



V. ANEXO 48

DIRECCIÓN GENERAL DE QUEJAS Y ORIENTACIÓN DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

INFORME DE IMPACTOS BIOPSIICOSOCIALES Y REPARACIÓN DEL DAÑO EN VÍCTIMAS DE TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

PRESENTACIÓN

En respuesta a la solicitud hecha por parte de la Lic. Alma Liliana Mata Noguez, Cuarta Visitadora General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, con sede en la ciudad de México, para realizar un Informe sobre los impactos biopsicosociales detectados en víctimas de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, por parte de personal adscrito a la Procuraduría General de Justicia ambas del Distrito Federal, Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal y a la Subsecretaría del Sistema Penitenciario del Distrito Federal. Esta Dirección de Atención Psicosocial (DAP)¹, adscrita a la Dirección General de Quejas y Orientación, elaboró el presente documento para los fines correspondientes a la documentación del Proyecto de Recomendación que se emitirá respecto de 47 expedientes de queja. La DAP, está integrada por un equipo multidisciplinario con amplia formación y experiencia en la documentación de impactos biopsicosociales y atención a víctimas de violaciones a derechos humanos; así como en la documentación de probables hechos de tortura mediante el Protocolo de Estambul. Las personas que la integran y que participaron en la elaboración de Informe son: Mtra. Mariana Castilla Calderas, Lic. Roland T. Martínez Flores, Lic. Froylán González Álvarez, Lic. María de Lourdes Ortiz Vergara, Lic. Noemí Pineda Fierro, Lic. Luis Raúl Gallegos Rubí, Med. Especialista Emmanuel Santos Narvárez y Lic. Laura Martínez Saavedra.

INTRODUCCIÓN

La tortura, en todas sus modalidades, incluyendo su caracterización como delito *de lesa humanidad* cuando ocurre de manera sistemática, conlleva, además del dolor físico, la desaparición o la muerte de personas, grave afectación a la subjetividad de las víctimas directas y sus familiares, la destrucción de las creencias básicas, la intimidación de las personas y las comunidades, y la ruptura del Estado de Derecho como pacto para la convivencia social. En este sentido es que se ha señalado que la tortura es "un tormento infligido por una autoridad pública con fines ostensiblemente públicos" (Peters, 1987: 15) en donde lo público se refiere a la posición del sujeto (victimario y víctima) en un campo compartido con otros, en el cual tiene una función de "actor" y cuyas acciones se "representan" ante la mirada de los otros actores. De esta manera la tortura no es producto de un

¹ En la primera fase de documentación se contó con la colaboración de la Mtra. Raquel María Ramírez Villegas.

desorden de la personalidad o de un primitivismo residual o esencial del ser humano, sino que se trata de un aspecto de la vida pública que no se restringe al procedimiento judicial penal formal sino que puede aparecer en todos los ámbitos de la autoridad estatal. Ante un hecho de esta naturaleza es importante considerar la dimensión subjetiva de la víctima, pues ella puede determinar con mayor precisión qué acción o acciones restituyen su situación humana violentada, las cuales es necesario considerar si se parte del principio de que la reparación del daño busca una restitución integral de la persona, de sus comunidades de referencia y de la sociedad de pertenencia.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo principal del Informe es realizar, desde un enfoque biopsicosocial, la documentación de los impactos psicosociales y daños físicos producidos por los actos de tortura contenidos en la recomendación 14/2014 emitida por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; a partir del cual se propongan elementos de reparación integral y estándares mínimos con los que debe contar el tratamiento médico y psicológico de las víctimas — directas e indirectas—de tortura, aportando al proyecto de recomendación una visión interdisciplinaria, que genere conocimiento respecto a los impactos a través de la interacción de distintos saberes.

OBJETIVOS

Los objetivos que se plantean en el presente Informe son los siguientes:

1. Identificar y documentar los impactos biopsicosociales que, en su caso, presenten las víctimas de tortura.
2. Establecer consistencia y/o correlación entre estos impactos con la narración de hechos de Tortura.
3. Generar elementos que sirvan de apoyo para determinar una reparación integral del daño para las víctimas.

MARCO CONTEXTUAL

La tortura ha acompañado a la humanidad a lo largo de su historia, conociéndose su presencia en muchas civilizaciones antiguas (Jacobsen y Smidt-Nielsen, 1997). En el siglo III Ulpiano, jurista romano, señala que:

Por quaestio (tortura) hemos de entender el tormento y sufrimiento del cuerpo para obtener la verdad. Ni el interrogatorio en sí mismo ni el temor ligeramente inducido se relacionan en verdad con este edicto. Por lo tanto, puesto que la quaestio debe ser entendida como violencia o tormento, estas son las cosas que determinan su significado (Peters, 1987: 12)

Así, mientras la palabra que se usaba para designar a la tortura en Roma (*quaestio*) aludía al proceso de investigación en el procedimiento penal romano, *tormentum* se utilizaba para designar las penas o castigos derivados de dicho procedimiento. En Grecia el término que se utilizaba para designar a la tortura era *basanos*, esta palabra implicaba, como en el caso romano, un tipo de indagación cuyo resultado podía servir como prueba en un procedimiento legal más amplio. Es en la época moderna cuando este fenómeno comienza a analizarse y visibilizarse como un acto que viola los derechos humanos y vulnera gravemente la dignidad de las personas.

Para el presente Informe las definiciones de tortura que se retomarán son de la Convención de la ONU contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Cruels, Inhumanos y Degradantes y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (**Cuadro 1**). De estas dos definiciones es relevante señalar que ambas coinciden en que la tortura es un acto realizado *intencionalmente*, el cual produce a una persona sufrimiento físico o mental y se excluyen de la definición de tortura a las penas o sufrimientos físicos o mentales que sean consecuencia de sanciones legítimas o inherentes o incidentales a estas. En lo que divergen las definiciones es en tres aspectos principales: a) intensidad del sufrimiento (*grave* según la definición de la Convención de la ONU), b) agente del acto y c) fines de la tortura.

Definiciones de tortura.

Convención de la ONU contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes	Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura
<i>Se entenderá por el término tortura todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.</i>	<i>Se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica. No estarán comprendidos en el concepto de tortura las penas o sufrimientos físicos o mentales que sean únicamente consecuencia de medidas legales o inherentes a éstas, siempre que no incluyan la realización de los actos o la aplicación de los métodos a que se refiere el presente artículo. Serán responsables del delito de tortura: a) los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan y b) las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.</i>

En el caso de México, si bien desde 1986 se establecieron compromisos a nivel internacional para prevenir y sancionar actos de tortura, ésta sigue siendo una práctica sistemática. Tan solo en Marzo de 2014 el gobierno mexicano se comprometió a aplicar las recomendaciones formuladas por el Consejo de Derechos Humanos para Combatir la Tortura. Sin embargo, en las diferentes visitas que ha realizado el relator especial de la ONU sobre la cuestión de la tortura se han señalado diversas inconsistencias tanto en la normatividad nacional vigente como en la aplicación de la misma, al punto que según el reporte sobre la Tortura y otros malos tratos en México publicado este año (2014) por la organización Amnistía Internacional, se señala que los informes por

tortura y otros malos tratos aumentaron a partir de 2006, existiendo un incremento de 600 por ciento más denuncias por tortura en 2013 con respecto al 2003, según cifras de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (AI, 2014).

En diciembre de 2012 el Comité de la ONU Contra la Tortura señaló un incremento del uso de la tortura durante interrogatorios de personas "sometidas a una detención arbitraria por efectivos de las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad del Estado". Esto ha tenido un impacto considerable en el imaginario colectivo de la población, como lo señala una encuesta realizada por Amnistía Internacional sobre actitudes hacia la tortura, que señala que el 64% de los mexicanos y mexicanas encuestados declararon tener miedo a sufrir tortura en caso de ser puestos bajo custodia, solo por debajo de Brasil (80 por ciento) y por arriba de Turquía y Pakistán. En contraste solo el 29 por ciento se mostró de acuerdo en que la tortura sea a veces necesaria y aceptable para obtener información que pueda proteger a la población (AI,2010).

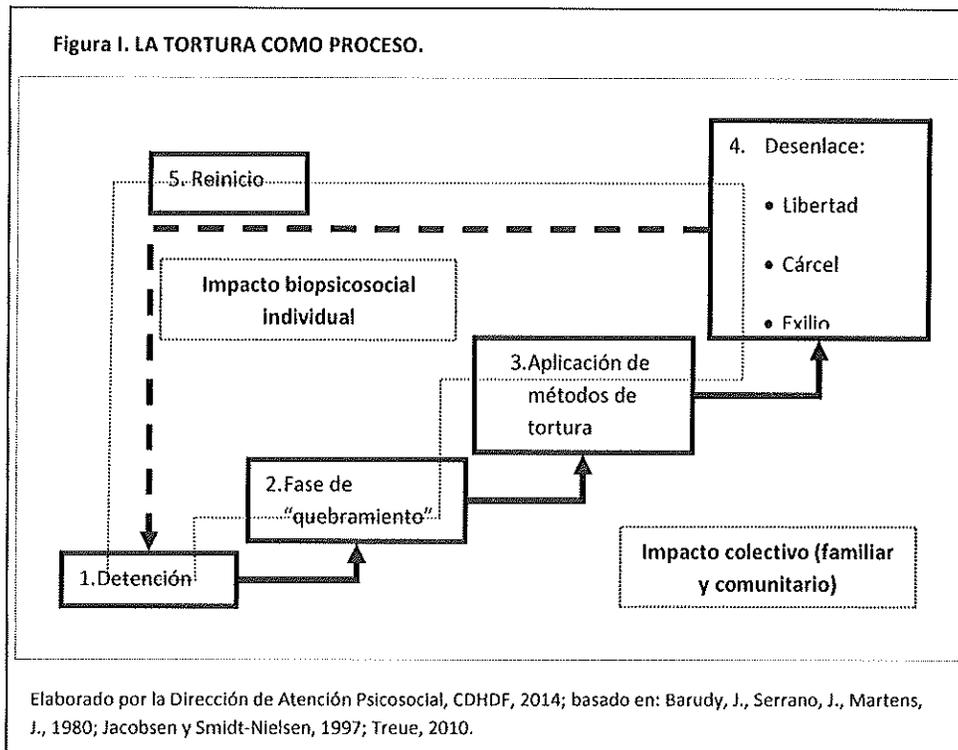
Con el fin de hacer un adecuado análisis de la información obtenida en el proceso de investigación de hechos y daños biopsicosociales de las víctimas de probables hechos de tortura documentados por la Dirección de Atención Psicosocial, se considerarán una serie de categorías obtenidos del reporte *Fuera de control: tortura y otros malos tratos en México*, publicado por Amnistía Internacional en septiembre de 2014 y son los siguientes:

1. Perfil de la víctima.
2. La finalidad de la tortura.
3. Métodos de tortura.
4. Tortura sexual y violencia contra las mujeres.
5. Consecuencias de la tortura.
6. Exámenes médicos y psicológicos.
7. Impacto a la familia.
8. Denuncia de la tortura.
9. Juicio mediático.
10. Impunidad.
11. Reparación del daño.

a) Particularidades de la tortura como proceso.

