

# Detección y evaluación de las víctimas de malos tratos y torturas en la atención primaria. Guía rápida incluyendo la versión del Protocolo de Estambul actualizada en 2022.

**Pau Pérez-Sales\* y Paula de la Fuente\*\***

La tortura puede definirse, brevemente, como aquellas situaciones en que se produce de modo intencional un dolor o sufrimiento grave o severo por parte de agentes del Estado con un propósito específico. En especial (pero no solo) la extracción de información, la confesión, el castigo o la discriminación (UN General Assembly, 1984). Cuando no puede acreditarse la intencionalidad o el propósito es incierto, o cuando el dolor o el sufrimiento se consideran de menor intensidad, se habla de trato cruel, inhumano o degradante (Amnesty International, 2016).

La distinción entre tortura y trato cruel, inhumano o degradante es poco relevante desde el punto de vista médico o psicológico. Ambas están cubiertas por la Convención contra la Tortura y se trata de formas de tipificación legal que no afectan en todo caso al deber del médico de detectar y documentarlas ni al sufrimiento o las consecuencias que conllevan en los pacientes. Existen otras definiciones alternativas a la de la Convención que están basadas en criterios más cercanos al ámbito de la salud. Se habla de tortura, desde el punto de vista médico o psicológico, como del uso de estrategias de debilitamiento

y quiebre de la libre voluntad de una persona. Esto podrá hacerse a través de técnicas que provocan sufrimiento y daño físico (dolor, debilitamiento, manipulación del entorno) o psicológico (miedo, humillación, vergüenza, angustia, culpa) (Pérez-Sales, 2017).

La tortura sigue existiendo en la mayor parte del mundo, tanto en el norte como en el sur global, aunque puede adoptar formas diferentes y ser usadas en contextos muy diversos al clásico imaginario del interrogatorio para obtener información. Gran parte de la tortura contemporánea tiene que ver los malos tratos del “día a día”, con acciones rutinarias o aparentemente banales que conllevan vulneración de derechos.

El Protocolo de Estambul es la guía internacional para la documentación legal y forense de presuntos casos de malos tratos o tortura. Formulado inicialmente en 1999, fue revisado en el año 2004 y ha sido ampliado y actualizado recientemente<sup>1</sup> (UNHR, 2022)

La tabla 1 muestra contextos en que pueden producirse hechos de malos tratos o tortura y donde un profesional de la salud generalista (médico, enfermera...) puede tener un papel importante en la detección, prevención,

\*) MD, PhD, Psiquiatra, Director Clínico Centro SiR[a] (Madrid), Editor-en-Jefe.

Correspondencia a: pauperez@runbox.com

\*\*) MD. Centro SiR[a].

1 Puede descargarse en [https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol\\_Rev2\\_EN.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf)

**Tabla 1.** Ámbitos de malos tratos o tortura donde es especialmente relevante el rol de los profesionales de atención primaria.

Situación	Ejemplos de elementos relevantes del día a día que pueden constituir formas de malos tratos o tortura
Urgencias de un hospital o centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detenidos en comisaría</li> <li>• Malos tratos a manifestantes</li> <li>• Personas provenientes de cárceles u otros centros de detención</li> <li>• Condiciones y alegaciones de malos tratos a migrantes en procesos de deportación o expulsión</li> </ul>
Consulta de atención primaria – dispositivo comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas del paciente de malos tratos policiales</li> <li>• Atención a personas trasladadas desde centros de privación de libertad</li> <li>• Primera atención a pacientes migrantes, especialmente en contextos de aeropuertos o frontera.</li> </ul>
Consultas de pediatría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños expuestos a los riesgos de un daño institucional</li> <li>• Señales de abusos o malos tratos dentro de la familia (obligación de proteger)</li> </ul>
Residencias geriátricas	
Centros de salud mental; Hospitales psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamientos involuntarios</li> <li>• Contenciones mecánicas;</li> </ul>
Centros de tutela o de protección de menores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso de fármacos; Tratamientos coercitivos</li> <li>• Tratamientos médicos discriminatorios</li> <li>• Trato vejatorio / Negligencia o abandono</li> </ul>
Centros de atención a personas con discapacidad	
Cárceles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> <li>• Condiciones de detención</li> </ul>
Centros de detención de corta estancia (comisarias u otros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación y nutrición</li> <li>• Enfermedad mental</li> <li>• Tratamiento de drogadicciones.</li> <li>• Contenciones mecánicas o químicas</li> <li>• Quejas de trato degradante</li> <li>• Quejas de malos tratos</li> </ul>
Patrones intencionales de discriminación o castigo por parte del Estado o actores paraestatales – violencia administrativa o institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migrantes</li> <li>• Identidad de género y orientación sexual</li> <li>• Limpieza social - Condiciones de marginalidad o pobreza</li> <li>• Activistas o defensoras de derechos humanos</li> <li>• Personas de la comunidad que no pueden actuar por si mismas y dependen de terceros (demencia, discapacidad física o intelectual)</li> </ul>
Prácticas culturales que constituyen formas de malos tratos o tortura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de virginidad a petición de la familia o autoridades</li> <li>• Mutilación genital femenina</li> <li>• Exámenes anales para determinación de conductas sexuales heteronormativas</li> </ul>

documentación y remedio a estas situaciones<sup>2</sup>. No abordamos de modo específico el rol del personal médico en centros de privación de libertad, para lo que hay excelentes guías y documentos específicos (Méndez, 2019).

Hay, en suma, muchos contextos en que un trabajador de atención primaria de salud puede detectar o intervenir sobre casos de malos tratos o tortura. En este sentido nunca está de más recordar que, más allá de la voluntad y el compromiso ético personales, existe una obligación profesional de los profesionales sanitarios, y así lo han manifestado la Asociación Médica Mundial (WMA, 1975, 2013), la Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA, 2017) y el propio Protocolo de Estambul<sup>3</sup>.

Tanto en el Norte como en el Sur global la población migrante constituirá un grupo especialmente de riesgo para casos de malos tratos o tortura<sup>4</sup>. En los pocos estudios que existen en atención primaria de salud (ver nota al pie) se observa que (1) la prevalencia puede ser mucho más alta de lo que la mayoría de profesionales sanitarios creen<sup>5</sup>, (2) los pacientes

que han sufrido violencia política o tortura en su país de origen no refieren esta experiencia a su médica de atención primaria, bien por pensar que no es relevante, bien por razones culturales, bien por creer que su médico no tendrá tiempo para escucharle o no se interesará por esta problemática (Eisenman et al., 2000; Shannon et al., 2012), (3) En la inmensa mayoría de casos el médico tampoco preguntó pese a sospechar que la persona pudiera haber sufrido violencia, ni registró la sospecha en la historia clínica (Ostergaard et al., 2020).

