería haber hecho. Culpa por estar vivo cuando otros quedaron en el camino.

«En el plano racional no se podría encontrar de qué avergonzarse, pero a pesar de ello se sentía vergüenza (...). Conscientemente o no, el superviviente siempre se siente imputado y juzgado, empujado a justificarse y a defenderse (...). No encuentras transgresiones abiertas, no has suplantado a nadie, nunca has golpeado (...) y sin embargo no puedes soslayarlo (...). Se trata solo de una suposición que se lee en los ojos de todos quienes escuchan el relato» (Levi, 1986).

Razones para la inconsistencia

Existen, además, múltiples razones para la inconsistencia en los relatos:

- *Disociación.* Los hechos traumáticos extremos se asocian entre un 25 y 50% de ocasiones a recuerdos confusos, fragmentados y parciales. Se exige en el recuerdo una narración coherente que muchas veces nunca se produjo en origen, en parte porque la propia mente, para intentar protegerse, retiene sólo determinados aspectos de los hechos. Se estima que alrededor del 50% de hechos traumáticos se asocian a síntomas disociativos (Pérez-Sales, 2006).
- En estudios sobre precisión del recuerdo en que se dispone de fuentes externas de verificación se observa hasta un 30% de inconsistencias en partes sustantivas del relato traumático entre diferentes narraciones separadas en ocasiones solo unas horas entre sí, cambiando pequeños elementos del marco de entrevista: características de la persona que pregunta, tipo de entrevista (directiva o permitiendo los silencios), tiempo disponible, grado de intimidad (Brewin, 2001).
- Diversos estudios experimentales han mostrado que cuando el interrogador pregunta aspectos que la persona no recuerda hay una tendencia a responder con lo que la persona cree que debe responder, en la creencia que el silencio o la ausencia de respuesta conllevará la falta de credibilidad. Con posterioridad esto implicará inconsistencias en el relato, al ser difícil recordar exactamente lo que se dijo en aquel momento (Gudjonsson, 1992).

2. La mirada del evaluador

Frente a la persona que refiere haber sufrido tortura está el profesional que debe ejercer la labor de peritación, enfrentado, como decíamos, a un dilema de roles.

Informe clínico versus informe pericial: precisiones conceptuales

Para quién, para qué y bajo qué premisas. Un informe clínico y un informe pericial comparten el derecho y el deseo a «saber la verdad». A partir de ahí, nada coincide. Mientras que el informe clínico tiene como destinatario el propio paciente y el objeto es dar a éste una información de él y para él², en el ejercicio de su derecho a la autonomía, con la información (tolerable y pedida por el paciente) sobre lo que padece,

² Artículo 5.1 de la Ley General de Sanidad (2002).

medidas terapéuticas y posible evolución, en el segundo el destinatario es el organismo administrativo o judicial que requiere la información, con quienes se establece la relación vinculante y el deber de verdad. El psiquiatra, como dice la propia Ley General de Sanidad, es *confidente necesario*, y los datos que sobre el enfermo se poseen en la histórica clínica son íntimos y no pueden ser revelados sin el consentimiento explícito del interesado o por orden motivada de una autoridad judicial que, a través de esa misma orden, a la vez obliga y exime al profesional de su deber de confidencialidad. En suma, al solicitar al psiquiatra o psicólogo que atiende a una persona que actúe como perito se pide que éste quebrante la propia esencia de su quehacer profesional (Medina, Moreno y Lillo, 2007).

Cuadro 3. *Características de un informe clínico y un informe pericial*

Informe Clínico	Informe Pericial
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de la verdad • Del paciente y para el paciente • Verdad útil tolerable • Confidencialidad médica • Vínculo comprometido - Relación empática 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de la verdad • Del paciente para la Administración • Verdad real y necesaria • Ruptura de la confidencialidad • Neutralidad benevolente - Relación empática

Actitud: elementos relevantes de la entrevista pericial

Pero la contradicción va más allá. En el peritaje se espera del profesional una actitud de «imparcialidad técnica» y «neutralidad afectiva» (Medina, Moreno y Lillo, 2007) absolutamente incompatibles con el principio de «vínculo comprometido» (Lira, 1988) que se exige para la atención terapéutica a víctimas de tortura y recogida por ejemplo en Chile en la Norma Técnica oficial del Programa de Reparación y Atención Integral a Víctimas de Violencia (PRAIS) (Gobierno de Chile, 2000): «En diversos estudios sobre psicoterapia con víctimas de represión política se concluye que es necesario desarrollar un vínculo distinto y particular, llamado «vínculo comprometido». Este concepto reconoce explícitamente que se debe establecer una alianza política, social y psicológica entre el terapeuta y el paciente. Esto también implica una actitud ética no neutral ante el dolor del paciente. Los síntomas se originan en experiencias político represivas, son el resultado de una traumatización infringida. El vínculo comprometido establece las condiciones mínimas para la creación de un espacio que posibilite la recuperación y curación. Esta posición activa funciona como un apoyo para el sobreviviente, y le permite elaborar la experiencia traumática» (Gobierno de Chile, 2000).

La relación *empática* y el *vínculo comprometido* que deben exigirse a un terapeuta en casos de violaciones graves de derechos humanos entrarían en contradicción con la posibilidad de perjudicar, a través de la peritación, a la propia persona a la que se intenta ayudar. Parecería, por tanto, que se trata de dos situaciones incompatibles en que entrarían en aparente contradicción «el bien del paciente», las «normas administrativas» y un supuesto «bien social». El cuadro 4 muestra que existen algunos modos de resolver parcialmente esta contradicción cuando quien realiza la peritación es *a la vez* el terapeuta.