Dado que la tortura es una práctica común en los Estados y sin embargo está prohibida por diferentes Convenciones y Tratados internacionales, su ejercicio requiere crear toda una estructura institucional paralela y diversas prácticas que la facilitan y que alientan su uso. En este sentido, la tortura como proceso requiere de dos elementos: rapidez (dado que la tortura es una carrera contra el tiempo) y secrecía (que la tortura sea realizada fuera de las vista del público y deje la menor de las huellas físicas o pruebas de que se ha realizado). Ya en la definición de la *quaestio* romana se deja ver que la palabra tortura implica todo un procedimiento, no solo una práctica por sí misma. Por ello se propone entender a la tortura como un proceso dinámico que inicia con la detención y sigue una serie de pasos más o menos regulares, los cuales incorporan una serie de hechos traumáticos en sí mismos, y que termina con la libertad, la prisión o la muerte de la víctima (**Figura I**). A continuación se describen brevemente cada una de estas fases y sus objetivos (Jacobsen y Smidt-Nielsen, 1997):

1. **Detención:** La detención puede ser realizada en la calle o en la casa de la persona, tiene un carácter premeditadamente caótico y produce angustia en los testigos y en la víctima directa. Una vez detenida la persona es introducida en un automóvil y es trasladada a un edificio para continuar con la siguiente fase. Usualmente el traslado se realiza mientras la persona está imposibilitada para ver y se le desorienta para que no pueda saber a dónde se dirige. Normalmente en esta fase se dan amenazas y vejaciones de diversa índole, las primeras se dirigen hacia la integridad física de la persona o hacia sus familiares.
2. **Quebrantamiento:** también descrita como fase de "ablandamiento", consiste en buscar el agotamiento de la víctima mediante la aplicación de métodos de tortura "inespecíficos". Pueden recibirse golpes, se restringe la alimentación, no se permite lavarse ni tener accesos a servicios sanitarios, no se permite dormir y se realizan diversas formas de humillación. Se genera en las víctimas una sensación de profundo desamparo y emociones encontradas de exasperación y represión de la misma. En esta fase pueden darse las primeras exploraciones en torno a los puntos débiles de la persona para dirigir los métodos de tortura a los aspectos más sensibles (físicos o psicológicos). En este proceso suelen participar médicos, psicólogos o psiquiatras.
3. **Aplicación de métodos de tortura:** implican la aplicación de lo que se han llamado métodos selectivos o específicos. En el caso de la tortura física esta es planificada a partir de una evaluación global del sujeto, es metódica, no deja huellas físicas visibles y el riesgo de mortalidad es menor. En el caso de la tortura psicológica, la aplicación es evaluada y perfeccionada a partir de la experimentación dirigida y puede consistir en privación sensorial, alteración del ritmo de sueño, técnicas de condicionamiento, hipnosis, empleo de drogas, simulacros de ejecución y empleo de rehenes. Es en esta fase donde se pretende poner en juego la obtención del objetivo particular de los torturadores: una confesión, la autoinculpación del sujeto, señalar expresamente que se trata de un castigo y los motivos del mismo, la delación de otras personas, etc. Se busca generar en el torturado un sentimiento de indefensión extrema y el miedo a ser destruido, por ello la tortura se enfoca en los órganos corporales y los sistemas de significación más importantes. El patrón más común seguido en esta fase es el desarrollo de "sesiones" seguidas de periodos de "descanso" que sirven para enfrentar al torturado con sus emociones y creando un estado de permanente angustia en las víctimas.
4. **Desenlace:** una vez que se han cumplido los objetivos de los torturadores, o se haya provocado la muerte del torturado, los desenlaces posibles son la libertad, la cárcel, el exilio o la desaparición forzada (que es considerada una forma permanente de tortura). Es en este momento cuando la víctima, en caso de haber sobrevivido, se puede poner a disposición del sistema judicial para su procesamiento "conforme a derecho" o se le deja en libertad bajo amenazas. Este momento es clave en el proceso de documentación de la tortura pues es cuando se pueden recabar las pruebas con la mayor fidelidad.
5. **Reinicio:** sin embargo el proceso no concluye ahí, siempre existe la posibilidad de que el sobreviviente sea de nuevo detenido y así se inicie un nuevo ciclo de este proceso.



b) La tortura como evento traumático

Ahora bien, ser sometido a este proceso implica enfrentarse a una experiencia paradigmática de una "situación extrema" caracterizada por inevitabilidad, duración incierta, imprevisibilidad, peligrosidad permanente e impotencia total ante ella, todo lo cual contribuye a que la tortura sea considerada una experiencia traumática por sí misma en la que se experimentan los eventos como una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto. Una característica esencial del hecho traumático, que va a influir en las secuelas psicosociales derivadas del mismo es su carácter inenarrable, incontable y, por lo tanto, incomprendible para los demás. Un trauma de esta naturaleza implica el quiebre de una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y control sobre la propia vida, de la confianza en los otros, la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo y tiene su impacto mayor en el cuestionamiento de los esquemas del yo y del yo frente al mundo. De tal manera que el evento

traumático se asocia a una marca indeleble, que, conscientemente o no, asume la irreversibilidad del daño y deriva en una sensación de alienación respecto a quienes no lo han vivido (Martín-Beristain, 1999; Ginsberg, 2007; Souza, 2009; Pérez-Sales, 2004).

De ello deriva que la víctima directa desarrolle una traumatización grave de la cual se derivará una constelación específica de impactos biopsicosociales, al mismo tiempo que la familia o su comunidad de origen y pertenencia puede desarrollar un perfil de daños colectivos derivada del haber sido testigo de algunos de estos hechos, del proceso de enfrentarse con el sistema legal y judicial en el proceso de atención a la víctima primaria o derivada de las consecuencias que en la dinámica familiar y comunitaria se derivan de la detención y el desenlace resultante de los hechos de tortura. Un aspecto que nos interesa documentar en el presente Informe, es si los efectos de la tortura pueden extenderse más allá del momento en que tiene lugar el evento en sí. Pues las consecuencias del trauma inicial pueden agravarse por condiciones posteriores, lo que implica que el daño puede hacerse aún mayor tanto para la víctima primaria como para las secundarias o potenciales.

Por lo anterior, consideramos importante documentar los impactos biopsicosociales de la tortura en relación a las consecuencias que genera y la posible violación de otros derechos, sustentados en los principios de Interdependencia e indivisibilidad de los mismos, así como en la perspectiva teórica propuesta para el análisis que se expone en el siguiente apartado, dando sustento al argumento de considerar la tortura como un trauma psicosocial que genera impactos en distinto niveles de explicación y ámbitos de la persona.

MARCO TEÓRICO

a) Modelo interpretativo

La complejidad del fenómeno de la tortura implica que su abordaje desde las perspectivas biomédica o psicologicista, con enfoques individuales que ven al trauma como daño y explican los síntomas desde la perspectiva de las "enfermedades" y los "trastornos", no permiten explicar y comprender el fenómeno en todas sus aristas, lo que a su vez impide comprender adecuadamente los alcances de una experiencia traumática de naturaleza político-social en la que el daño abarca desde el individuo hasta a la sociedad en la que éste se encuentra inmerso y por consiguiente los diferentes tipos de intervención que requiere (Martín Beristain, 1999).

Si bien en los casos de tortura, al verse afectada la dimensión corporal de las víctimas, los peritajes médicos y psicológicos son útiles para evaluar el daño individual sufrido a causa de los hechos, así como la relación causal entre estos y el relato acerca del trato recibido, una valoración integral desde la perspectiva psicosocial debe incluir el análisis de las historias clínicas, individuales y familiares, entre otras, recogidas desde el momento de los hechos pues se analizan el evento en relación con las condiciones específicas de la persona que padece dichos sufrimientos, entre ellos, la edad, el sexo, el estado de salud, entre otras circunstancias personales, atendiendo a los criterios establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Desde este enfoque se concibe a la persona víctima de la tortura en su unidad biopsicosocial para evitar la mutilación del análisis sobre el impacto global que la tortura produce en el individuo y su entorno, y evitar el riesgo de

ofrecer una propuesta de acción restrictiva o reduccionista, de tal forma que construir el perfil de daño psicosocial implica un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones personales se organizan de distintos modos de acuerdo a la ubicación de las personas dentro de la estructura social, y como esta determina un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas respecto a la experiencia traumática. Al ampliar el marco de referencia a bio-psicosocial queremos subrayar que los daños infligidos a la víctima de un proceso como la tortura incluye la dimensión somática. Por ello se propone como forma de abordaje general el establecer con claridad los niveles de determinación social del proceso de la tortura y de los daños derivados de la misma, y el uso de las disciplinas más adecuadas para interpretar los fenómenos desde diversas perspectivas (Ginsberg, 2007; Martín Bersitain, 2011; Gómez Dupuis, 2009; Madariaga, 2000).

b) Propuesta teórica aplicada al análisis del trauma por tortura.

El planteamiento central de la perspectiva psicosocial considera que el trauma que vive una persona tras sufrir un hecho violento no tiene un origen individual, sino que es resultado de condiciones sociales que a su vez desencadenan una serie de consecuencias que impactan en la esfera psicosocial de la persona por violaciones a sus derechos humanos, por lo tanto, se realiza una revisión y valoración del contexto en el que ocurren los hechos referidos por las familias. A diferencia del enfoque psicológico que se refiere más directamente a los pensamientos, sentimientos y percepciones individuales en una persona concreta, el término psicosocial hace referencia a la interrelación de diferentes elementos y las esferas individual, familiar, grupal y social que rodean al ser humano. De tal manera que la perspectiva psicosocial en la investigación sobre la vulneración a los derechos humanos trata de ayudar a entender los comportamientos, emociones y pensamientos de las personas y los grupos sin aislarlos del contexto social y cultural.