Además, el profesional de atención primaria puede tener un rol decisivo porque los estudios indican que muchas de estas personas son candidatas a asilo u otras formas de protección internacional, pero carecen de esta información, pudiendo perder los plazos legales. Más aún, documentar las consecuencias de la persecución o la tortura y hacer un informe desde el centro de salud acorde al Protocolo de Estambul aumenta de manera muy significativa la posibilidad de poder lograr esta protección (Asgary et al., 2006; Atkinson et al., 2021)

A esto se añade, por supuesto, aquellas consultas de atención primaria de salud situadas en países donde la tortura es frecuente o lo ha sido en el pasado reciente. Por ejemplo, en un estudio en una consulta de atención primaria en una zona urbana de Bagdad, se encontró que la prevalencia de tortura directa o

2 Para un desarrollo más a fondo sobre formas de malos tratos o tortura vinculados al ámbito de la salud pueden consultarse revisiones específicas (Mendez, 2013, 2014; Wadiwel, 2017).

3 Puede ampliarse los códigos éticos que implican a trabajadores de atención primaria en los capítulos II y VII del Protocolo de Estambul.

4 Conviene recordar que los principales países receptores de refugiados a nivel mundial son Turquía, Colombia, Uganda y Pakistán. Contra lo que suele creerse, los países de mayor renta per cápita apenas reciben al 11% de los solicitantes de asilo y refugiados a nivel global ([www.acnur.org](http://www.acnur.org))

5 En un estudio entre población no occidental en consultas de atención primaria de Copenhague, el 28% de personas refirieron haber estado expuestos a tortura en el país de origen o en el tránsito migratorio. En el 75% de casos el médico de cabecera no había preguntado ni constaba en la historia clínica (Ostergaard et al., 2020).

En un estudio similar realizado con población migrante atendida en el Servicio de Urgencias de un Hospital público de Nueva York, el 11.5% de migrantes refirieron haber sufrido tortura. Al 77.8% nunca el médico les había preguntado sobre tortura y solo el 14.8% había solicitado asilo (Hexom et al., 2012). En el Servicio de Medicina Interna el 8% de migrantes preguntados habían sufrido tortura. Nuevamente, revisando las historias clínicas ningún caso había sido detectado por el médico de atención primaria ni el paciente lo había reportado espontáneamente (Eisenman et al., 2000; Eisenman, 2007)

**Tabla 2.** Dilemas en la detección e intervención con víctimas de tortura en atención primaria de salud

Contexto	Instrumento	Preguntas
Filtrado en solicitantes de asilo en Dinamarca (Munk-Andersen et al., 2021)	Torture Screening Checklist. 4 ítems – Checklist de comprobación que cumple todas los elementos de la definición legal de tortura	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Ha sido arrestado, detenido o encarcelado alguna vez?</li> <li>2. ¿Alguna vez ha sido sometida a una violencia severa o grave, o a amenazas o tratos degradantes?</li> <li>3. ¿Ha sido testigo de que otras personas hayan sido sometidas a una violencia grave o tratos degradantes (abusivos)?</li> </ol>
Filtrado en solicitantes de asilo en US y otros países (Cook et al., 2015; Shannon, 2014; Shannon et al., 2015)	Center for Victims of Torture –Torture and War Trauma Screening Questionnaire	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Ha sido alguna vez herido o amenazado por alguno de los siguientes: el gobierno, la policía, el ejército, soldados rebeldes u otros? En caso afirmativo, ¿qué ocurrió concretamente?</li> <li>2. ¿Y algún miembro de su familia? En caso afirmativo, ¿qué ocurrió concretamente?</li> <li>3. Algunas personas en su situación han sufrido torturas. ¿Le ha ocurrido esto a usted? En caso afirmativo, ¿qué ocurrió concretamente?</li> <li>4. ¿Algún miembro de su familia ha sido torturado? En caso afirmativo, ¿qué ocurrió concretamente?</li> </ol>
Estudios epidemiológicos de salud pública en Suecia (Sigvardsdotter et al., 2017)	Single General Trauma Item + Refugee trauma history checklist (RTHC) (Anexo 1)	<p>En ocasiones, a las personas les ocurren cosas que podrían perturbar o atemorizar a cualquiera. Por ejemplo ser víctima de un asalto o ser testigo de cómo se daña o asesina a otras personas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Ha experimentado una o varias de estas situaciones?.</li> </ol>
Filtrado en personas extranjeras en Consultas externas del Servicio de Medicina Interna de un Hospital público de Nueva York (Eisenman et al., 2000) (Eisenman, 2007)	Detection of Torture Survivors Survey (DTSS)	<p>En esta clínica tratamos a muchos pacientes que han sido obligados a abandonar sus países por haber sufrido violencia o haber recibido amenazas a su integridad física o su seguridad o la de sus familias. Voy a plantearle algunas preguntas sobre esto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En (antiguo país), ¿tuvo alguna vez problemas por su religión, creencias políticas, cultura u otro motivo?</li> <li>2. ¿Ha tenido problemas con personas que trabajen para el gobierno, el ejército, la policía o cualquier otro grupo?</li> <li>3. ¿Ha sido alguna vez víctima de violencia en (antiguo país)?</li> <li>4. ¿Ha sido alguna vez víctima de tortura en (antiguo país)?</li> </ol>
Servicio de urgencias de un Hospital Universitario público de Nueva York (Hexom et al., 2012)	Short version of the DTSS + Segunda entrevista con 8 preguntas más detalladas (ver anexo 1).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Recibió alguna vez amenazas o sufrió daños a manos del gobierno, la policía, el ejército o soldados rebeldes?</li> <li>2. Algunas personas en su situación han sufrido torturas. ¿Le ha ocurrido esto a usted o a su familia?</li> </ol>

en algún miembro de la familia era superior al 50% (Al-Saffar, 2007). En este caso la documentación médica permitirá al paciente reconocerse como víctima, poder acreditar los hechos y eventualmente, cuando las condiciones políticas lo permitan, buscar justicia y reparación.

### **Criterios de filtrado y Síntomas guía**

Cabe pensar, por todo lo anterior, que si usted trabaja como personal de salud en una zona en la que hay una alta prevalencia de población migrante, de personas que proceden de países de alto riesgo o si trabaja usted en un lugar o un dispositivo en el que le consta que los malos tratos policiales no son infrecuentes, tiene sentido que usted disponga de alguna herramienta de cribado y detección de víctimas de violencia en general o de detección específica de víctimas de tortura.

1. Una persona con condiciones sociodemográficas de riesgo y con alguno de los siguientes cuatro síntomas orientativos también puede despertar sus sospechas:
2. Ansiedad persistente, irritabilidad o ataques de pánico ante estímulos relacionados con situaciones de violencia.
3. Insomnio muy severo que no mejora con hábitos saludables o hipnóticos de primera elección.
4. Dificultades de concentración, con dificultades para retener información o nuevos aprendizajes, o bien que la persona o la familia refieren que a veces parece estar ausente.
5. Lesiones músculo-esqueléticas, cicatrices en piel, y/o patrones de dolor generalizado sin causa diagnosticada previamente.