Cuadro 4. *Elementos relevantes en la actuación del terapeuta como testigo o perito y del perito independiente*

Terapeuta citado como Testigo o como Testigo-Perito
<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la persona del requerimiento y actuar con absoluta transparencia, garantizando que ésta entiende la naturaleza del informe y la diferencia con un informe clínico. • Solicitar consentimiento para realizar la peritación, en tanto en cuanto se basa en datos obtenidos a partir de la relación terapéutica. • Consensuar qué partes de la historia personal el terapeuta cree que son relevantes en la peritación, eliminando de la misma aquellas que el paciente no le autorice a revelar (p. ej. puede autorizarse a revelar que la persona sufrió una violación sexual, pero no la preferencia homosexual de la persona que para el terapeuta pudiera ser relevante a efectos de explicar el mayor daño traumático sufrido, y para el solicitante puede resultar irrelevante o aun siéndolo, no desear que sea un hecho revelado públicamente). • Atenerse a los hechos relevantes y sus consecuencias, evitando especulaciones sobre factores privados, de la esfera familiar, íntima, o elementos considerados <i>inconscientes</i> o del mundo onírico o de fantasías que, a la postre, resultarán irrelevantes en términos judiciales. • Si sólo se van a emitir informes clínicos, también debe obtenerse autorización para los mismos. Una manera de garantizar éste, es dar el informe al interesado (como indica la ley que debe hacerse) y que éste lo entregue a su vez al abogado o a la Administración. • Si el dictamen va a ser negativo, advertirlo previamente. • En la figura híbrida del testigo-perito (definida en el artículo 370.4 de la LEC), es decir, del psiquiatra requerido como testigo y que <i>in situ</i> se le pide una opinión <i>profesional</i>, debe primar la condición de testigo sobre la de perito e inhibirse de responder si con ello puede perjudicar a la persona que se está atendiendo como terapeuta.
Perito independiente
<ul style="list-style-type: none"> • Empatía y vínculo. Constituye un error pensar que la posición de perito debe ser incompatible con el establecimiento de vínculos empáticos. Adoptar una postura defensiva, centrada en detectar <i>errores</i> o <i>contradicciones</i> en el testimonante provoca una reactividad psicológica del entrevistado. Si revelar es difícil, más lo es aún en contextos de entrevistas «policiales», centradas estrictamente en hechos, sin auténtico interés por la persona que narra.

Cuadro 4. *Elementos relevantes en la actuación del terapeuta como testigo o perito y del perito independiente (Continuación)*

Perito independiente (Cont.)
<p>Un buen profesional debería ser capaz de sentir genuino interés por la persona que tiene delante, establecer vínculos empáticos y, desde su función, intentar ayudar y aconsejar a quien tiene delante con la máxima honestidad y buena fe.</p> <ul style="list-style-type: none">• Una entrevista no empática con el fin de proteger emocionalmente al entrevistador es anti-ética por el riesgo que conlleva de profundización del daño y retraumatización de la persona (ruptura del sentido de justicia, cuestionamiento de la capacidad de transmitir la experiencia y de recibir apoyo [validación del daño], profundización del quiebre del sentido de comprensibilidad, bondad, equidad y no culpabilización de la víctima («blaming the victim»), entre otros). Independientemente de otras consideraciones, debe primar en la realización de entrevistas un criterio de <i>no hacer daño</i> que por fuerza conlleva el establecimiento de determinados niveles de empatía y vínculo. No es lo mismo evaluar las secuelas de un accidente de tráfico que de una víctima de tortura.• Se habla de neutralidad benevolente (<i>benevolent neutrality</i>) como de una actitud en la entrevista que tiende, a aceptar la veracidad del relato, por el mayor daño ético que entraña rechazar una historia cierta (Evans, 2001). El protocolo de Estambul para evaluación de secuelas físicas y psicológicas de tortura (HRFT, IRCT, PHR, WMA, 2002) establece claramente: «No es apropiado observar la estricta «neutralidad clínica» que se usa en algunas formas de psicoterapia durante las cuales el clínico permanece inactivo o habla poco. El clínico debe comunicar que es un aliado del individuo y adoptar un acercamiento de apoyo y de no enjuiciamiento» (§261). Los clínicos deben ser sensibles y tener empatía mientras interrogan en tanto permanecen objetivos en su actitud clínica (§262). La objetividad no está en contradicción con el hecho de tener empatía. En este sentido, es esencial mantener los límites profesionales y al mismo tiempo tomar en cuenta el dolor y el sufrimiento».

Cuadro 5. *Elementos relevantes en la entrevista que maximizan el vínculo empático y la credibilidad*

<ul style="list-style-type: none">• Definir la situación. Al principio de la entrevista presentarse, explicar el papel que se desempeña y las limitaciones del mismo, el propósito de la entrevista, los límites de la confidencialidad y los pasos y procesos subsecuentes durante la entrevista.• Control de la entrevista. Dar al entrevistado la oportunidad de que interrumpa la entrevista en cualquier momento si se siente mal, explicándole que esto no influirá negativamente en la evaluación; recordarle que no tiene por qué responder a todas las preguntas en este momento o en este orden.• Garantizar una traducción adecuada, fiable e independiente.• Realizar una historia de vida (psicosocial y familiar) que: a) nos aproxime al ser humano, a su realidad; b) permita evaluar cómo era la persona <i>antes</i> de los hechos que narra y por tanto evaluar el impacto de los mismos comparando el antes y el después. Sólo una vez creado un vínculo básico de confianza, entrar a la historia de la persecución o la tortura.• Empezar por los temas menos sensibles y profundizar posteriormente.