De acuerdo a Martín-Beristain, los objetivos de la intervención psicosocial son los siguientes:

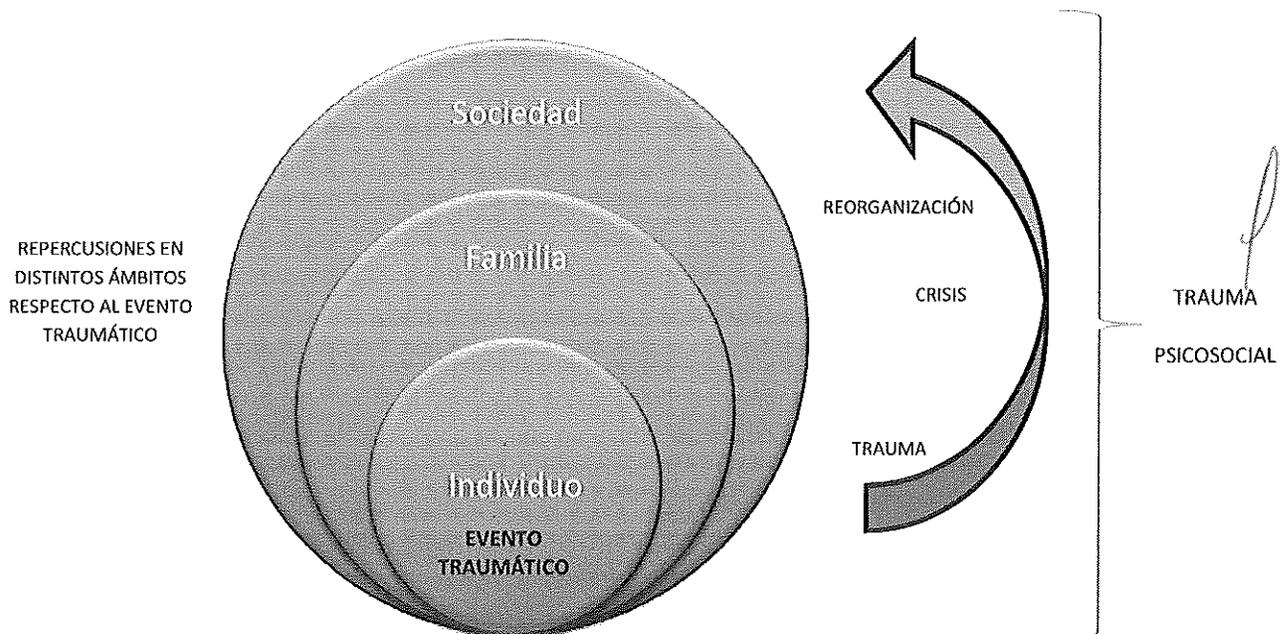
1. Identificar los impactos o consecuencias de las violaciones a los derechos humanos.
2. Establecer el nexo de relación causal de estos hallazgos con los hechos señalados.
3. Valorar los impactos en su contexto.
4. Facilitar elementos para la reparación.

Sin embargo, el mismo autor señala que uno de los problemas más importantes a prevenir en los peritajes y documentaciones de impactos psicosociales es la falta de especificidad de los mismos, lo que los torna genéricos y poco precisos. Por ello propone que los aspectos básicos que deben considerar los peritajes médicos, psicosociales o antropológicos son tres:

- a) Valoración del hecho: valoración de las consecuencias mostrando relación causal y evidencias de otros factores. El nivel de impacto ayuda a valorar la gravedad de la violación.
- b) Valoración del daño: consecuencias ligadas a las violaciones desde los hechos a la actualidad.
- c) Valoración de la reparación: valoración de las consecuencias actuales y necesidad y características de la reparación (rehabilitación, satisfacción y restitución).

A continuación se representa de manera gráfica (**Figura II**) la propuesta de análisis biopsicosocial para violaciones graves a derechos humanos como es la tortura, en la que se ubica al individuo en relación al contexto social en que se desarrolla; de lo cual se deriva que, si bien, el evento traumático, en un inicio impacta directamente en el individuo, al estar en relación con un contexto, los impactos se dirigen también a éste, generándose repercusiones recíprocas respecto al trauma y a los mecanismos de afrontamiento con los que se cuenta en los distintos ámbitos (individual, social y familiar).

Figura II. IMPACTO BIOPSICOSOCIAL



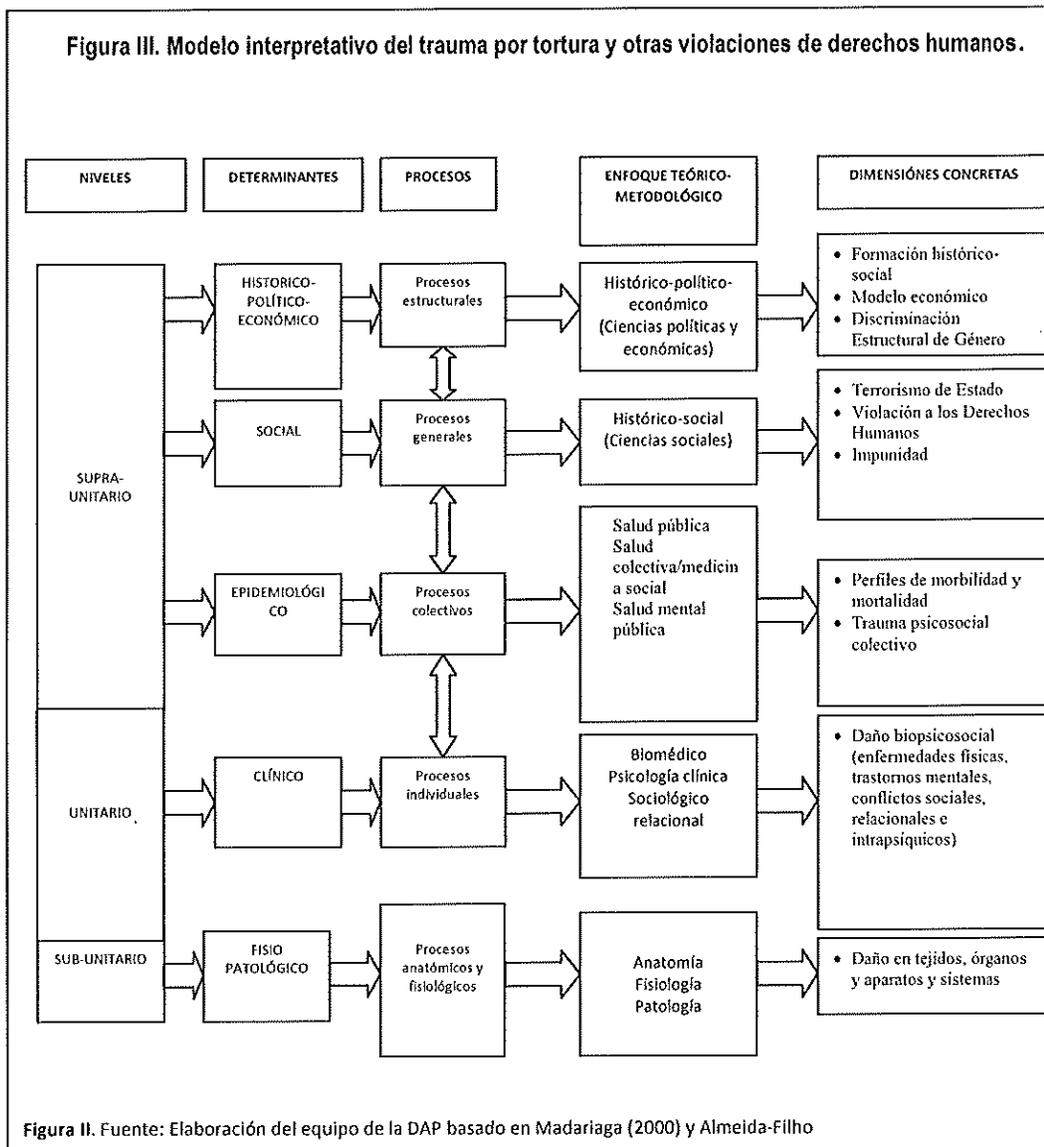
Elaborado por la Dirección de Atención Psicosocial, CDHDF, 2014; basado en: Martin Beristain, 1999 y Madariaga, 2000.

Ahora bien, para ampliar el rango analítico de la mirada psicosocial y abonar a la necesidad de mayor rigor metodológico requerido para las valoraciones de impacto biopsicosocial, proponemos retomar la propuesta de la medicina social y la salud colectiva para el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención. En particular para el caso de violaciones graves a derechos humanos relacionadas con actos de tortura Madariaga (2000) propone que los disturbios psicológicos derivados de la tortura y otras violaciones graves a los derechos humanos poseen una especificidad derivada del contexto histórico-social en que se desarrollan, lo que hace que tengan una cualidad esencialmente diferente a lo encontrado en la práctica médica y psicológica general. En este caso el origen de las "perturbaciones" al psiquismo individual no nace de procesos mentales "interiores" ni de conflictos intersubjetivos inmediatos, sino que refleja acontecimientos político-sociales que se desarrollan fuera de la esfera del individuo y que están determinados por la dinámica de los

conflictos entre clases y grupos de la sociedad, de manera que los conflictos intra psíquicos derivados de la tortura, así como los conflictos en las relaciones interpersonales al interior de sus variadas redes de pertenencia, pueden considerarse como el espacio de representación de este otro conflicto supraunitario, dando al trauma individual derivado de estas acciones una singularidad que lo hace inigualable pues es el carácter político-social de estas formas de violencia lo que hace única la experiencia traumática de la tortura, la desaparición forzada, la ejecución extrajudicial, etc.

Por otra parte, el resultado, el daño psíquico o físico, es una síntesis entre aquello que lo determina en un nivel más general y las características del individuo (procesos individuales que comprometen su unidad biopsicosocial). Visto en el sujeto individual la traumatización resultante de la tortura será una manifestación única y diferente a cualquier otra hasta cierto grado, porque no hay dos personas que compartan exactamente las mismas características biológicas, psicológicas e historia de vida individual, sin embargo, en esta persona concreta es posible esbozar aquellos componentes más generales del trauma, comunes a otros sujetos que han compartido el mismo contexto histórico. Esto implica movimientos dialécticos entre cada nivel procesal y para ello es necesario tener claridad respecto al nivel de análisis a partir del cual se van a evaluar los impactos y cuáles son las herramientas disciplinarias más adecuadas para dar cuenta del hecho. Por ejemplo, mientras que para la evaluación de procesos individuales son las disciplinas clínicas las que mejor pueden dar cuenta de la realidad, para procesos colectivos tal vez sean disciplinas como la epidemiología las que permiten una aprehensión más certera de la misma a un nivel supraunitario (ver Figura III).

Además, este enfoque permite considerar que si el origen del trauma se encuentra ubicado en el contexto macrosocial como reflejo de condiciones objetivas de la formación económico-social, la persona torturada se puede posicionar como un sujeto-objeto de la violencia política, y su conducta reactiva a esta experiencia puede permitirle o bien potenciar la dominación de que es objeto (si reacciona con temor o apatía) o bien iniciar un proceso de resistencia a esa dominación (si resuelve integrarse activamente a un campo de acción contrahegemónico, o lo que algunos llaman, la "crecimiento posttraumático"). El evento traumático, a diferencia del carácter individualizado y unidireccional de que lo reviste el modelo biomédico y psicologista, pasa a ser causa y efecto en la dinámica del sujeto y a través de él, en tanto que ente socializado, en la dinámica social.