Se han propuesto diversos instrumentos para la detección de tortura en contextos de

atención primaria de salud (APS). La tabla siguiente (ampliada en anexos) revisa algunos instrumentos que se ha sugerido que pueden ser útiles, bien en población general, bien en población migrante<sup>6</sup>. Como se puede observar, el contenido de las preguntas es muy similar entre las distintas escalas y se puede adaptar a los contextos laborales de cada profesional sanitario, dependiendo de que el profesional desee hablar específicamente de torturas o de cuestiones más generales (amenazas, violencia, etc.).

### **Mitos, dudas y realidades en la entrevista a potenciales víctimas de malos tratos o tortura en atención primaria**

Parte de los problemas de los centros de atención primaria son las competencias y los límites de las intervenciones. En el ámbito de las víctimas de violencia, esto es especialmente complejo debido a una falta general de tiempo y a la escasa duración de las consultas en muchos centros, unidas a la obligación ética de, *ante todo, no hacer daño*. Sin embargo, es necesario equilibrar estos elementos con otras realidades: en muchos lugares, los médicos/as o enfermeros/as son los únicos que pueden realizar este trabajo, y esto tiene muchos beneficios para el paciente, sobre todo cuando se aplica un enfoque psicosocial y holístico a la atención médica. Además, el profesional sanitario tiene una obligación legal de detectar e intervenir, de conformidad con la legislación internacional y los códigos deontológicos pertinentes.

6 No incluimos aquí medidas de filtrado de problemas de salud mental entre personas refugiadas, solicitantes de asilo o potenciales víctimas de tortura, como el Harvard Trauma Questionnaire (Bertelsen et al., 2018; Berthold et al., 2019) o el Cuestionario Protect (Mewes et al., 2018). Existen varias decenas de instrumentos de instrumentos y excelentes revisiones comparativas (Magwood et al., 2022)

**Tabla 3.** Dilemas en la detección e intervención con víctimas de tortura en atención primaria de salud

Mitos y dudas	Realidad
La «tortura» no es una condición clínica, sino un delito o un tema penal.	No se trata de hacer un diagnóstico de «tortura», sino de realizar una historia clínica adecuada para detectar y, en lo posible, documentar los impactos médico-psicológicos de haber sufrido una violencia extrema.
Estas entrevistas es mejor que las haga un psicólogo o un psiquiatra en el centro de salud mental o en un centro especializado para refugiados o para víctimas.	Los estudios indican que el principal elemento de una buena entrevista a una potencial víctima es la empatía y la creación de un vínculo de confianza desde un interés genuino por la realidad de nuestro paciente. No confíe en que en un centro de salud mental o en un centro de refugiados van a ser más empáticos que usted.
No tengo tiempo. Hay mucha presión asistencial	En Atención Primaria no es necesario ni útil entrar a todos los detalles de la experiencia traumática. Es importante preguntar lo básico para hacer un enfoque adecuado y orientar el acompañamiento que se le puede a dar al paciente.
Puedo hacer daño o re-traumatizar a la persona y el primer deber de un médico es ante todo no hacer daño.	Una entrevista hecha con tacto y que da libertad a la persona para expresar lo que desee sin presionarla no va a ser re-traumatizante. Preguntar por experiencias de malos tratos o tortura, si no es en contextos de mucho riesgo o de gran desconfianza, es una fuente de comprensión y alivio.
Miedo a cómo me afecte lo que puedan contarme	Esta problemática es común con otros tipos de pacientes, por ejemplo aquellos que sufren enfermedades graves, invalidantes o irreversibles y la mayoría de profesionales de la salud estarían preparados para abordarlas.
Tengo miedo a no saber qué hacer. No tengo formación específica.	La mayor fuente de inseguridad es la falta de información y la ausencia de un plan. Se puede combatir disponiendo en su consulta de información básica sobre cuatro aspectos: (1) el derecho de asilo y dónde solicitarlo, (2) centros de atención a víctimas de tortura en su zona (3) como hacer una exploración médica y psicológica a una víctima y si debo buscar elementos específicos (4) como elaborar un informe clínico acorde al Protocolo de Estambul. En este artículo le ayudamos con las dos últimas.
Tengo miedo a que me engañen o manipulen	En la vida de un refugiado a veces “construir verdades” es un mecanismo de resistencia frente a las dificultades de supervivencia y a un entorno hostil. Se trata de una reacción de defensa, exactamente igual a la que aparece cuando exploramos una parte del cuerpo que lleva mucho tiempo adaptándose a una enfermedad. Requiere comprensión y paciencia

Puede haber riesgos para mí.	Hay un delicado equilibrio entre el deber de dar apoyo a las víctimas, en tanto pacientes, y el hipotético riesgo que esto pueda conllevar y en especial los llamados “Situaciones de Conflicto Ético” (ver más adelante).
Me puedo señalar ante mis jefes o compañeros	Cada persona debe saber hasta dónde puede llegar y los riesgos razonables que puede o debe asumir.
¿Y después? No sé exactamente cuál es mi rol	El mismo que con cualquier otro problema psicosocial o comunitario en atención primaria (duelo, crisis, adaptación a enfermedades crónicas): brindar apoyo emocional, comprender de forma integral los síntomas, tratarlos desde las causas, prescribir o aconsejar. Y en algunos casos documentar para procesos administrativos o informar a las autoridades pertinentes de salud o legales.

La Tabla 3 intenta reflexionar sobre algunas de las dudas y mitos más comunes que suelen enfrentar algunos profesionales de atención primaria frente a las víctimas de malos tratos.

### **Cómo entrevistar y examinar médica o psicológicamente a una potencial víctima: condiciones éticas que exige el Protocolo de Estambul.**

El Protocolo de Estambul como guía para los profesionales indica dos cosas: cuales son los requerimientos *éticos* para hacer una entrevista y cuáles son los requerimientos *técnicos* de la exploración y el informe.

Vamos a abordar los primeros. Se trata de un conjunto de normas específicas que el profesional sanitario debe tener en cuenta cuando entrevista a pacientes sobre todo en el contexto de custodia y detención (ver figura 1).