Cuadro 5. *Elementos relevantes en la entrevista que maximizan el vínculo empático y la credibilidad* (Continuación)

-
- Tras las preguntas de carácter abierto, más generales, preguntar específicamente por posibles formas de persecución o tortura. Los estudios muestran cómo las preguntas cerradas según listados de situaciones posibles mejoran la calidad del recuerdo, describiéndose situaciones que no habrían salido a través de preguntas abiertas o relato espontáneo (Mollica, 1999).
 - Recordar que la mayoría de culturas expresan el estrés emocional a través del cuerpo y no de emociones intrapsíquicas. La falta de expresión de las mismas no significa su ausencia, y no mengua por tanto la credibilidad de un testimonio.
 - La tensión de declarar ante un oficial o un agente de inmigración crea una tensión interna que inhibe la expresión de emociones asociada al relato. Esta emocionalidad puede aparecer en otros contextos (p. ej. terapéutico). Una vez más, la ausencia de expresión emocional o aparente frialdad no puede ser interpretado como falta de credibilidad.
 - La expresión de hechos negativos está con frecuencia culturalmente proscrito. Por ejemplo las culturas originarias americanas (maya, quechua...) coinciden en señalar que expresar hechos negativos conlleva enfermedades para el que narra (porque su cuerpo se debilita) y para algunas de las personas que escuchan (por ejemplo, niños) y sancionan que los hechos traumáticos extremos deben permanecer en la intimidad de la persona o ser narrados de manera factual y breve.
 - Es más importante poder deducir de la historia biográfica qué problemas son subsecuentes al propio desarrollo de la persona y cuáles a las experiencias vividas, que la búsqueda de inconsistencias en el relato, justificables por múltiples razones circunstanciales y de la propia naturaleza del recuerdo humano.
 - No puede tomarse como referente el nivel de conocimiento del contexto político y detalles coyunturales de la represión como indicador de credibilidad del relato de tortura. En la mayoría de países el terror no afecta necesariamente a las personas con mayores niveles de activismo político, sino que es aleatorio, obteniendo de esta aleatoriedad y falta de lógica en la persecución un mayor efecto de terror y paralización social. No es condición necesaria ser un líder político o un disidente para ser sujeto de maltrato o tortura y candidato a refugio.
 - La comunicación no-verbal como fuente de evaluación de credibilidad es dudosa y excesivamente contaminada culturalmente. Evitar la mirada a los ojos (interpretable clásicamente en nuestro medio como signo de que «algo se tiene que ocultar») puede deberse simplemente a vergüenza, especialmente en el caso de mujeres víctimas de violación o abuso en el marco de culturas androcéntricas, más si cabe si son interrogadas por entrevistadores masculinos.
-

Problemas de transferencia y contratransferencia

Una entrevista psicológica en este contexto es un proceso de interacción entre dos seres humanos que están en situación muy desigual. Las reacciones personales del sobreviviente hacia el entrevistador (o reacciones de *transferencia*) pueden causar un efecto directo sobre el proceso de la entrevista. Pero, de igual manera es importante que quien realiza la

entrevista sea consciente de sus propias emociones y reacciones hacia el otro (o reacciones de *contratransferencia*) y como esto puede condicionar la comunicación efectiva y la consistencia del relato. Las reacciones de contratransferencia son con frecuencia inconscientes. Es inevitable tener sentimientos cuando se escucha de modo repetido testimonios de violaciones extremas de derechos humanos. Estos pueden ser ir desde, en un extremo, una sobreimplicación por identificación con el otro (en el marco de una vergüenza del sobreviviente o del no torturado, por parte del terapeuta), hasta una actitud defensiva de minimización y banalización del sufrimiento ajeno, estableciendo comparaciones improcedentes respecto al nivel de sufrimiento que pudieran haber experimentado otros supervivientes o que se puedan dar en otros contextos. La transferencia y la contra-transferencia son mutuamente interdependientes e interactivas.

La Guía de aplicación del Protocolo de Estambul alerta sobre estos peligros (cuadro 6).

Cuadro 6. *Reacciones de Transferencia y Contratransferencia en las entrevistas de asilo*

<p>Transferencia (del entrevistado hacia el entrevistador)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las preguntas del evaluador pueden ser vividas como una exposición forzada, emparentada con el interrogatorio. • Puede sospecharse que el evaluador tenga motivaciones <i>voyeuristas</i> y sádicas. • El evaluador es percibido como una persona en posición de autoridad, lo que frecuentemente es el caso (en un sentido positivo o negativo). • La atención necesaria a los detalles y el interrogatorio preciso acerca de la historia es percibido con facilidad como un signo de desconfianza o duda de parte del examinador. • Debido a que el entrevistador no ha sido arrestado y torturado o es miembro de una cultura y etnia diferente, el examinado puede creer que el evaluador no puede entenderlo o creerle, o puede percibir al evaluador como estando del lado del enemigo.
<p>Contratransferencia (del entrevistador hacia el entrevistado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evasión, rechazo, indiferencia defensiva. • Desilusión, indefensión, desesperanza y sobreidentificación. • Omnipotencia y grandiosidad en la forma de sentirse como un salvador, el gran experto en trauma o la última esperanza del sobreviviente. • Sentimientos de inseguridad, de culpa, ira excesiva contra los torturadores y persecutores o hacia el individuo.

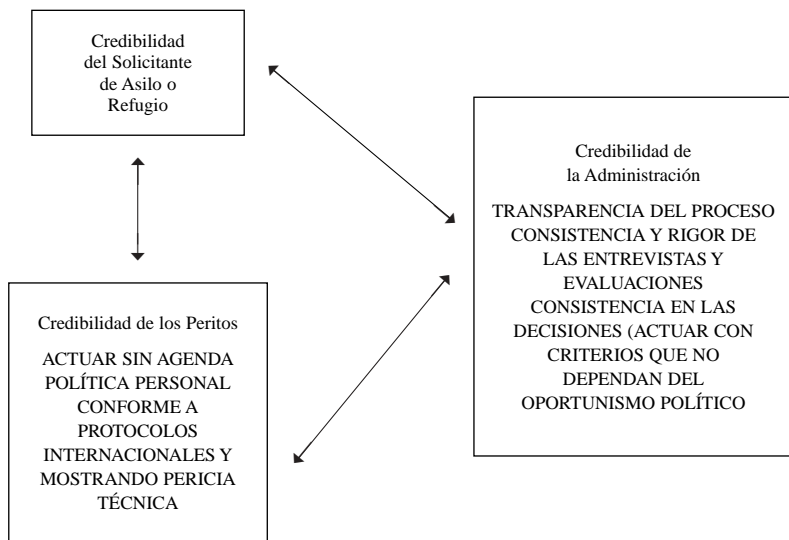
Fuente: Modificado del Protocolo de Estambul para Evaluación de Consecuencias físicas y psicológicas de tortura [Consultar §147-148 y §263-272 en el Protocolo de Estambul] (HRFT, IRCT, PHR, WMA, 2002).