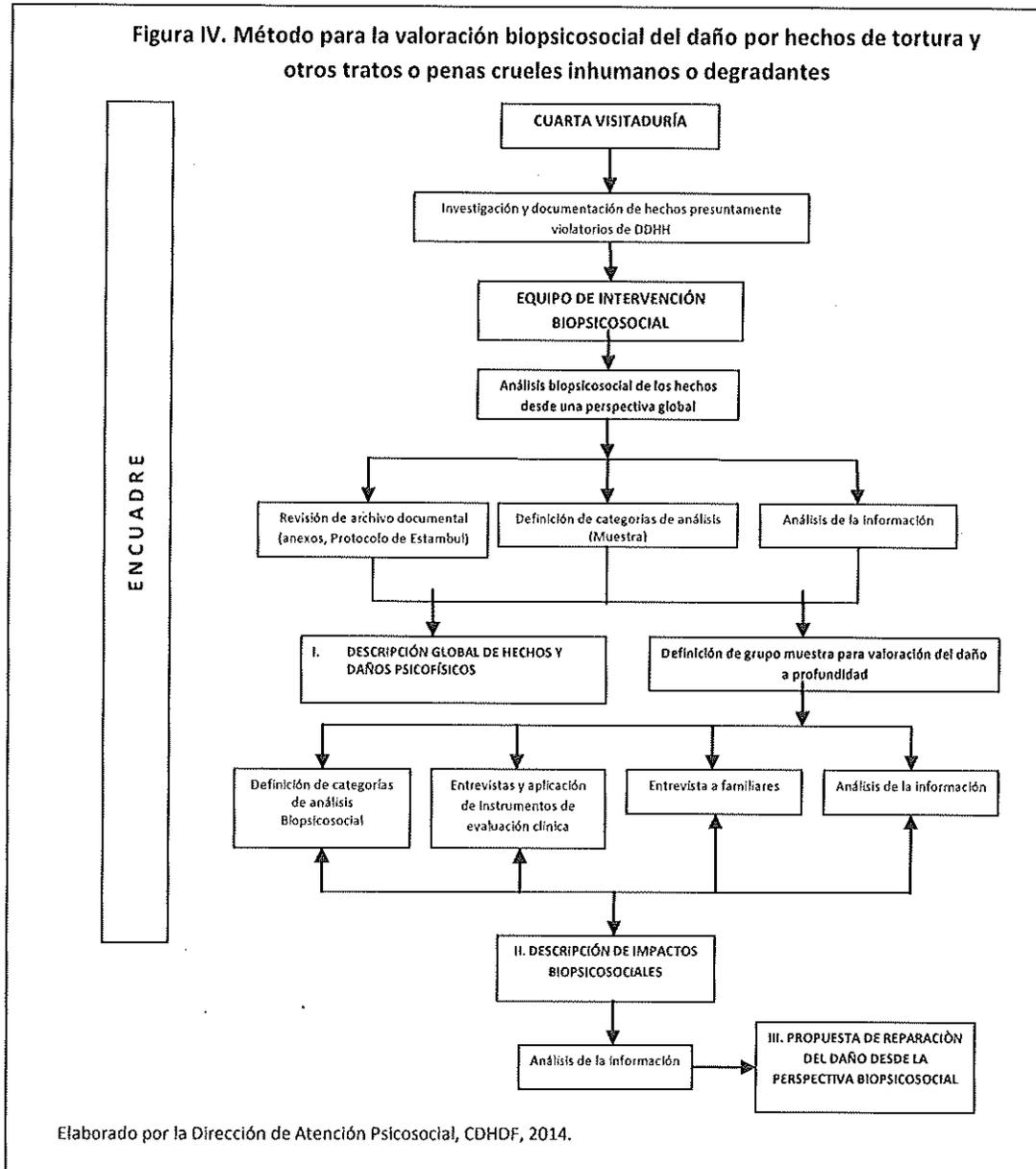


METODOLOGÍA

Siguiendo la propuesta teórica señalada anteriormente, en el presente informe se decidió ubicar el nivel de análisis de los impactos en el nivel unitario (procesos individuales) y en el nivel supraunitario (procesos colectivos). Para ello se usarán herramientas propias de disciplinas clínicas y epidemiológicas y de la salud colectiva, con el fin de dar cuenta de los hechos de tortura de manera global, en el grupo de agraviados y agraviadas incluidos en la Recomendación, y para evaluar de

manera individual el impactos biopsicosocial que la tortura y otros factores concomitantes han generado en estos y estas (Figura III).

Por ello, de acuerdo a los objetivos planteados en la valoración de impactos biopsicosociales y a la propuesta teórica realizada, se diseñó la metodología para valoración de impactos a víctimas directas e indirectas en 3 etapas principales (Figura IV):



Etapa 1. Análisis de hechos (47 casos).

En esta etapa se realizó el análisis documental de los anexos que forman parte del proyecto de Recomendación que emitirá la Cuarta Visitaduría con los siguientes objetivos:

Objetivo general: Identificar patrones de tortura y secuelas biopsicosociales documentadas en el Protocolo de Estambul realizado por la CDHDF.

Objetivo específicos:

- Determinar los métodos de tortura más frecuentes y *modus operandi* de las instituciones de seguridad pública y procuración de justicia (**Figura VI**).
- Determinar secuelas físicas y psicológicas con base al Protocolo de Estambul realizado.
- Identificar las características del proceso legal e investigación de la violación a Derechos Humanos a fin de determinar los casos en que existe impunidad.
- Determinar una muestra, no aleatoria, sino intencional, en función de una matriz de criterios para la inclusión y selección de casos, tomando en cuenta los tipos de violaciones a derechos humanos que se argumentan en el proyecto de recomendación:
 - I. Derecho a la integridad personal, en particular el derecho a no ser sometido a actos de tortura.
 - II. Derecho a la libertad personal, en particular el derecho a no ser detenido arbitrariamente y a ser presentado sin demora ante la autoridad que ordenó la localización y presentación.
 - III. Derecho al debido proceso, en particular en cuanto al derecho de contar con una defensa adecuada, el derecho de presunción de inocencia y el derecho de asistencia consular.
 - IV. Derecho de acceso a la justicia, derecho a que se investigue eficaz y oportunamente. Así como se repare el daño a las víctimas.
 - V. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.
 - VI. Derechos del niño, niña y adolescente frente a procesos de procuración de justicia.

Etapa 2. Documentación de impactos psicosociales (muestra).

Objetivo general: Identificar y describir el perfil de la víctima y las afectaciones biopsicosociales a víctimas directas e indirectas relacionadas con el acto de tortura y los procesos de reclusión e impunidad.

Objetivos específicos:

- Identificar perfil de las víctimas.
- Realizar entrevistas y aplicación de instrumentos de evaluación clínica médico psicológica identificando: lesiones físicas, daño psicológico, experiencias traumáticas, calidad de vida, síntomas de trastorno por estrés postraumático,



métodos de tortura y trastornos mentales y de comportamiento (Categorías de análisis, **Figura VI**), lo cual se realizó de la siguiente manera:

1. Establecer contacto con víctima, explicar intervención y obtener consentimiento informado.
 2. Realización de entrevista semiestructurada a víctimas directas e indirectas en base a la documentación del caso.
 3. Realización de entrevistas semiestructurada para detectar trastornos mentales y del comportamiento: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).
 4. Aplicación de escalas de evaluación clínica médico psicológica a víctimas directas: Cuestionario para Trauma de Harvard, Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF).
- Determinar impactos al proyecto de vida (impacto a distintos ámbitos de la persona).

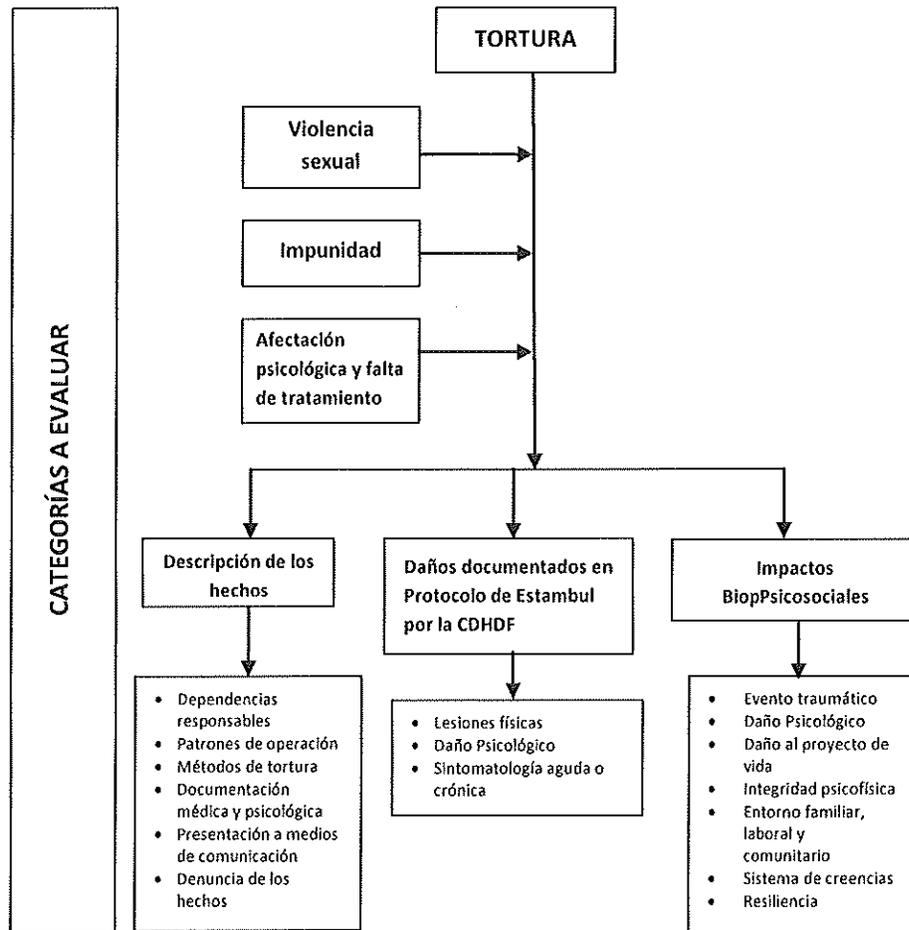
Etapa 3. Análisis de datos y propuesta de reparación del daño desde la perspectiva biopsicosocial (muestra).