### **Condiciones de entrevista**

#### *1. Condiciones de seguridad.*

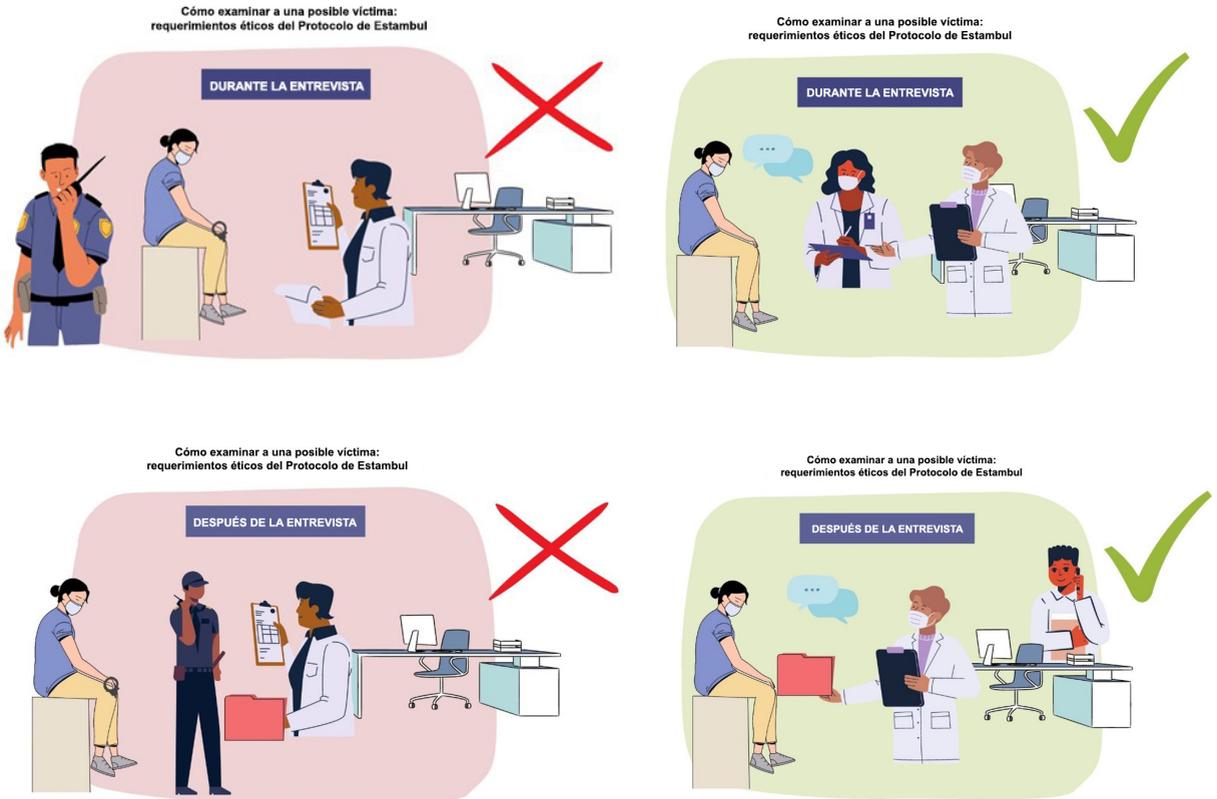
Estas no suelen formar parte de las preocupaciones de un profesional de la salud, pero en algunos contextos pueden ser relevantes, y el profesional de la salud debe tenerlas presentes.

- Antes de evaluar a la persona, el profesional sanitario debe evaluar si existe un riesgo de

represalias para la persona por hablar con el profesional sanitario o por someterse a un examen. Esto puede ocurrir en un centro de detención (comisaría, cárcel, etc.) o cuando la persona pasa a estar bajo custodia policial.

- En general, es importante recordar que el protocolo indica que **NO DEBEN** ser los mismos agentes que realizaron la detención o que podrían ser los mismos agresores potenciales quienes lleven al detenido bajo custodia a la consulta. Cuando esto ocurra, será necesario valorar si existen riesgos para el paciente. Es recomendable preguntarle en privado al/a la paciente para conocer su opinión.
- Los agentes de custodia con frecuencia advertirán al profesional de la presunta peligrosidad del detenido para exigir estar dentro del espacio de consulta. Sabemos que muchas veces esta es una información intimidatoria y salvo personas en un estado de alteración psíquica o de descontrol emocional, el profesional no correrá peligro por quedarse a solas con el paciente. Si es así, pueden arbitrarse las medidas de carácter general que se adoptan para todos los pacientes agitados con el propio personal sanitario de apoyo.

Figura 1.



## 2. Privacidad y confidencialidad

Ambos son elementos esenciales para crear un espacio de confianza y seguridad son requisitos éticos básicos.

- La *privacidad* tiene que ver con que no esté presente en la sala ninguna persona fuera del personal sanitario o de personas de confianza de la potencial víctima que ella solicite que estén presentes (familiar cercano, tutor o abogada). Desde luego, en ningún caso, personas que puedan coaccionar el libre relato de la persona que se va a examinar, incluidos los agentes de custodia o

funcionarios. En caso de que no sea posible lograr que los agentes abandonen la consulta, alegando que deben custodiar al detenido, deberán permanecer en un lugar en que no puedan escuchar el diálogo entre médico y paciente, y a ser posible, también fuera de la zona visual. Por ejemplo, en sala de espera, con la puerta cerrada.

- La *confidencialidad* está en relación con que el informe respecto a la consulta pertenece solo al paciente, y por tanto, salvo que se deba responder a un mandamiento judicial o que el detenido expresamente así lo indique, no debe entregarse a los agentes de

custodia. En este último caso se debe informar al paciente de esta obligación y permitirle que decida qué información desea compartir con el profesional sanitario, sabiendo que deberá responder a las preguntas que se le hagan.

### *Consentimiento informado*

- Si no es la propia persona la que ha solicitado ser atendida o evaluada por un profesional sanitario, será necesario informar al paciente de manera comprensible y adaptada a su capacidad y su contexto cultural de en qué consiste la evaluación y cuál es el fin de la misma. Es importante obtener el consentimiento necesario para la realización de la exploración médica y psicológica. Si el detenido se niega a la evaluación médica, el médico no actuará contra su voluntad.

### *Durante la evaluación*

Es importante que la consulta con un profesional sanitario se realice en un entorno normal y de confianza. Por tanto:

- Si la persona está sometida a cualquier restricción mecánica (grilletes, bridas o similar), se debe solicitar la retirada previa a la exploración física y psicológica, permitiendo una exploración completa.
- Es importante minimizar el riesgo de re-traumatización, siguiendo el principio de ante todo no hacer daño. Para ello es importante medidas como el utilizar un enfoque de entrevista clínica basado en la empatía, la sensibilidad cultural y el enfoque de género. Así mismo, en los casos que sea necesario, plantear la posibilidad de acompañamiento por intérprete, ya sea informal o no, según las preferencias del paciente (Kumar, 2022).

Es recomendable realizar la exploración física en presencia de una segunda persona del mismo género que la persona entrevistada, sobre todo si se va a hacer exploración genital o si se trata de un paciente menor de edad.

### *Después de la evaluación: ¿Qué hago con el informe?*

El procedimiento es similar al de cualquier otro informe de salud que se elabore para un paciente.

- En atención primaria de salud todos los informes pertenecen al paciente y por tanto, salvo orden judicial en otro sentido, se le entregará a él o a su representante legal<sup>7</sup>, a no ser que éste decline por el hecho de estar custodiado y prefiera que quede únicamente en los archivos médicos para el futuro o a que autorice que se le entregue a los agentes de custodia. Si fuera necesario, de manera alternativa, a los agentes de custodia se les entregará una hoja en la que conste las de recomendaciones y el tratamiento a seguir en las siguientes horas.
- Muchos países prevén, además, que los informes de urgencias donde se describen posibles hechos de violencia con implicaciones legales sean remitidos a las autoridades (juzgado, fiscalía u otros).
- Finalmente, y según el caso, remitir a los pacientes a otros servicios médicos para una nueva evaluación con médicos forenses o profesionales sanitarios con una formación especializada, especialmente cuando se

<sup>7</sup> No es una recomendación procedente de la versión actualizada del Protocolo de Estambul, pero cuando las condiciones de seguridad lo permitan y no haya ningún riesgo de represalia, valore proporcionar a los agentes de custodia una ficha de consejos y recomendaciones terapéuticas para las siguientes horas, pero *no* el informe clínico.

sospeche pueda haber habido una tortura por motivo de género o sexual, o en el caso de menores.