Estos factores pueden conllevar que el evaluador subestime la severidad de las consecuencias de la tortura o la trascendencia de olvidar cier-

tos detalles, lo que lleva, en palabras del propio Protocolo a «dudas infundadas acerca de la veracidad del alegato de tortura». También puede conducir al agotamiento o la traumatización vicaria del entrevistador.

La interacción entre los actores: creación de confianza

Independientemente del rol de cada uno de los actores, la confianza se construye *en la interacción* entre los mismos. Desde una mirada sistémica la cuestión de la credibilidad de un relato de persecución o tortura debe entenderse no sólo desde el que demanda, sino desde el perito y la propia Administración. Es necesario: a) Que la administración pueda confiar en el perito y constatar que sus evaluaciones son imparciales y basadas en criterios estrictamente técnicos y no por una agenda política personal; b) Que el solicitante pueda confiar en el perito y verle como fuente de apoyo y clarificación, y la pericia como un espacio que busca garantizar sus derechos y que es desarrollado en modo adecuado a su experiencia de vida, primando los aspectos médicos de no-retraumatización; c) Que el solicitante de asilo pueda confiar en la Administración, porque ésta actúe con transparencia en el proceso y las decisiones, con criterios contrastables y consistentes. Que el proceso de evaluación sea percibido como correcto y las decisiones no dependan de las políticas exteriores del país y el partido en el gobierno, sino de los criterios y convenios internacionales que definen el estatus de refugio o asilo; d) Que el perito pueda confiar en la Administración y en que su informe será usado en modo adecuado y no en otro contexto o para otro fin.



Credibilidad de síntomas psiquiátricos en evaluación de persecución o tortura: aspectos conceptuales

La cuestión de la credibilidad de los testimonios suele ser resuelta por los tribunales y peritos atendiendo a criterios humanos, no exentos de elementos intuitivos, y con frecuencia de prejuicios personales de los mismos evaluadores y jueces. El Tribunal Supremo estableció³ que se da a la opinión del psiquiatra o psicólogo el máximo valor como instrumento para el dictamen. ¿Son estas expectativas reales? ¿Pueden los psiquiatras o psicólogos forenses afirmar si una persona es «creíble»?

El análisis de la confiabilidad de un testimonio se basa siempre en elementos subjetivos. En el caso del profesional de salud mental estos elementos están anclados en un conocimiento más profundo de la realidad de la persona, obtenido por una entrevista centrada en la historia biográfica personal, el análisis de la estructura de personalidad y los patrones de afrontamiento de situaciones adversas, la congruencia entre la comunicación verbal y la no verbal, la coherencia de los hechos narrados, la consistencia entre los hechos narrados y la emoción y resonancia con que éstos se expresan y la consistencia entre los hechos descritos y las acciones realizadas para enfrentarlos. Pero ninguno de estos elementos constituye en sí mismo un elemento incuestionable.

El caso de Enric Marco puede, en este sentido, ser ilustrativo. Condecorado por la Generalitat de Catalunya con su máxima distinción, la Creu de Sant Jordi, y presidente de la asociación *Amical Mauthausen*. Marco dio, durante más de treinta años, centenares de conferencias por todo el país y en el extranjero sobre su experiencia como superviviente español de un campo de concentración nazi. Con una actitud firme e inmovible relataba las atrocidades y sufrimientos de la estancia en el campo de Flössenburg, debatía sobre la naturaleza de sus torturadores nazis y reflexionaba sobre las implicaciones sociales de este hecho y respondía a las preguntas del público sin vacilación. Cuando, a sus 84 años, un historiador empezó a difundir que no había encontrado ningún rastro de su presencia en los registros ni de Flössenburg ni de ningún otro campo de concentración nazi y que sí había datos de que en realidad había estado en Alemania como trabajador emigrante voluntario, Marco no soportó la presión y las dudas y reconoció públicamente la falsedad de sus relatos. Sin entrar en las causas psicológicas que puedan justificar este enorme engaño, lo relevante es que Enric Marco habló ante miles de personas, incluyendo periodis-

³ Sentencia 13 de enero de 2004 (RJ 2004, 673).

tas, políticos (y psiquiatras), y nunca hubo la menor sospecha sobre la autenticidad de sus respuestas. En el Parlamento, ante los diputados, contaba: «Llegábamos en trenes infectos, nos desnudaban y sus perros nos mordían». Los diputados le aplaudieron en bloque y largamente al condecorarle.

No cabe duda de que las propias características de la entrevista psiquiátrica y su carácter indagatorio sobre aspectos íntimos de la vida personal y sobre las emociones y pensamientos asociados a las diferentes situaciones, el conocimiento sobre determinados modos de funcionamiento de la personalidad humana y sobre todo el carácter empático y no cuestionador que imprime al diálogo en condiciones normales, hace estar al profesional en una posición privilegiada que no tienen otros profesionales. Pero la realidad es que no existen datos «duros» que permitan evaluar la credibilidad de un testimonio.

Debe tenerse en cuenta que: A) Es muy complejo distinguir cuándo un síntoma erróneo es producido de modo voluntario o no (es decir la distinción entre una *mentira* como producción intencional y falsa, una *fabulación* como producción exagerada de realidad y un *trastorno facticio* como enfermedad psiquiátrica caracterizada por la producción de síntomas falsos (ver cuadro 3). Las técnicas que intentan detectar la correlación con respuestas psico-fisiológicas (estudios con polígrafos) tienen muy escasa fiabilidad (Gudjonsson, 1992) y no son, por ello, aceptados como prueba. B) Desde el punto de vista psicométrico no hay instrumentos que permitan emitir juicios de certeza. Las escalas L, F y K del *Minnesota Multifasic Personality Inventory* (MMPI) tienen una capacidad predictiva inaceptable. Los instrumentos específicos (escalas de detección de trastorno facticio o simulación SIMS y SIRS –ver cuadro 8) se basan en elementos de congruencia, consistencia y plausibilidad de síntomas (Inda, Lemos, López, Alonso, 2005). No están validados transculturalmente, no están validados específicamente en población superviviente de situaciones traumáticas ponderando el impacto de éstas y tienen tasas inaceptablemente altas de falsos positivos.