Objetivo general: Realizar una propuesta sobre elementos que debe contemplar una reparación integral del daño y los estándares mínimos que debe tener un tratamiento psicológico a víctimas de tortura.

Objetivos específicos:

- Analizar los impactos biopsicosociales identificados en las víctimas directas e indirectas, en base al derecho violado documentado en la recomendación 14/2014.
- Facilitar elementos sobre las medidas de reparación integral para las víctimas indirectas y directas.

Figura V. Categorías de análisis para documentación de impactos biopsicosociales.

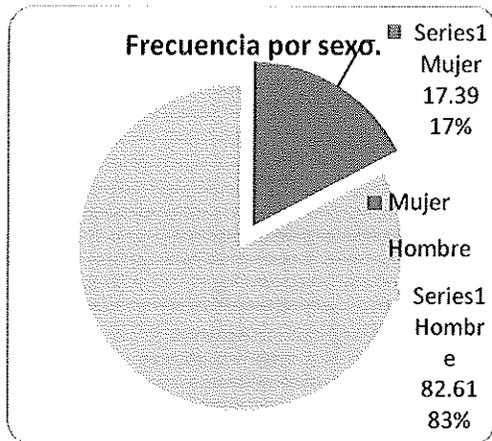


Elaborado por la Dirección de Atención Psicosocial, CDHDF, 2014.

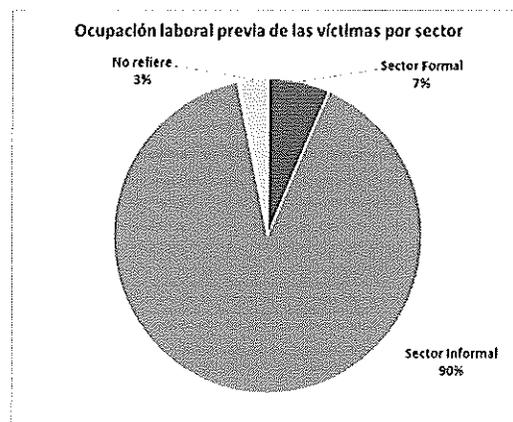
RESULTADOS²

a) PERFIL DE LA VÍCTIMA.

El 83% de las personas agraviadas incluidas en la Recomendación 14/2014 son hombres y 17% mujeres. La edad media fue de 35.48 años. Cuentan con nivel de escolaridad básica en su mayoría (61%) y sólo el 13% tiene estudios de licenciatura. Refirieron en su mayoría profesar la religión católica. La mayoría (67.74%) mantenía una relación de pareja, casados o en unión libre, al momento de la detención.



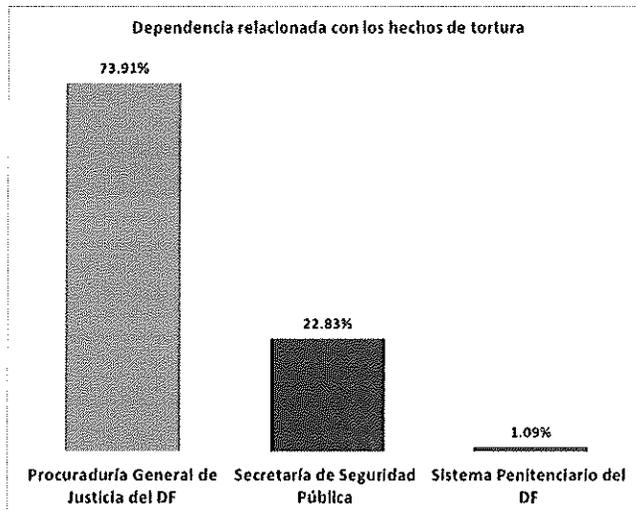
Respecto a la ocupación antes de los hechos, el 97% de las víctimas tenían una actividad laboral, es decir, representaban una fuente de ingresos para su familia; respecto al sector en que laboraban, casi en su totalidad (90%) trabajaba en el sector informal.



² Fuente de las Gráficas: Análisis de los 47 anexos del proyecto de Recomendación, aplicación de entrevistas semi-estructurada y escalas de evaluación clínica médico psicológica a víctimas directas: Cuestionario para Trauma de Harvard, Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF) a la muestra seleccionada.

b) RELATO DE HECHOS.

Las dependencias relacionadas con los hechos de tortura fueron la Procuraduría General de Justicia del DF (73.91%), la Secretaría de Seguridad Pública (22.83%) y el Sistema Penitenciario del DF (1.09%).

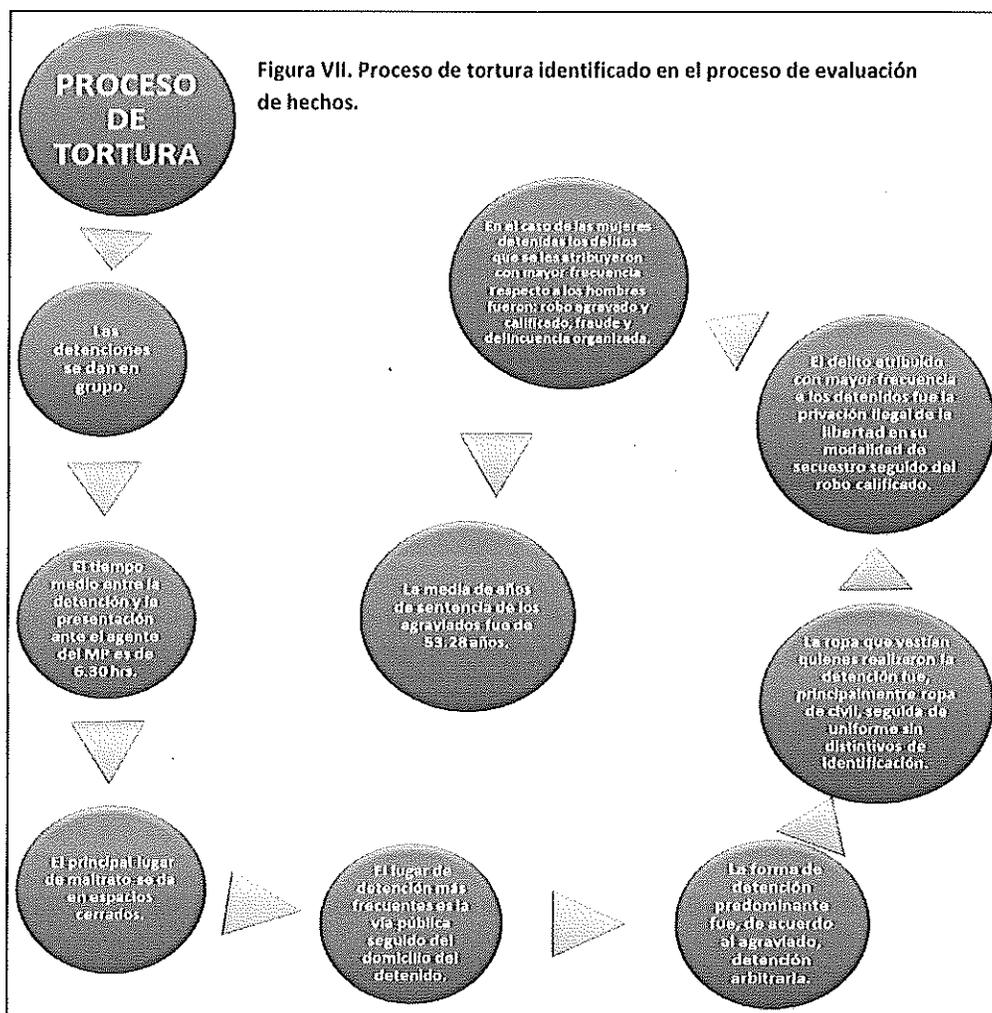


"No me permitieron leer los documentos, me tenían esposado en una silla con la mano así, me decían ¡firmalo!, me hicieron que firmara con la mano izquierda, me hicieron ver a mi papá para pedirme la firma, a mi papá le pegaban, él tenía los ojos vendados y estaba desnudo, mi temor era que mi padre porque padece asma, con todo lo que me habían hecho pensé que le daría una crisis asmática y podía morir" A- 85

Respecto al proceso de tortura se obtuvieron los siguientes resultados:

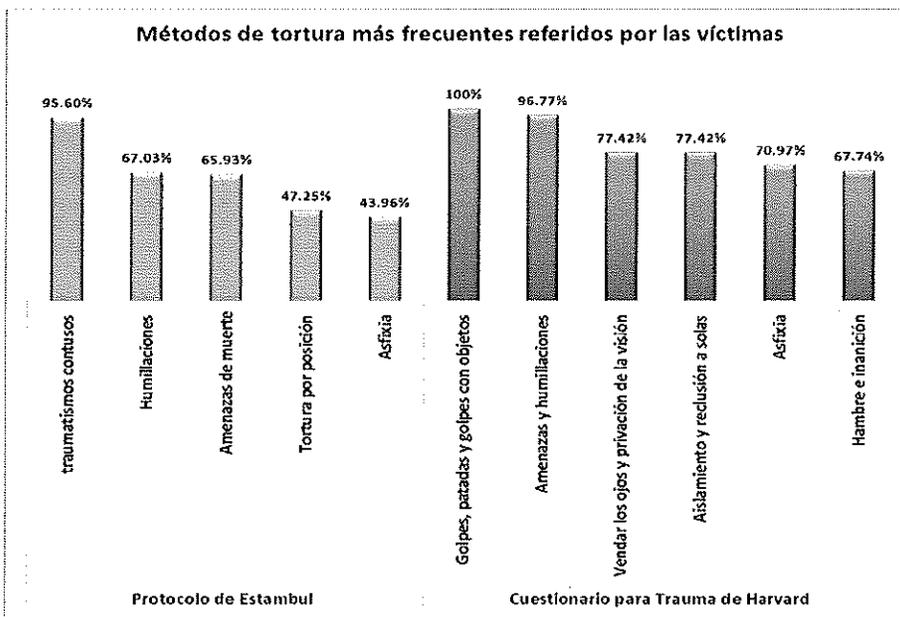
- Las detenciones documentadas se presentaron generalmente en grupo, siendo la media de detenidos 2 personas.
- El tiempo medio entre la detención y la presentación ante el agente del MP es de 6.30 hrs. Al analizar los tiempos de retención por tipo de dependencia se encontró que la media de retención cuando interviene la Policía Preventiva es de 3.9 horas, mientras que cuando la detención la realiza la Policía de Investigación la media de tiempo de retención es de 7.42 horas.
- En cuanto a los lugares de maltrato, son principalmente dos: vehículo automotor (77.17%) y un recinto cerrado institucional (89.13%). Estas dos prácticas se reportaron con mayor frecuencia cuando la detención la realizaba la Policía de Investigación.
- El lugar de detención más frecuentes es la vía pública (66%) seguido del domicilio del detenido (23%).
- La forma de detención predominante fue, de acuerdo a señalamientos la persona agraviada, detención arbitraria (96%).
- La ropa que vestían quienes realizaron la detención fue en un 50% ropa de civil, y el 27% uniforme sin distintivos de identificación.