### ¿Qué estructura debe tener el informe clínico?

En un ámbito de atención primaria de salud el objetivo no es elaborar un protocolo de Estambul completo, como el que se elaboraría en el ámbito forense, sino realizar un informe clínico que se ajuste a los requerimientos técnicos que el protocolo demanda. Esto se resume en cinco puntos básicos:

- Identificación de la presunta víctima y condiciones de la evaluación
- Un relato lo más detallado que se pueda dadas las circunstancias, de las alegaciones, incluyendo los métodos de los malos tratos o las torturas
- Un registro de los hallazgos físicos y psicológicos actuales
- Interpretación de todos los hallazgos, establecimiento de juicio de consistencia y, si el médico tiene formación, un dictamen sobre la eventual posibilidad de que haya habido torturas y/o malos tratos, así como las recomendaciones clínicas
- Identificación y la firma del/de los clínicos.

En una sala de urgencias o cuando se dispone de poco tiempo:

- Genere un relato breve de los hechos con las palabras de los clientes.
- Documente las consecuencias físicas y psicológicas mediante un examen físico y psicológico integral.
- Realice una valoración de la consistencia entre el relato de los hechos y los hallazgos físicos y/o psicológicos observados.

Además, si se dispone de formación, el protocolo solicita al médico formular una opinión sobre la posibilidad de malos tratos o tortura.

La tabla 4 sugiere una estructura de informe más detallada. El esquema que se propone aquí no se trata de una sugerencia oficial, sino de un resumen basado en el Anexo IV del Protocolo de Estambul, donde podrá encontrar una plantilla de informe más completa, destinada al entorno forense. Puede hacer su propia adaptación, dependiendo de las condiciones de trabajo y las posibilidades que tenga, siempre que se sigan los principios del Protocolo de Estambul<sup>8</sup>. Como se puede ver, la estructura es igual que la de cualquier informe clínico; solo se han añadido unos pocos elementos<sup>9</sup>.

8 Como se indica en el párrafo 607, *el Protocolo de Estambul deja margen para una cierta flexibilidad en cuanto al nivel de detalle que se ofrece en un informe médico-forense. (...) El contenido puede variar, siempre que las evaluaciones sigan los principios del Protocolo de Estambul.*

9 En el Capítulo 7 del PE22, hay un resumen aún más corto que el esquema que se sugiere en la tabla 3: *Obtener consentimiento informado; Evitar que haya terceros en la sala de evaluación; Preguntar por la causa de cualquier lesión o estrés emocional; Documentar los síntomas físicos y/o psicológicos o las discapacidades relacionadas con el presunto abuso; Realizar un examen físico dirigido, incluido un breve examen del estado mental y la evaluación del riesgo de causar daños a la propia persona y a otros, y recibir daño de otros, Documentar todas las lesiones con diagramas del cuerpo (ver Anexo III) y fotografías, en lo posible. Si se sospechan o alegan malos tratos, redirija a la persona adecuadamente e informe a las autoridades que corresponda, así como al individuo de su derecho a que expertos clínicos independientes, ajenos al gobierno, realicen una evaluación clínica. La interpretación clínica de los hallazgos y las conclusiones sobre la posibilidad de que se hayan producido torturas pueden ser valorados por profesionales sanitarios con conocimiento y experiencia que apliquen el Protocolo de Estambul y sus principios, pero no es obligatorio.*

**Tabla 4.** Estructura y elementos mínimos de un informe de una presunta víctima de tortura realizado en atención primaria o emergencias.

1. Centro de salud, día, hora
2. Datos de identificación de la persona asistida
3. Condiciones de la entrevista:
  - Consentimiento: Quien pide el informe (paciente, autoridad...) y si el paciente accede
  - Privacidad: Quien está presente en la consulta, en especial personas que puedan restringir la interacción entre el personal sanitario y el paciente
  - Restricciones a las que pudiera estar sometido el paciente (engrilletado u otros)
  - Confidencialidad: A quien se entrega el informe y si se entregan recomendaciones médicas a personas de custodia, en caso de ser necesario.
4. Motivo del informe (lesiones...) y persona/s causante/s de las lesiones según el paciente
5. Breve relato de hechos *usando las propias palabras del paciente de manera textual* recogiendo todos los aspectos relevantes. Incluir fecha, hora y lugar en que se habrían producido los malos tratos que la persona alega
6. Antecedentes personales de interés (en relación con las lesiones)
7. Exploración física. Si hubiera lesiones, descripción detallada de las lesiones: forma, tamaño o dimensiones, ubicación, aspectos descriptivos del color, fecha aproximada en que han podido producirse y el origen que refiere la persona de cada una de las lesiones documentadas. Valorar realización de fotografías, si fuera posible.
8. Exploración psicopatológica: reacciones emocionales e impactos clínicos psicológicos relevantes asociados al episodio/s de malos tratos.
9. Exploraciones complementarias, si se hubieran realizado: analítica (incluyendo determinación de encimas musculares), pruebas de imagen, y si procede, exploración especializada ginecológica, traumatológica, dermatológica o neurológica.
10. Diagnósticos médicos.
11. Pronóstico de las lesiones o impactos físicos y/o psicológicos.
12. Juicio de consistencia o compatibilidad. Valoración de la consistencia entre los datos del examen médico y psicológico y las alegaciones de malos tratos/tortura del paciente.
13. Si la persona conoce la definición de tortura, emitir una opinión médica sobre si los hechos pudieran constituir hechos de tortura
14. Recomendaciones terapéuticas
15. Nombre, datos y firma de la persona que realiza el informe

Existen dos situaciones posibles:

1. Evaluación de un paciente que ha sido sometido recientemente a violencia (valoración en las horas o los días siguientes): estudiaremos en profundidad los síntomas y señales más agudos y buscaremos

lesiones recientes. Recuerde que, aunque el dolor se ha considerado clásicamente un *síntoma* (dado que se ha considerado como un elemento semiológico subjetivo), la tendencia en la medicina moderna es tratarlo como un *signo* e intentar darle objetividad con unas escalas de

medición validadas<sup>10</sup>. Aunque el PE22 no lo recomienda explícitamente, es una buena práctica médica realizar una exploración detallada de los síntomas de dolor en el examen físico como un «signo» y describirlo igual que otros signos físicos (heridas, hematomas, etc.).