Resulta especialmente relevante en este campo la problemática derivada del alto número de falsos positivos. El hecho de que la baja capacidad discriminante de los instrumentos psicométricos afectara sobre todo a la *sensibilidad* (falsos negativos) no minaría la credibilidad del proceso, pero no es éticamente aceptable el uso de instrumentos que no logran tener parámetros de *especificidad* sólidos.

Cuadro 7. *Semiología de la producción de síntomas y valoración de intencionalidad*
Formas de producción consciente de síntomas o síndromes

-
- Creación de historias falsas.
 - Manipulación de síntomas (Encubrimiento (*Deception*), Fingimiento (*Faking*).
 - Atribución errónea de síntomas a una determinada causa (*False Imputation*).
 - Invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico o simulación (*Malingering*). Simulación pura (trastorno inexistente) o parcial (exageración de un trastorno real).

Formas de producción inconsciente de síntomas o síndromes

Es difícil poder distinguir cuando se trata de un acto voluntario o la simulación en sí es expresión de patología:

- Trastorno Facticio. Producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos derivado de una necesidad intrapsíquica de mantener el rol de enfermo.
 - Trastorno Histriónico de Personalidad.
 - Síndrome de Ganser. Cuadro disociativo con producción no voluntaria de síntomas psicóticos o demenciales en contextos de privación extrema.
-

Cuadro 8. *Principales instrumentos psicométricos para evaluación del engaño deliberado*

-
1. Subescala F del MMPI (Detección de respuestas atípicas). Alto número de falsos positivos (falsos “simuladores”). No detecta “falsas amnesias” (Inda, Lemos, López y Alonso, 2005).
 2. Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) (Rogers, 1997). Consta de 172 preguntas con 8 escalas primarias y 5 adicionales (honestidad, actitud defensiva, síntomas de inicio, síntomas demasiado específicos, síntomas inconsistentes). La valoración final es probabilística estructurada en cuatro categorías (honestos, indeterminados, probable fingimiento o engaño definitivo).
 3. Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) (Smith y Burger, 1997). Consta de 75 ítems en 5 escalas. Detecta simulación en el contexto de baja inteligencia, depresión, daño neurológico, psicosis y amnesia.
-

Detectar síntomas poco creíbles no implica que los hechos sean falsos

Pero aun suponiendo que estas medidas funcionaran y pudieran detectarse síntomas falsos, esto no mina, necesariamente, la credibilidad del testimonio de persecución o tortura. El protocolo de Estambul como instrumento de referencia en la evaluación de supervivientes de tortura afirma que: «Debido a que la prevalencia de síntomas psicológicos es tan alta entre los sobrevivientes de tortura, es muy prudente que todas las evaluaciones de tortura incluyan un examen psicológico» (HRFT, IRCT, PHR, WMA, 2002). Siendo esto cierto, también lo es que muchas personas que pasan por experiencias traumáticas pueden superar éstas según sus propios recursos psicológicos personales (Pérez-Sales, 2006). En este con-

texto es posible que una persona que ha superado una experiencia extrema de desplazamiento, persecución o tortura pueda *erróneamente* intentar simular síntomas que ha visto aparecer en otros o que ha leído, en la falsa creencia que el atribuirse estos síntomas va a dar mayor verosimilitud a un relato que con frecuencia es considerado como demasiado horrible para ser creído. Muchas personas pueden pensar que no es posible narrar experiencias extremas y reconocer a continuación que han podido afrontarlas con relativo éxito y no presentan un descabro mental. La simulación de síntomas *no prejuzga el carácter falso de unos hechos*.

Lo que determina la condición de asilo o refugio o la credibilidad de un relato de tortura no es, pues, el hecho de estar o no traumatizado (como a veces parece inferirse de la carga probatoria dada a la existencia de síntomas psiquiátricos), sino la condición de persecución y los hechos vividos por la persona. Parecería alimentarse, con este énfasis en lo psiquiátrico, una actitud de victimismo y vulnerabilidad en las personas que han sufrido persecución política. En realidad se trata de un argumento a considerar con cautela. La presencia de síntomas psiquiátricos consistentes avala la existencia de persecución y tortura, pero su ausencia no lo descarta. De lo contrario, se empuja a los solicitantes de asilo a la simulación de síntomas aún cuando su historia sea cierta. ¿No merecen los resistentes status de refugio o asilo?

Evaluación clínica de las marcas de la violencia política y su impacto sobre la narración de experiencias extremas

El síndrome más frecuente asociado a las situaciones de maltrato y tortura es la depresión grave o crónica, que resulta con frecuencia en conductas de inhibición y en un pobre relato. El denominado Trastorno de Estrés Postraumático constituye, con todo, el diagnóstico más popular y es bien conocido por abogados y jueces. Excesivamente basado en síntomas de carácter psico-fisiológico, puede estar ausente, como síndrome completo, con mucha frecuencia. Como dice el Protocolo de Estambul: «La asociación de tortura y diagnóstico de TEPT ha sido muy fuerte en las mentes de los trabajadores de la salud, en los juzgados migratorios y en el público no profesional informado. Ello ha creado la impresión errónea y simplista de que el TEPT es la consecuencia general de la tortura (§251). (HRFT, IRCT, PHR, WMA, 2002).

Las secuelas más graves de la tortura o las experiencias extremas de violencia política (y así lo confirma el Protocolo (HRFT, IRCT, PHR, WMA, 2002) tienen en cambio que ver con cambios permanentes e irreversibles en la visión del mundo, de los demás y de los otros, en un daño irreparable en la identidad personal, la posición de la persona en el mundo, la capacidad para relacionarse con los demás y para desarrollar una vida plena (Pérez-Sales, 2006). La Organización Mundial de la Salud establece una categoría diagnóstica denominada Transformación

Permanente de la Personalidad tras Hecho Catastrófico que se aproxima a esta conceptualización (cuadro 9). La tortura tiene como finalidad última normalizar lo anormal, destruyendo la identidad de la persona.