- El delito atribuido con mayor frecuencia a los detenidos fue la privación ilegal de la libertad en su modalidad de secuestro (70.27%) seguido del robo calificado (21.62%).
- En el caso de las mujeres detenidas los delitos que se les atribuyeron con mayor frecuencia respecto a los hombres fueron: robo agravado y calificado, fraude y delincuencia organizada.
- La media de años de sentencia de los agraviados fue de 53.28 años. Cuando la detención la realizó policía de investigación la media de años de sentencia fue de 58.59 años, mientras que al ser la policía preventiva quien realiza la detención la media de años fue de 29.31%).
- De acuerdo a las entrevistas realizadas, la detención y eventos de tortura se vivió por las víctimas como un hecho que amenazó su integridad física y como un peligro real para su vida, como un evento traumático que generó una ruptura en la continuidad de la misma y la sensación de quedar atados a dicha experiencia.

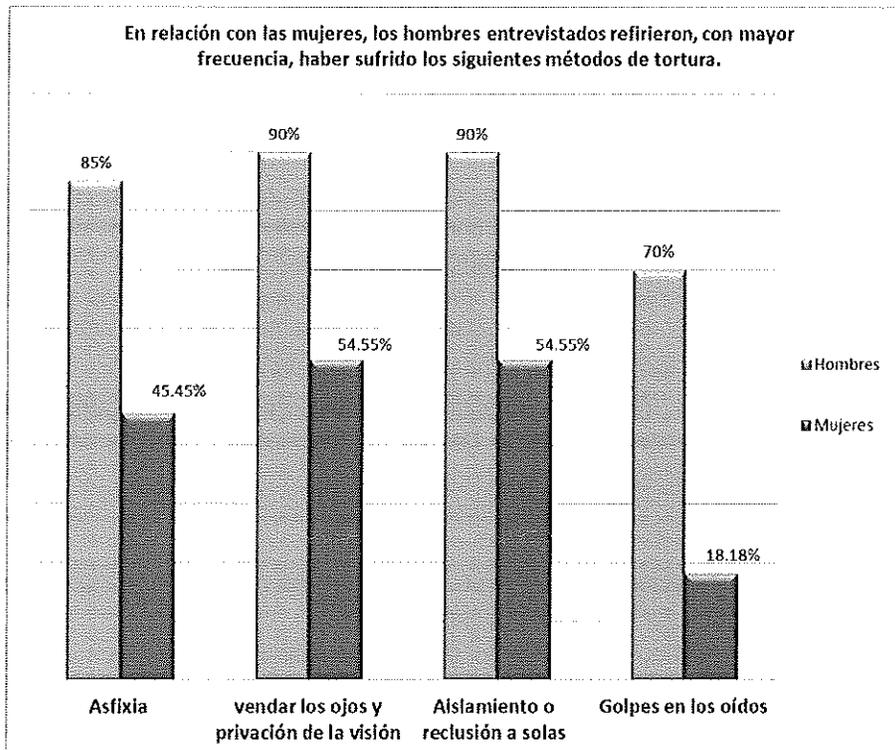


Respecto a los métodos de tortura documentados en el Protocolo de Estambul realizado por la CDHDF como parte de la investigación de los expedientes que integran la recomendación 14/2014 y en lo referido por las personas evaluadas de manera individual se encontraron los siguientes datos:

- Los métodos de tortura más frecuentes son los que dejan menos huellas físicas: traumatismos contusos, y se privilegian métodos como humillaciones, amenazas de muerte, tortura por posición y asfixia, vendar los ojos, aislamiento y hambre.
- Los métodos de tortura, documentados en el Protocolo de Estambul realizado por la CDHDF, más frecuentes fueron: traumatismos contusos (95.6%), humillaciones (67.03%), amenazas de muerte (65.93%), tortura por posición (47.25%), asfixia (43.96%).
- Los métodos de tortura más frecuentes referidos por las víctimas en respuesta al Cuestionario para Trauma de Harvard durante las entrevistas fueron: golpes, patadas y golpes con objetos (100%), amenazas y humillaciones (96.77%), vendar los ojos y privación de la visión (77.42%), aislamiento y reclusión a solas (77.42%), asfixia (70.97%) y hambre e inanición (67.74%).
- La asfixia (70.59%) y las humillaciones (88.24%) se reportaron con mayor frecuencia en los casos de agraviados detenidos por la policía preventiva.
- La violencia sexual como método de tortura se documentó, por la CDHDF, con mayor frecuencia en las mujeres comparado con los hombres (50% vs 12%, sig. 0.0003).
- En relación con las mujeres, los hombres entrevistados refirieron, con mayor frecuencia, haber sufrido los siguientes métodos de tortura: asfixia (85% vs 45.45%, sig. 0.02), vendar los ojos y privación de la visión 90% vs 54.55%, sig. 0.02), aislamiento o reclusión a solas (90% vs 54.55%, sig. 0.024) y golpes en los oídos (70% vs 18.18%, sig. 0.005).



"Me golpearon tan feo, le juro que con esa golpiza si hubiera sabido, yo hablo lo que no, porque ya estaba espantada, si en ese momento a mi me hubieran dicho: di que viste al mismo diablo-, lo mismo que digo". A-4



‘Una persona me sujetaba y me pegaban en el abdomen para que yo jalara aire, me ponían una bolsa en la cabeza y me daban toques en los testículos’ A-85

Analizando el relato de hechos contenido en los anexos de la recomendación 14/2014 en un 92% se detectó que el objetivo de la tortura fue obtener una confesión, relacionado con castigar a la persona por haber realizado un acto ilícito o sospechar de ello y con intimidarla y coaccionarla.

En cuanto a la documentación de secuelas físicas o psicológicas derivadas de la tortura por los servicios médicos de las dependencias de procuración de justicia se encontró que el promedio de valoraciones médicas en la Agencia del Ministerio Público fue de 4.1. En el 67% de las víctimas se reportaron lesiones físicas en el primer dictamen médico, las cuales consistieron en lesiones superficiales de la piel. En el 89% de los casos no se documentaron síntomas psicológicos en ninguna de las valoraciones médicas realizadas al detenido por los médicos de las dependencias de seguridad pública y procuración de justicia.

En cuanto a la denuncia de los hechos ante un Organismo Público de Derechos Humanos se encontró que en el 60.78% de los casos la queja por los hechos se presentó ante la CDHDF en los primeros 30 días posteriores a la detención.

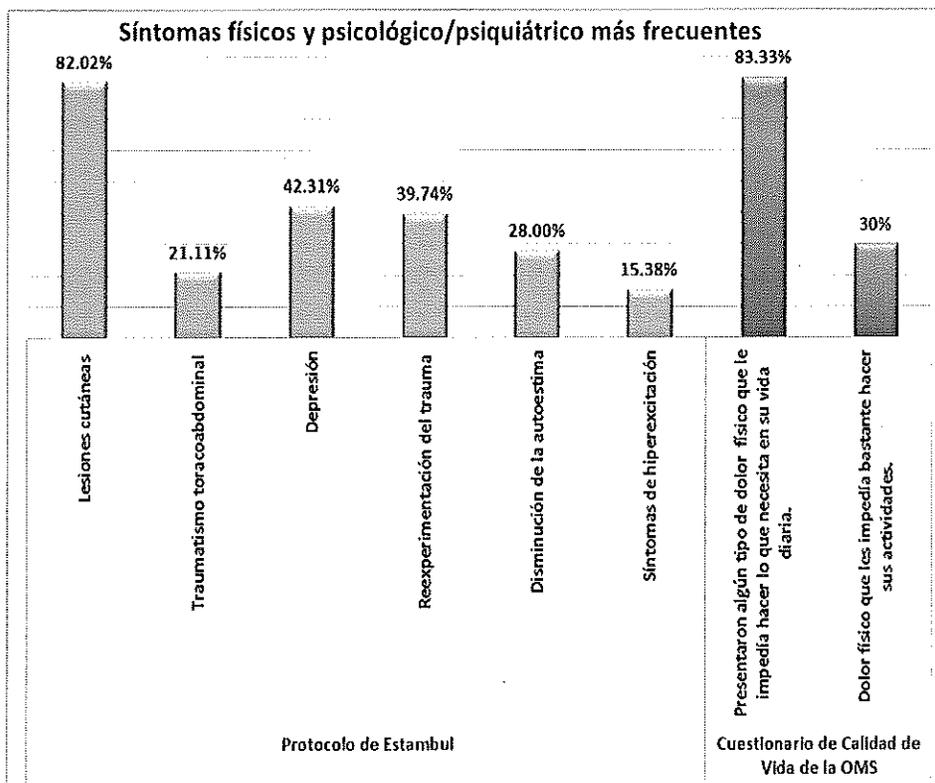
‘He olvidado quien era, porque mi mundo es este, no puedo pensar en el mundo de allá afuera, es triste y deprimente pensar quien era uno allá afuera, es un martirio, porque volvemos a lo mismo, a la impotencia, aquí tengo que agachar la cabeza. El carácter de uno tiene que ser sumiso y pasa a ser uno un animal y así lo tratan.’ A-5

c) IMPACTOS BIOPICOSOCIALES.

De acuerdo a la muestra seleccionada se acudió a realizar entrevistas semiestructuradas y aplicación de escalas de evaluación clínica a víctimas de tortura y familiares a fin de documentar afectaciones psicosociales a diversos ámbitos de la persona y de las víctimas indirectas. Los principales impactos documentados por las entrevistas realizadas se relacionan con las siguientes categorías:

1. Afectación a su integridad psicofísica

En cuanto a las lesiones físicas más frecuentes documentadas en los Protocolos de Estambul realizados por la CDHDF fueron las lesiones cutáneas (82.02%) seguidas de traumatismo toracoabdominal (21.11%). Al momento de las entrevistas individuales (2014) durante la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS se documentó que 83.33% de las personas entrevistadas presentaban algún tipo de dolor físico que le impidiera realizar sus actividades diarias, el 30% indicó que el dolor físico les impedía bastante hacer sus actividades. Durante las entrevistas realizadas se detectaron secuelas de intervenciones quirúrgicas derivadas de los hechos de tortura.