2. Evaluación de un paciente que ha sufrido violencia tiempo después de que se produjera el evento. En la mayoría de los casos, probablemente no encontraremos lesiones físicas agudas. En este caso, es recomendable preguntar sobre los síntomas y signos agudos que la persona recuerda tener en el momento en que se produjeron los eventos y cómo han evolucionado con el tiempo. Por otra parte, realice una búsqueda activa de las secuelas que han durado mucho tiempo (incluido el dolor persistente, déficits sensoriales, insomnio, etc.). En cualquier caso, los síntomas psicológicos pueden ser mucho más marcados y evidentes, y pueden necesitar una evaluación cuidadosa y una recomendación adecuada, si fuera necesario.

### ¿Qué evaluar? ¿Existen elementos específicos?

Los siguientes elementos constituyen una síntesis de aspectos clave en la evaluación médica de la sospecha de malos tratos o tortura. La versión actualizada del Protocolo de Estambul ofrece una guía mucho más amplia y completa (capítulo 5 en la exploración física y capítulo 6 en la psicológica). En esta sección se busca tener una guía de consulta rápida.

### Principales consideraciones en la evaluación médica

**Actuar con especial cuidado durante el examen físico.** Las secuelas físicas y psicológicas de la tortura, de producirse, ocurren en el contexto de un trauma complejo, superpuesto al impacto de los diferentes determinantes sociales de la salud<sup>11</sup> y otras condiciones médicas crónicas, que convierten este diagnóstico en un reto para el profesional médico (Kalt et al., 2013). Por eso es importante evitar el riesgo de re-traumatización en el examen médico explicando con actitud empática la necesidad de quitar la ropa o de realizar determinadas exploraciones invasivas.

**Realizar una breve historia clínica con una exploración por aparatos,** como haríamos con cualquier otro paciente de nuestra consulta. Esto incluirá:

- *Anamnesis* de síntomas que padece y a que los atribuye. Clasificar los síntomas en agudos y crónicos.
- *Examen físico.* Este no consiste simplemente en la observación de las posibles lesiones externas, si no que se trata de una evaluación sistemática y detallada por aparatos. Si se dispone de formación específica pueden detectarse algunos elementos sugerentes de tortura, pero una exploración por aparatos como la que se haría con cualquier otro paciente en el que se evalúa su estado general ya es de suma utilidad. Puede haber síntomas o signos que desaparezcan en pocos

<sup>10</sup> Esta no es una recomendación oficial del PE22.

<sup>11</sup> En el caso de personas migrantes, los determinantes sociales de salud atraviesan las vidas de las personas supervivientes de tortura, tanto en su país de origen (violencia, discriminación, huida...) como en el trayecto migratorio (duelo, trauma, crisis) y en el país de acogida (pérdida de estatus, racismo, vivienda, trabajo, acceso a la salud...)

días, y otros que sean secuelas de lesiones pasadas.

- *Juicio clínico*
- *Grado de consistencia* con los hechos de tortura.<sup>12</sup>
- *Recomendaciones terapéuticas.*
- Además, se podrán incluir valoraciones en relación al *pronóstico*, una declaración sobre el *grado de discapacidad física y su afectación socio-laboral*, así como recomendaciones de posibles *derivaciones a médicos especialistas.*

Es importante no olvidar que la ausencia de pruebas físicas o psicológicas en la exploración no descarta la tortura. En el mundo contemporáneo la tortura a menudo tiene como objetivo infligir el mayor trauma con la mínima evidencia residual, y presencia de hallazgos físicos (Amris & Williams, 2015).

Los síntomas relacionados con los episodios de tortura y en especial las formas de dolor suelen ser mal diagnosticados y en ocasiones son tratados como una manifestación de trauma psicológico. Muchas veces se consideran síntomas de dolor psicógeno o somatizaciones las secuelas de la tortura y hay un infra-diagnóstico del dolor (Kaur et al., 2020).

**El dolor como síntoma principal.** Se calcula que el 87% de los supervivientes de la tortura experimentan dolor crónico. Lo más frecuente dolor de cabeza (93%), dolor musculoesquelético (87%) y dolor en las extremi-

dades (72%) (Williams & Amris, 2007). Este dolor localizado a menudo se correlaciona con el mecanismo de lesión. Sin embargo, existe un patrón de dolor generalizado que el paciente no comprende, ni asocia con los hechos de tortura, y que en ocasiones es médicamente inexplicable (MUS) (Edwards et al., 2010). Sabiendo esto, es importante en la exploración utilizar medidas específicas del dolor, como la escala EVA u otras (Hawker et al., 2011).

El dolor en las víctimas de tortura tiene unas características peculiares que lo diferencian de otros tipos de dolor. Es persistente, generalizado, inespecífico, y con frecuencia discapacitante. No suele mejorar con rehabilitación ni analgesia, por lo que debe tratarse desde un enfoque integral que incluya también los componentes psicológicos (Edwards et al., 2010).

### **Evaluación psicológica y emocional**

Todos los informes deben incluir siempre, además del examen físico, un examen psicológico. Aunque la evaluación psicológica sea realizada por otro profesional, es recomendable que ambas evaluaciones se incluyan en el mismo informe, firmado por todos los profesionales participantes.

No se espera que los profesionales sanitarios de atención primaria realicen entrevistas psiquiátricas en profundidad, sino un breve examen del estado mental. Sin embargo, preste especial atención al estado emocional de la persona cuando describa los eventos y explore los síntomas psicológicos más frecuentes, como ataques de pánico, irritabilidad, síntomas de ansiedad generalizada o depresión, insomnio, pesadillas o signos de inundación emocional, e intente explorar su relación con los presuntos hechos.

Estos síntomas psicológicos pueden estar relacionados de forma directa o indirecta con los síntomas físicos, ya sea como soma-

12 En el ámbito de evaluación forense se requiere una evaluación precisa de la validez o fiabilidad de los síntomas en relación con el relato de hechos de malos tratos o tortura. Puede aportarse el grado de consistencia con los hechos evaluados según 5 niveles: No consistente – consistente – altamente consistente – prácticamente diagnóstico – no relacionado. En una evaluación en atención primaria puede bastar indicar si existe o no consistencia entre las alegaciones y el resultado de la exploración.

**Tabla 5.** Recomendaciones para la toma de fotografías de lesiones, según el Protocolo de Estambul

Condiciones generales	Cuanto antes – las lesiones desaparecen pronto. Pedir permiso a la persona Vale cualquier cámara (móvil).
¿Cómo realizar las fotografías?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar la fecha actual (si no se dispone de esta posibilidad en la propia cámara, incluir un calendario o un periódico en la foto)</li> <li>• Mostrar la identidad de la presunta víctima (rostro) en alguna de las fotografías o incluir fotografías de cuerpo completo y posteriormente de los detalles.</li> <li>• Es deseable mostrar una escala (regla u objeto común) para ver las dimensiones de las lesiones</li> <li>• Use luz natural mejor que un flash</li> <li>• No manipular la imagen, no utilice filtros y no cambie el formato.</li> </ul>

tización o como elementos que agraven la sintomatología subyacente, tanto en su proceso agudo como en su cronicidad. En consecuencia, los síntomas psicológicos tienen un impacto enorme en el estado de salud global de una persona y son una consideración esencial para los médicos de cabecera.