El cuadro 9 muestra los cuadros clínicos más frecuentes y su potencial impacto en términos de narración de hechos traumáticos y credibilidad:

Cuadro 9. *Criterios para el diagnóstico de la Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (CIE-10 - F62.0)*

<p>(...) El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés post-traumático (F43.1). Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno (...). La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral (...). El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como, por ejemplo: (a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo, (b) Aislamiento social, (c) Sentimientos de vacío o desesperanza, (d) Sentimiento permanente de «estar al límite», como si se estuviera constantemente amenazado, (e) Vivencia de extrañeza de sí mismo.</p> <p>Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del trastorno de estrés post-traumático (F43.1).</p>	
<p>Diagnósticos clínicos más frecuentes (Prevalencia en trauma extremo)</p>	<p>Principales elementos que impactan sobre la consistencia de la narración de la víctima</p>
<p>Depresión crónica (30-50%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de colaboración en la entrevista • Inhibición del discurso • Distorsiones en la evocación del recuerdo
<p>Somatización (20-80% según marco cultural)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción, interpretación y significado atribuido a los síntomas en relación a los hechos
<p>Trastorno de Estrés Posttraumático (5-15%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsiones por hipermemoria (recuerdos sobrevalorados) e hipomnesia (recuerdos inexistentes o reprimidos) • Recuerdos sobrevenidos (ante estímulos sensoriales, elicitación de recuerdos) • Discurso parco y sin detalles por evitación cognitiva de síntomas de re-experimentación o por embotamiento afectivo

Disociación (10-50%)	<ul style="list-style-type: none"> • Lagunas mnésicas del hecho traumático • Bloqueo ante estímulos evocadores del hecho traumático • Inconsistencia del relato (en contextos seguros aparecen recuerdos <i>que permanecen disociados</i> en condiciones de presión)
Amnesia Psicógena (2-5%)	<ul style="list-style-type: none"> • Lagunas mnésicas del hecho traumático
Disfunción sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Negativismo • Factores culturales/ocultamiento
Psicosis (1-2%)	<ul style="list-style-type: none"> • Desconexión del medio • Confusión entre el mundo onírico y delirioide y el real • Desconfianza paranoide hacia el entrevistador. Ocultamiento
Deterioro neuropsicológico (variable según contexto y tipo de tortura)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de comprensión de la entrevista • Dificultades de evocación. Fragmentación de recuerdo

Insiste además el Protocolo en que debe evaluarse no sólo los efectos potenciales de la tortura sobre el nivel individual, sino el trauma familiar sobre el nivel familiar y el trauma o impacto comunitario en el nivel comunitario.

El deber de proteger

Numerosos estudios muestran cómo, en el pronóstico a largo término, las secuelas de las situaciones de violaciones a los derechos humanos dependen más del contexto en que la persona debe elaborar ese trauma (factores «post-trauma») que de los propios factores pre-trauma. Así, en un amplio estudio longitudinal de tipo multivariante realizado con solicitantes de asilo político en Australia se observó cómo las dificultades para legalizar su situación, los interrogatorios, el maltrato, el aislamiento o el desempleo posterior a la llegada al país eran mejores predictores de síntomas y secuelas postraumáticas que las mismas experiencias de detención o tortura previas a la solicitud de asilo (Silove y Steel, 2000). Existen datos similares en personas iraníes refugiadas en Suecia (Gorst-Unsworth y Goldenberg, 1998).

Las condiciones de evaluación, por tanto, no son neutras para el solicitante, y eso es algo que debe tenerse presente en todo el proceso. La incertidumbre, las entrevistas repetidas o la actitud cuestionadora, las exploraciones físicas o psicológicas invasivas pueden retraumatizar a la víctima. Pero sobre todo, como decíamos más arriba, la noción de cuestionamiento y la ausencia de validación de la experiencia traumática son elementos clave de una profundización del daño (Pérez-Sales, 2006). El principio de *Primum Non Nocere* debe ser más relevante aquí que en cualquier otro contexto.

Conclusiones y recomendaciones

- La víctima de maltrato o tortura en general y el solicitante de asilo o refugio en particular es una persona que ha sobrevivido a situaciones extremas. El proceso de solicitud de asilo o la judicialización de la tortura es otra situación extrema que la persona tiene que afrontar y frente a la que pondrá en marcha, de modo legítimo, las estrategias que le han permitido sobrevivir hasta ahora.
- El modo en que se realiza la evaluación de una situación de tortura, la respuesta del sistema administrativo y judicial y de las instituciones relacionadas con procedimientos de acogida son fundamentales en las secuelas a largo plazo de supervivientes de situaciones traumáticas. Por ello, y acorde con el principio de *primun non nocere* las personas que realizan entrevistas de evaluación y los peritos que realizan informes de credibilidad deben tener una adecuada formación en técnicas de entrevista y actuar con una actitud de empatía y, usando la terminología internacional, de *neutralidad benevolente*. Debe acudir a profesionales idóneos en especial ante cualquier alegación de violación grave a derechos humanos.
- La evaluación de la credibilidad de un relato debe hacerse de manera integral y sistémica, atendiendo a todos los factores que intervienen: los derivados de la propia persona entrevistada, pero también los del entrevistador (tipo de entrevista, actitud, elementos transferenciales y contra transferenciales, etc.) y los de la Administración que evalúa las solicitudes. Los tres interactúan entre sí y son mutuamente indisociables.
- Es básico en este sentido: (a) Dar información a la víctima del rol de cada uno y de las diferencias entre un informe clínico y pericial. (b) Utilizar protocolos estandarizados (en especial el Protocolo de Estambul).
- Los elementos de carácter psicométrico o los aparatos que detectan respuestas psico-fisiológicas carecen, hoy por hoy, de suficiente confiabilidad. Es especialmente alarmante el alto número de falsos positivos que producen.
- La consistencia del relato entre diferentes momentos o entrevistas no es un factor relevante en la evaluación. Existen razones tanto neuropsicológicas (asociadas a las propias características de la memoria humana y su enorme influenciabilidad y plasticidad) como clínicas (derivadas de la posible presencia de síntomas depresivos, disociativos u otros) que hacen que la consistencia en el recuento de hechos sea la excepción y no la norma. La narración global es constante. Los detalles por fuerza no pueden serlo.
- La evaluación de la credibilidad realizada por un profesional en salud mental en una situación de tortura o en la peritación para una