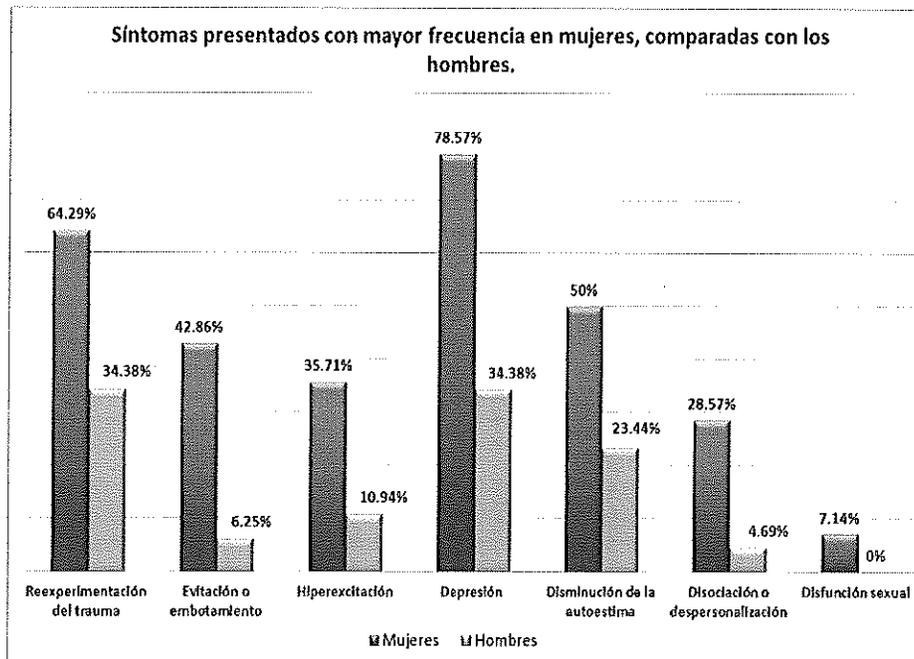


"Soñar que estás en la calle y sea otra vez lo mismo, todos los días sueño, me da miedo dormir, despierto y veo que fue un sueño y veo muy lejos a mi familia, ver como estoy perdiendo todo a través del tiempo, me siento solo." A 25

"Me veo mis piernas, me da depresión, la cicatriz quedó grande, con el frío me duele y siento sensible o no siento mi pierna." A-25

Respecto a los síntomas psicológicos y psiquiátricos más frecuentes presentados en las agraviadas y agraviados, los resultados más relevantes fueron:

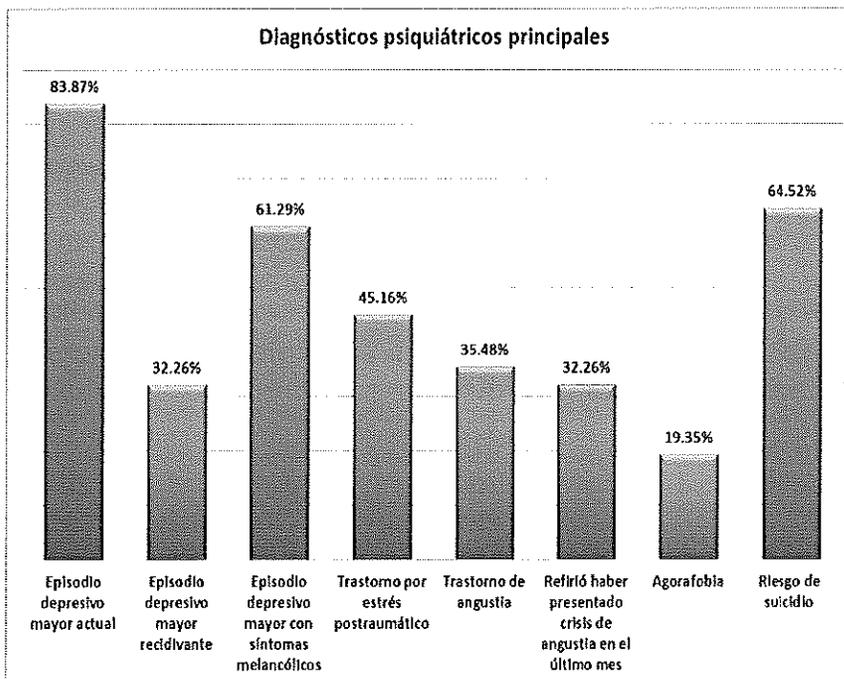
- En el Protocolo de Estambul realizado por la CDHDF fueron: depresión (42.31%), reexperimentación del trauma (39.74%), disminución de la autoestima (28%) y síntomas de hiperexcitación (15.38%).
- Basados en datos del dictamen psicológico del Protocolo de Estambul realizado por la CDHDF las mujeres, comparadas con los hombres, presentaron con mayor frecuencia síntomas de reexperimentación del trauma (64.29% vs 34.38%, sig. 0.04), evitación o embotamiento (42.86% vs 6.25%, sig. 0.0001), hiperexcitación (35.71% vs 10.94%, sig. 0.02), depresión (78.57% vs 34.38%, sig. 0.002), disminución de la autoestima (50% vs 23.44%, sig. 0.046), disociación o despersonalización (28.57% vs 4.69%, sig. 0.004) y disfunción sexual (7.14% vs 0%, sig. 0.03).
- Los síntomas de estrés postraumático que al momento de la valoración biopsicosocial presentaban mayor intensidad en la víctima (bastante o mucha, evaluada con el Cuestionario para Trauma de Harvard) fueron: los pensamientos o recuerdos recurrentes del evento, problemas de sueño y las reacciones físicas o emocionales súbitas cuando recuerda los eventos de la detención.
- Comparados por sexo, los hombres reportaron en promedio mayor intensidad en problemas de sueño (3.4 vs 2.73, sig. 0.35), mientras que las mujeres reportaron mayor intensidad en pérdida de interés en actividades diarias (2.73 vs 1.85, sig. 0.01), sentir que tiene menos habilidades que antes (2.73 vs 1.95, sig. 0.04) y sentirse agotada (3.55 vs 2.45, sig. 0.004).



Las principales categorías diagnósticas confirmadas en la muestra de víctimas mediante la realización de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, fueron los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. El principal trastorno del estado de ánimo documentado fue el episodio depresivo mayor actual (83.87%). El 32.26% de la muestra presentó un episodio depresivo mayor recidivante y el 61.29% de la muestra cumplió criterios diagnósticos del DSM-IV para episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos.

Una mención especial requiere el trastorno por estrés postraumático, el cual se diagnosticó en el 45.16% de la muestra de hombres y mujeres. La presencia de este trastorno (evaluado mediante el Cuestionario para Trauma de Harvard, considerando a quienes cumplieron criterios para considerarse sintomáticas de Trastorno por Estrés Postraumático) se correlacionó de manera negativa con la percepción de calidad de vida (sig. 0.02), la satisfacción con el estado de salud (sig. 0.003), el sentimiento de que su vida tiene sentido (sig. 0.04), la satisfacción consigo mismo (sig. 0.04) y la satisfacción con sus relaciones personales (0.03). La puntuación total y para criterios del DSM-IV de dicho cuestionario se correlacionó positivamente, de manera significativa, con el rubro de la frecuencia con que se presentan sentimientos negativos (tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión) del Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (sig. 0.0008).

El trastorno de angustia fue el tercer diagnóstico más frecuente documentado en la muestra con 35.48%. El 32.26% de la muestra refirió haber presentado crisis de angustia en el último mes, mientras que el 19.35% refirió presentar agorafobia. El 64.52% de la muestra reportó algún grado de riesgo de suicidio.



‘He pensado en quereme morir, casi todas las veces, pienso que no tiene sentido echarle ganas, siento que mi vida está perdida. He pensado de quereme ahorcar o cortarme las venas’ A 25

2. Acceso a servicios médicos.

En consonancia con estos resultados, el 64.52% de los agraviados y agraviadas reportó requerir algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria, mientras que el 19.35% del total de los entrevistados reportó requerir bastante o extremadamente algún tratamiento médico para funcionar diariamente. En contraste el 77.42% de las personas evaluadas reportó estar nada o poco satisfechas con su acceso a los servicios médicos, lo cual en la entrevista se expresó como la experiencia reiterada de tener síntomas físicos o psicológicos sin recibir atención médica oportuna.

3. *Afectación al sistema de creencias*

Los actos de tortura generaron una ruptura en el sistema de creencias respecto a sí mismos, principalmente en la sensación de seguridad, confianza y plenitud. Este rubro tiene su correlato con el dato de que son las mujeres quienes reportaron en mayor medida sentimientos de tener menos habilidades para enfrentar su vida cotidiana que antes de la detención. En cuanto a la ruptura en las creencias respecto a los demás, la principal afectación es la confianza en la bondad de los otros. Esta ruptura de creencias y quiebre de los marcos de referencia han generado sentimientos de impotencia, incertidumbre, percepción del mundo como impredecible y amenazante, dificultad para reestablecer las condiciones de seguridad e incapacidad para defenderse.

Cuadro 1. Afectación a sistema de creencias

"Hay muchas veces en las que me pregunto ¿por qué me toca vivir esto a mí si yo no era malo? Siempre trataba de ayudar a la gente, pero ahora se lo dejo a Dios porque me tiene aquí y sólo él sabrá cuando me dará mi libertad y si no me la da ni modo seguir luchando." A³-71

"El que los policías hayan actuado de esa manera me produce coraje y tristeza y a pesar que ellos dicen llamarse autoridades, dije no tienen porqué tratar a la gente así y en el modo en que nos golpearon, el trato que nos dieron." A-70

"Me siento decepcionado de la autoridad, de las leyes." A-41

"Aquí no puedes tener confianza en nadie, pensé que era como allá afuera, yo no quiero meterme en problemas, siempre me aísto ando solo, en mi estancia" A-35

4. *Afectación en el ámbito familiar, laboral y comunitario*

De acuerdo a las entrevistas realizadas, en el ámbito familiar se presentan cambios y sobrecarga de roles en los miembros de la familia, así como disminución de la participación de la familia en actividades sociales y ruptura de las relaciones con la familia extensa debido a la atribución de culpa y estigmatización hacia la víctima de tortura o un familiar.

Respecto al ámbito laboral y económico, en los casos en que la víctima de tortura se encuentra además privada de libertad ha significado la pérdida de ingresos económicos en la familia e incluso la pérdida de empleo de algún miembro de la misma por el tiempo que debe dedicar a acompañar el proceso legal de las personas agraviadas. Otro factor que agrava las condiciones económicas familiares es el tener que sufragar gastos que no se tenía previstos derivados de hacer frente al

³ La nomenclatura hace referencia al número de agraviado y/o familiar del agraviado.

proceso legal y cubrir las necesidades de las personas privadas de su libertad. En el ámbito social, se encuentran también afectaciones derivadas de la tortura de la que fueron víctimas, visibilizándose como una de ellas la estigmatización por parte del entorno comunitario y/o familiar.