#### Material adicional para la evaluación médica: Fotografías y dibujos anatómicos

Para complementar la evaluación médica, el Protocolo de Estambul incluye anexos con dibujos anatómicos<sup>13</sup>. En los dibujos es importante no reflejar solo las lesiones externas, sino también las zonas dolorosas y los lugares en que hay impotencia funcional.

En la actualidad pueden tomarse fotografías con cualquiera de los teléfonos móviles con alta calidad. La tabla 5 recoge algunas recomendaciones básicas

También se pueden realizar pruebas complementarias para contribuir a corroborar las alegaciones de tortura. Sin embargo, al valorar la pertinencia de las pruebas, tenga en cuenta la ratio riesgo-beneficio de la persona, y prescribir estas pruebas no suele estar justificado, salvo que marquen una gran diferencia en un caso médico-forense.

#### ¿Y después?

En un estudio cualitativo con grupos focales se preguntó a supervivientes de tortura que esperaban de sus médicos de atención primaria. Las víctimas destacaron cinco aspectos: Los refugiados recomendaron que los médicos dedicaran tiempo a hacer que los refugiados se sintieran cómodos, iniciaran directamente conversaciones sobre la situación de la salud mental, preguntaran sobre el contexto histórico de los síntomas y ofrecieran psicoeducación sobre aspectos de salud mental y tratamiento (Shannon, 2014).

#### Conflicto con obligaciones éticas

La nueva versión del Protocolo de Estambul dedica mucha atención al conflicto en las obligaciones éticas dentro de la profesión médica. Ese conflicto es una situación en la que un

13 Los dibujos anatómicos consisten en mapas corporales en los que se podrán reflejar, dibujando sobre ellos, los puntos en los que la persona presenta lesiones agudas y crónicas, incluyendo las cicatrices y los puntos de dolor (Istanbul Protocol 2022. Anexo III - Pag 179).

médico o profesional de la salud mental se encuentra ante dos intereses contrarios: el primario, que es la obligación de proteger los mejores intereses del paciente; y el secundario, que se deriva de las obligaciones para con la institución donde trabaja. Los lectores interesados pueden consultar los capítulos II y VII del PE.

### Conclusiones

En muchos países existen centros especializados en el cuidado de las víctimas de torturas. Sin embargo, la mayoría de las víctimas no los conocen o no tienen acceso a ellos. (Piwowarczyk & Grodin, 2016). La tortura es un problema de salud pública importante, sobre todo para los grupos de riesgo. Una detección y documentación tempranas dependen del correcto trato a los pacientes y de la posibilidad de acceder a medidas de protección y rehabilitación. La formación sobre la documentación de la tortura en las facultades médicas es mínima o inexistente, como el propio Protocolo de Estambul señala<sup>14</sup>.

Es importante que los profesionales de la atención primaria y urgencias de ambos hemisferios desarrollen habilidades para detectar y gestionar esta población, debido a la gravedad del sufrimiento y las implicaciones biopsicosociales aparejadas.

### Agradecimientos

A Vincent Iacopino, Marina Parras y Olga Casado por su revisión y consejo a versiones previas de este manuscrito.

### Referencias

- Al-Saffar, S. (2007). Integrating rehabilitation of torture victims into the public health of Iraq. *Torture Journal*, 17(2), 156–168. [http://www.irct.org/Admin/Public/Download.aspx?file=/Files/Filer/TortureJournal/17\\_2\\_2007/art\\_10.pdf&origin=publication\\_detail](http://www.irct.org/Admin/Public/Download.aspx?file=/Files/Filer/TortureJournal/17_2_2007/art_10.pdf&origin=publication_detail)
- Amnesty International. (2016). *Combating torture and other ill-treatment. A manual for action*.
- Amris, K., & Williams, A. C. d. C. (2015). Managing chronic pain in survivors of torture. *Pain Management*, 5(1), 5–12. <https://doi.org/10.2217/pmt.14.50>
- Asgary, R. G., Metalios, E. E., Smith, C. L., & Paccione, G. A. (2006). Evaluating asylum seekers/torture survivors in urban primary care: a collaborative approach at the Bronx Human Rights Clinic. *Health and Human Rights*, 9, 164–179.
- Bertelsen, N. S., Selden, E., Krass, P., Keatley, E. S., & Keller, A. (2018). Primary Care Screening Methods and Outcomes for Asylum Seekers in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 171–177. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0507-y>
- Berthold, S. M., Mollica, R. F., Silove, D., Tay, A. K., Lavelle, J., & Lindert, J. (2019). The HTQ-5: Revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European Journal of Public Health*, 29(3), 468–474. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky256>
- Cook, T. L., Shannon, P. J., Vinson, G. A., Letts, J. P., & Dwee, E. (2015). War trauma and torture experiences reported during public health screening of newly resettled Karen refugees: a qualitative study. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0046-y>
- Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G., & Kasney, L. M. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 209–221. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3083260&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Eisenman, D., Keller, A., & Kim, G. (2000). Survivors of torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? *Western Journal of Medicine*, 172, 310–304.
- Eisenman, D. P. (2007). Screening for Mental Health Problems and History of Torture. In *Immigrant*