solicitud de asilo se basa en elementos de *impresión clínica*, que son los característicos del quehacer psicológico o psiquiátrico. Esta impresión va mucho más allá de la determinación de la existencia o no de determinados cuadros clínicos que han devenido populares (como el TEPT) y se fundamenta en la historia biográfica personal, datos pre y postrauma sobre los hechos que puedan determinar el estado actual de la persona, el impacto de estos hechos tanto en términos emocionales como sobre la identidad, así como factores de comunicación no verbal y de consistencia entre los hechos relatados, las emociones que éstos suscitan y las consecuencias clínicas que evocan.

Cuando esta evaluación se realiza de modo adecuado y acorde con estándares, constituye una herramienta pericial poderosa y puede por tanto, acorde a como la ley señala, tener carácter probatorio. Los profesionales de salud mental deben asumir esta responsabilidad, y acorde con ella, exigirse la adecuada competencia profesional en esta materia específica. Y esto implica ajustarse a los estándares internacionales de buena praxis recogidos en el Protocolo de Estambul.

Urge, en este sentido, fomentar el conocimiento y la capacitación profesional sobre esta herramienta clave del trabajo con supervivientes de violencia en los estamentos jurídicos, administrativos y sobre todo sanitarios del Estado Español y aumentar el número de profesionales comprometidos en la adecuada evaluación y tratamiento de las víctimas de maltrato y tortura (Ver Anexo).

Directrices para la evaluación médica de la tortura y los malos tratos. Estructura global

Las siguientes directrices se basan en el *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes* (Protocolo de Estambul). Estas directrices no están previstas para que sean una prescripción fija sino que más bien se aplicarán tomando en consideración el objetivo de la evaluación y tras evaluar los recursos disponibles. La evaluación de los signos físicos y psicológicos de tortura y malos tratos podrá estar a cargo de uno o más clínicos, según sean sus calificaciones.

- I. Información sobre el caso:
 - Fecha del examen:
 - Examen solicitado por (nombre/posición):
 - Caso o informe n.º:
 - Duración de la evaluación: horas, minutos
 - Nombre del sujeto:

Fecha de nacimiento:
Lugar de nacimiento:
Apellidos del sujeto
Sexo: masculino/femenino
Razones para el examen:
Número del documento de identidad del sujeto:
Nombre del clínico:
Intérprete (sí/no), nombre:
Consentimiento informado: sí/no; si no hay consentimiento informado, ¿por qué?
Sujeto acompañado por (nombre/posición)
Personas presentes durante el examen (nombre/posición)
Sujeto inmovilizado durante el examen: sí/no; en caso afirmativo ¿cómo/por qué?
Informe médico transmitido a (nombre/posición/número del documento de identidad)
Fecha del envío:
Momento del envío:
Evaluación/investigación médica conducida sin restricción (sujetos en custodia): sí/no
Facilitar detalles sobre cualquier tipo de restricciones:

II. Calificaciones del clínico (para el testimonio judicial)

Educación médica y formación clínica
Formación psicológica/psiquiátrica
Experiencia en documentar signos de tortura y malos tratos
Experiencia regional en materia de derechos humanos en relación con la investigación
Publicaciones, presentaciones y cursos de formación sobre el tema
Curriculum Vitae

III. Declaración relativa a la veracidad del testimonio (para el testimonio judicial)

Por ejemplo: «He tenido conocimiento personal de los hechos relatados, excepto los incluidos en información y creencias, que considero verídicos. Estoy dispuesto a testimoniar sobre la anterior declaración basada en mi conocimiento y creencia personales».

IV. Información de base

Información general (edad, ocupación, educación, composición familiar, etc.)
Antecedentes médicos
Revisión de evaluaciones médicas anteriores de tortura y malos tratos
Historia psicosocial previa a la detención

- V. Alegaciones de tortura y malos tratos
 - 11. Resumen de detención y abuso
 - 12. Circunstancias del arresto y la detención
 - 13. Lugares inicial y siguientes de detención (cronología, transporte y condiciones de detención)
 - 14. Narración de los malos tratos de tortura (en cada lugar de detención)
 - 15. Revisión de los métodos de tortura
- VI. Síntomas y discapacidades físicos
Describir la evolución de síntomas y discapacidades agudas y crónicas y el proceso de curación subsiguiente.
 - 11. Síntomas y discapacidades agudos
 - 12. Síntomas y discapacidades crónicos
- VII. Exploración física
 - 11. Aspecto general
 - 12. Piel
 - 13. Cara y cabeza
 - 14. Ojos, oídos, nariz y garganta
 - 15. Cavidad oral y dientes
 - 16. Tórax y abdomen (incluidos signos vitales)
 - 17. Sistema genitourinario
 - 18. Sistema musculoesquelético
 - 19. Sistema nervioso central y periférico
- VIII. Historia/exploración psicológica
 - 11. Métodos de evaluación
 - 12. Quejas psicológicas actuales
 - 13. Historia posterior a la tortura
 - 14. Historia previa a la tortura
 - 15. Historia anterior psicológica/psiquiátrica
 - 16. Historia de uso y abuso de sustancias
 - 17. Examen del estado mental
 - 18. Evaluación del funcionamiento social
 - 19. Pruebas psicológicas (véanse indicaciones y limitaciones en el capítulo VI, secc. C.1)
 - 10. Pruebas neuropsicológicas: (véanse indicaciones y limitaciones en el capítulo VI, secc. C.4)
- IX. Fotografías
- X. Resultados de las pruebas de diagnóstico (véanse indicaciones y limitaciones en el anexo II)
- XI. Consultas