14 Capítulo 8 sobre la implementación del Protocolo de Estambul por parte de las autoridades

- Medicine* (pp. 633–638). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-03454-8.50053-X>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), 240–252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Hexom, B., Fernando, D., Manini, A. F., & Beattie, L. K. (2012). Survivors of Torture: Prevalence in an Urban Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 19(10), 1158–1165. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2012.01449.x>
- Kalt, A., Hossain, M., Kiss, L., & Zimmerman, C. (2013). Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *American Journal of Public Health*, 103, e30–42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301136>
- Kaur, G., Weinberg, R., Milewski, A. R., Huynh, S., Mauer, E., Hemmings, H. C., & Pryor, K. O. (2020). Chronic pain diagnosis in refugee torture survivors: A prospective, blinded diagnostic accuracy study. *PLoS Medicine*, 17(6), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003108>
- Kumar, B. (2022). *Migrant health. A primary care perspective*. WONCA / CRC Press.
- Magwood, O., Kassam, A., Mavedatnia, D., Mendonca, O., Saad, A., Hasan, H., Madana, M., Ranger, D., Tan, Y., & Pottic, K. (2022). Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–41. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063549>
- Mendez, J. (2013). *Applying the torture and ill-treatment protection framework in health-care settings (A/HRC/22/53)* (Issue February).
- Mendez, J. (2014). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes - Misión a México. A/HRC/28/68/Add.3*. <https://doi.org/10.18268/bsgm1908v4n1x1>
- Méndez, J. (2019). Right to a Healthy Prison Environment: Health Care in Custody Under the Prism of Torture. *Notre Dame Journal of International & Comparative Law*, 9(1), 40.
- Mewes, R., Friele, B., & Bloemen, E. (2018). Validation of the Protect Questionnaire: A Tool to Detect Mental Health Problems in Asylum Seekers by Non-Health Professionals. *Torture Journal*, 28(2).
- Munk-Andersen, E., Toftgaard, B., & Modvig, J. (2021). Screening asylum seekers in Denmark for torture using a structured questionnaire. *Torture Journal*, 31(2), 99–109. <https://doi.org/10.7146/torture.v31i2.122245>
- Ostergaard, L. S., Wallach-Kildemoes, H., Thøgersen, M. H., Dragsted, U. B., Oxholm, A., Hartling, O., & Norredam, M. (2020). Prevalence of torture and trauma history among immigrants in primary care in Denmark: Do general practitioners ask? *European Journal of Public Health*, 30(6), 1163–1168. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa138>
- Pérez-Sales, P. (2017). *Psychological Torture: definition, evaluation and measurement*. Routledge.
- Piowarczyk, L., & Grodin, M. (2016). Torture and Public Health. In *International Encyclopedia of Public Health* (Second Ed, Vol. 6). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00467-7>
- Shannon, P. J. (2014). Refugees' advice to physicians: How to ask about mental health. *Family Practice*, 31(4), 1–5. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu017>
- Shannon, P. J., Vinson, G. A., Wieling, E., Cook, T., & Letts, J. (2015). Torture, War Trauma, and Mental Health Symptoms of Newly Arrived Karen Refugees. *Journal of Loss and Trauma*, 20(6), 577–590. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.965971>
- Shannon, P., O'Dougherty, M., & Mehta, E. (2012). Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 9, 47–55.
- Sigvardsson, E., Nilsson, H., Malm, A., Tinghög, P., Gottvall, M., Vaez, M., & Saboonchi, F. (2017). Development and preliminary validation of refugee trauma history checklist (RTHC)-a brief checklist for survey studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101175>
- UN General Assembly. (1984). *The Convention Against Torture and other forms of cruel, inhuman and degrading treatment or punishment. 10 December 1984*. United Nations, Treaty Series, vol. 1465, p. 85. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx>
- UNHR. (2022). *Istanbul Protocol. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Office of the High Commissioner of Human Rights. <https://doi.org/10.2307/j.ctt207g8gw>
- Wadiwel, D. (2017). Disability and torture: exception,

- epistemology and 'black sites.' *Continuum*, 31(3), 388–399. <https://doi.org/10.1080/10304312.2016.1275134>
- Williams, A., & Amris, K. (2007). Pain from torture. *Pain*, 133, 5–8. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.001>
- WMA. (1975). *World Medical Association Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment* (pp. 2–4).
- WMA. (2013). *Doctors Urged to Document Cases of Torture* (pp. 1–2). <http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/40torture/>
- WPA. (2017). World Psychiatric Association Declaration on Participation of Psychiatrists in Interrogation of Detainees. In *Torture Journal* (Vol. 27, Issue 3, pp. 94–98). World Psychiatric Association. <https://doi.org/10.7146/torture.v27i3.103980>

# Anexo 1

## DIGNITY and Danish Red Cross Screening Instrument for Torture

### Parte 1. Preguntas para el entrevistado

- |   |   |
|---|---|
| ¿Ha sido arrestado, detenido, encarcelado?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez ha sido sometido a una violencia severa, amenazas o tratos degradantes?                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha sido testigo de que otras personas hayan sido sometidas a una violencia severa o tratos degradantes (abusivos)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si la respuesta a las tres primeras preguntas es «No», el filtrado se cierra con la conclusión de que la persona entrevistada no ha sido sometido a torturas. Si la respuesta a una sola de esas preguntas es «Sí», se anima a la persona entrevistada a contar lo ocurrido:

¿Le importaría contarme lo que ocurrió?

Sugerencias de preguntas para el relato:

- a. ¿Qué le hicieron?
- b. ¿Quién fue la persona que lo/la expuso a eso?
- c. ¿Sabe por qué lo hicieron?

Estas preguntas deben servir como inspiración para guiar el relato de la persona entrevistada, y no es necesario que sean leídas. Además, la respuesta sirve de guía a la persona que hace la entrevista sobre si ha habido un trato inhumano o castigo. Si la persona entrevistada ha sido sometida a varios incidentes, se le pide que elija el que más le ha afectado. Después de la entrevista, el/la entrevistador/a cumplimenta la Parte 2 del formulario donde se codifican los criterios de tortura.

### Parte 2 Codificación de los criterios de tortura

Debe cumplimentarla el/la entrevistador/a, basándose en la declaración de los hechos que haga la persona entrevistada.

- |  |   |
|--|---|
| ¿La persona ha sido expuesta a un dolor o sufrimiento severos, física o mentalmente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se hizo intencionadamente?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Este acto tenía algún objetivo?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿La persona que instigó o cometió el acto era un funcionario público?                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

## Conclusión

Resultado de la codificación	Resultado del filtrado
S S S S	La persona entrevistada probablemente ha sido sometida a torturas.
S N N S	La persona entrevistada probablemente ha sido sometida a malos tratos.
Cualquier otra combinación	La persona entrevistada probablemente ha sido sometida a otras formas de trauma.

### The Refugee Trauma History Checklist (Sigvardsson et al., 2017)

Las preguntas de esta sección se refieren a experiencias difíciles y aterradoras, y pueden despertar recuerdos angustiosos. Es importante que responda a estas preguntas. Sin embargo, si consideran que son demasiado angustiosas, haga una pausa o sáltese esta sección.

Antes de abandonar su hogar, ¿experimentó cualquiera de las siguientes situaciones o eventos?

Guerra cerca de usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Separación forzosa de familia o amigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida o desaparición de uno o varios miembros de su familia o seres queridos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Violencia física o agresiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ser testigo de violencia física o agresiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tortura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Violencia sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra(s) situación o situaciones que le diera(n) miedo en la(s) que sintiera que su vida corría peligro.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### The Single General Trauma Item (SGTI)

En ocasiones, a las personas les ocurren cosas que podrían alterar o asustar a cualquiera. Ejemplos de tales experiencias difíciles y aterradoras son: ser víctimas de un asalto o ser testigos de que se daña o asesina a otras personas. ¿Ha experimentado uno o varios de estos u otros eventos aterradoros?

### Torture and Trauma Screening Interview (Hexom et al., 2012)

1. ¿Recibió alguna vez amenazas o sufrió daños de la mano de grupos como el gobierno, la policía, el ejército o soldados rebeldes?
2. Algunas personas en su situación han sufrido torturas. ¿Le ha ocurrido esto a usted o a su familia?

Las personas que respondieron afirmativamente a una de las dos preguntas pasaron a una breve entrevista adicional.

1. ¿Quién le infligió las torturas?
2. ¿Qué es lo que describe mejor lo que le ha ocurrido?
3. ¿Por qué fue sometido a torturas?
4. ¿Ha abandonado su hogar o su país a resultas de haber sufrido torturas?
5. ¿Tiene alguna discapacidad física resultado de las torturas sufridas?
6. ¿Tiene algún recuerdo intrusivo o angustioso y recurrente resultado de las torturas sufridas?
7. ¿Algún médico le ha preguntado alguna vez si ha sufrido torturas?
8. ¿Ha solicitado alguna vez asilo político?