XII. Interpretación de los hallazgos

1. Signos físicos
 - A. Correlacionar el grado de concordancia entre la historia de síntomas físicos e incapacidades agudas y crónicas con las alegaciones de abuso.
 - B. Correlacionar el grado de concordancia entre los hallazgos de la exploración física y las alegaciones de abuso. (Nota: La ausencia de signos físicos no excluye la posibilidad de que se haya infligido tortura o malos tratos).
 - C. Correlacionar el grado de concordancia entre los hallazgos físicos del individuo y su conocimiento de los métodos de tortura utilizados en una determinada región y sus efectos ulteriores comunes.
2. Signos psicológicos
 - A. Correlacionar el grado de concordancia entre los hallazgos psicológicos y la descripción de la presunta tortura.
 - B. Evaluar si los signos psicológicos hallados son reacciones esperables o típicas al estrés extremo dentro del contexto cultural y social del sujeto.
 - C. Señalar el estado del sujeto en la evolución fluctuante a lo largo del tiempo de los trastornos mentales relacionados con los traumas; es decir, cuál sería el marco temporal en relación con los acontecimientos de tortura y en qué punto de la recuperación se encuentra el sujeto.
 - D. Identificar todo elemento estresante coexistente que actúe sobre el sujeto (por ejemplo, persecución mantenida, migración forzada, exilio, pérdida del papel familiar y social, etc.), así como el impacto que esas influencias puedan tener sobre el sujeto.
 - E. Mencionar las condiciones físicas que pueden contribuir al cuadro clínico, en particular en lo que respecta a posibles signos de traumatismo craneal sufrido durante la tortura o la detención.

XIII. Conclusiones y recomendaciones

1. Exponer la opinión personal sobre la concordancia que existe entre todas las fuentes de información antes mencionadas (hallazgos físicos y psicológicos, información histórica, datos fotográficos, resultados de las pruebas de diagnóstico, conocimiento de las prácticas regionales de tortura, informes de consultas, etc.) y las alegaciones de tortura y malos tratos.
2. Reiterar los síntomas y las incapacidades que sigue padeciendo el sujeto como resultado del presunto abuso.
3. Exponer recomendaciones sobre nuevas evaluaciones y cuidados al sujeto.

- XIV. Declaración de veracidad (para el testimonio judicial).
Por ejemplo, «Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes de... (país), que la presente descripción es veraz y correcta y que esta declaración ha sido realizada el ... (fecha) en ... (ciudad), ... (Estado o provincia)».
- XV. Declaración de restricciones a la evaluación/investigación médica (para los sujetos mantenidos en custodia).
Por ejemplo, «Los clínicos abajo firmantes certifican personalmente que pudieron trabajar con toda libertad e independencia y que se les permitió hablar con (el sujeto) y examinarle en privado sin ninguna restricción ni reserva, y sin que las autoridades de detención ejercieran ninguna forma de coerción»; o bien «Los clínicos abajo firmantes se vieron obligados a realizar su evaluación con las siguientes restricciones:...».
- XVI. Firma del clínico, fecha, lugar:
- XVII. Anexos pertinentes
Una copia del currículum vitae del clínico, dibujos anatómicos para la identificación de la tortura y los malos tratos, fotografías, consultas y resultados de las pruebas de diagnóstico, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Améry, J. (2001). *Más allá de la culpa y la expiación: Tentativas de superación de una víctima de la violencia* ([Original de 1977]). Valencia: Pre-Textos.
- (2) Evans, F. (2001). Forensic Psychology and Immigration Court: an introduction. In U. Citado en Jacobs, F.; Evans y B. Patsalides, *Principles of documenting psychological evidence of torture (Part I)*, Vol. 11, pp. 85-89. Torture.
- (3) Gobierno de Chile. (2000). *Norma Técnica para la Atención de personas afectadas por la represión política*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- (4) Gorst-Unsworth, C.; Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br. J. Psychiatry*, 172, 90-94.
- Gudjonsson, G. (1992). *The psychology of interrogations, confessions and testimony*. Londres: Wiley.
- (5) Harrell-Bond, B. (1986). *Imposing aid: emergency assistance to refugees*. Oxford: Oxford University Press.
- (6) HRFT (2004). *Evidencia psicológica de tortura. Una Guía Práctica del Protocolo de Estambul para Psicólogos* (www.psicosocial.net ed.). Copenhagen: IRCT.
- (7) HRFT, IRCT, PHR, WMA. (2002). *Protocolo de Estambul: Pautas Internacionales para la Investigación y Documentación de la Tortura*. Copenhagen: IRCT.
- (8) Inda, M., et al. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del psicólogo*, 26, 99-108.
- (9) Levi, P. (1986). *Los hundidos y los salvados*. Barcelona: Muchnik.
- (10) Lira, E. (1988). *Todo es según el dolor con que se mira. Psicoterapia con supervivientes de tortura*. Santiago de Chile: ILAS.

- (11) Medina, A.; Moreno, M.; Lillo, R. (2007). *El psiquiatra: del ámbito médico al jurídico*. Barcelona: Euromedice.
- (12) Mollica, R. (1999). Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia colectiva. En P. Pérez-Sales, *Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política*. Madrid: Ex-Libris.
- (13) Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa, duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brower.
- (14) Rogers, R. (1997). *Clinical assessment of malingering and deception*. Nueva York: Guilford Press.
- (15) Silove, D.; Sinnerbrink, I. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br. J. Psychiatry*, 170, 351-357.
- (16) Silove, D.; Steel, Z. (2000). Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA*, 284, 604-611.
- (17) Smith, G.; Burger, G. (1997). Detection of amlingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-189.
- (18) Stedman, S.; Tanner, F. (2003). *Refugee manipulation. War, politics and the abuse of human suffering*. Washington: Brookings Institution Press.
- (19) Steinberg, P. (1999). *Crónica del mundo oscuro*. Barcelona: Montesinos.
- (20) Voutira, E.; Harrell-Bond, B. (1995). In search of the locus of trust: the social world of the refugee camp. En E. Daniel; J. C. Knudsen, *Mistrusting refugees*. Los Ángeles: University of California Press.