Cuadro 2. Impactos en el ámbito familiar, social y comunitario

"Mi padre lo tenía viviendo conmigo y se lo llevó una de mis hermanas que está viviendo en Tlaxcala, tiene 3 años que no sé nada de él, está malo mi papá, tiene parálisis porque tuvo un derrame cerebral, además de mi esposa y mis hijos cuidaba a mi papá, él ya es grande, me ayudaba a ver a los niños cuando íbamos al súper, le compraba su medicamento, lo bañaba, mi papá también se vio afectado porque dependía de mí". A-11

"Mi hermano y yo éramos los proveedores del gasto de la casa, mi mamá renta, desconozco que ha pasado con ella, tiene mucho que no sé de ella, a mi hermano lo secuestraron en 2009, siento que fueron los mismos que me detienen, estaban involucrados en una banda de secuestradores, se demostró y están en el reclusorio oriente." A-40

"Mi hija vive con mis suegros... es hija de mi primer pareja Carlos, terminamos mal pero se hizo cargo de la niña, con el sí tengo comunicación, lo único que me pidió que no me trajera a mi hija a este lugar, me siento mal... a mi hija le dijeron que me había ido a vivir a Cancún, tampoco visita mucho a mi mamá porque él consideró que era lo mejor para ella, yo respeto su decisión porque no puedo ver por ella. A mí me gustaría que estuviera con mi mamá y que pudiera venir a verme, no puedo expresar lo que se siente no verla, es feo, impotencia, feo que a veces no se pueden expresar." A-78

"Uriel dice que no quiere estudiar porque la maestra le dice que yo estoy en la cárcel" A-39

"mi mamá comenzó a lavar ropa ajena, cuida a mis hijas, las lleva a la escuela, les lava la ropa, a ella le preocupan mis hijas, pero también sé que está enferma".A-4

"Eso generó división entre las familias por los hechos, se rompió la relación ya ni como amigo, ni nada, nos llevábamos bien, pero ahora quiero pelearle a mis hijos porque los tiene la familia de él, pero quienes tienen más derecho son mis papás, como mi papá desde que me detienen mis papás no los ven, quiero pelearlos legalmente para que ellos los tengan".A-13

"Mi rol de madre se afectó mucho porque las veces que vino mi hijo me dijo no eres mi mamá, le decía no pegues en la escuela, porque se volvió agresivo, me decía "no, tu no me digas nada porque tú no eres mi mamá", su "no te quiero", le marcó y le decía como estás "bien, es que no quiero hablar contigo, decía ya no quiero adiós, no sé cuándo voy a verte", cambió mucho, con el pequeño no porque lo tuve aquí". A-13

De las entrevistas realizadas a los familiares de las víctimas refieren que si bien no estuvieron directamente expuestos a los actos de tortura, viven la experiencia como un trauma indirecto que representa un cambio en la continuidad de su vida y sensación que ésta queda atada a dicha experiencia por las consecuencias que ha acarreado para ellos y todo el entorno familiar. En cuanto las afectaciones a su sistema de creencias los familiares de las víctimas presentan en mayor medida sentimientos de impotencia e incertidumbre. En cuanto a las afectaciones a su integridad



psicofísica, como consecuencia del estrés al que han estado expuestos presentan afectación a su salud mental por los cambios que experimentan en su personalidad y la forma en que responden a las demandas de la vida. También señalaron los familiares, en coincidencia con las víctimas directas, que a raíz de los hechos se presentó una nueva configuración de los roles domésticos, dándose fenómenos de sobrecarga de roles, especialmente en los padres de las y los detenidos en rubros como el cuidado de los hijos, el acompañamiento al detenido y el rol de proveedor o proveedora económica.

Cuadro 3. Impactos en el ámbito familiar, social y comunitario.

"En el trabajo no podía hablar con los demás porque pensaba que ya sabían que mi hermano estaba en esa situación y para mí era muy incómodo tratar de dar explicaciones y decirles." FA-87

"Mi hija dejó de estudiar, mi esposo trabaja lo más que puede, vendimos las cosas de mi hijo, las deudas son grandes." FA-36

"Me dicen que no me preocupe, pero ¿Cómo no me voy a preocupar? Ya tengo 73 años y cuantos años le echaron, cuando yo ya no esté ¿Quién lo va a ir a ver?" (llanto) FA-94

"Cuando mi papá hizo la denuncia contesté el teléfono una vez y me dijeron -retira la demanda o no te la vas a acabar" FA-87

"Hubo muchos cambios, hubo problemas de mi papá con su esposa y yo con la mía, fueron tantos que nos separamos, yo de mi esposa y mi papá de la suya, en mi caso era que no le ponía mucha atención a mi esposa y a mi hijo porque me dedicaba al trabajo y tenía la presión, cuando tenía tiempo libre iba con el abogado; mi papá se separó de su esposa y ella se fue a Monterrey y él estaba muy deprimido, dormía mucho, no quería salir a ningún lado" FA-87

"Cuando detuvieron a mi hermano mi papá pesaba 90 kilos, estaba fuerte, comenzó a darle mucha sed, le hicieron estudios, tenía diabetes mellitus, se paraba a orinar 3, 4 veces, ya no tenía músculos, estaba adelgazando mucho, se sentía mal del estómago a darle el mes pasado que fue su muerte, pesaba 45 kilos, falleció por acidosis metabólica, el 5 de septiembre, le empezó un dolor en el estómago, el viernes en la mañana fue al médico, a las 7 que llegó mi esposa del trabajo lo encontró en la cama durmiendo". FA-87

"Mi abuela rentó el departamento y se lo quitaron, nos quedamos sin ropa, sin nada; los policías se llevaron todos los documentos de nosotros" FA-9

"Yo no les digo que mi mamá está en la cárcel, cuando me preguntan digo que vive en el distrito" FA-9

"Los más pequeños están con mucho miedo, la niña ve policías y tiembla, se pone muy nerviosa, cuando pasó eso, como por un año la niña se hacía pipi en la cama, después se hizo rebelde, lloraba por todo" A-6

5. FACTORES ASOCIADOS AL DAÑO BIOPSICOSOCIAL

El 64.52% de los entrevistados reportó requerir algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria. El 77.42% de las personas evaluadas reportó estar nada o poco satisfechas con su acceso a los servicios médicos. Lo que implica que la presencia de trastornos asociados a los hechos de tortura, se ven agravados por la falta de una atención médica y psicológica adecuada. Además de presentar otros factores de estrés asociados a la privación de la libertad y a eventos de violencia a los que han estado expuestos, a la dificultad para acceder a redes de apoyo eficaces y pocos rasgos de personalidad resiliente.

En los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS se obtuvieron algunos resultados relevantes a cerca de factores de estrés concomitantes a la privación de la libertad como: considerar que se tiene un ambiente físico poco o nada saludable (74.19%), poca o nada disponibilidad de la información necesaria para su vida diaria (64.52%), tener poco o nada de dinero suficiente para cubrir sus necesidades (77.42%), tener poco o nada de oportunidades para realizar actividades de ocio (61.29%), insatisfacción con su vida sexual (60%), poco o nada de satisfacción con las condiciones del lugar donde vive (83.87%).

Los mecanismos de afrontamiento positivos que han echado a andar las víctimas de tortura son principalmente la motivación al logro y el sentimiento de autosuficiencia (más frecuentes en hombres), seguidos por sentimientos de autoestima (menos frecuente en las mujeres) y reforzamiento de sentimientos de autonomía e independencia.

En contraste refirieron que las experiencias previas vividas en su entorno familiar de origen se caracterizaron por suceder en un ambiente en donde no existía una adecuada comunicación de los padres y/o madres hacia él o ella y no sentirse una persona querida o escuchada. Estos factores han sido relacionados con la generación rasgos de personalidad resiliente.

Respecto al apoyo que perciben de sus amigos las víctimas señalaron, en el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS, que este es poco o nada en un 45.16% y solamente el 16.13% refirieron sentirse bastante o muy satisfechos con el apoyo recibido. En este rubro los hombres fueron quienes reportaron menor nivel de satisfacción comparados con el grupo de mujeres.

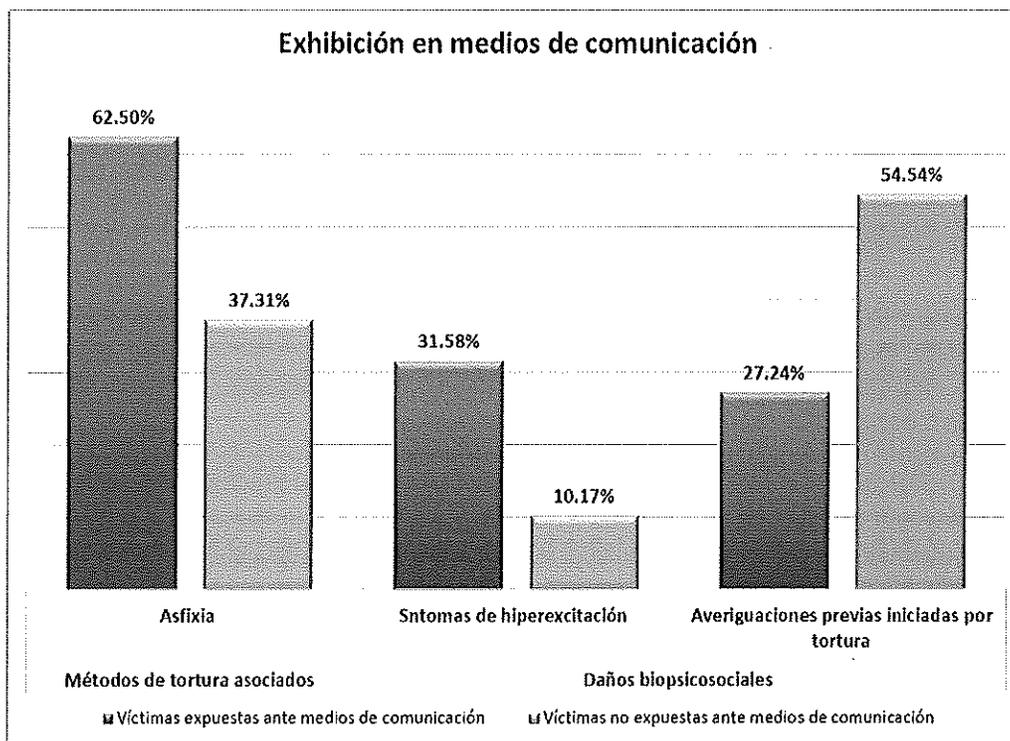
"vengo a psicología y tampoco digo nada porque no me da confianza, ya me quedó la desconfianza porque años atrás me toco escuchar a una psicólogas que platicaban lo que una interna le había venido a platicar" A-91

6. EXHIBICIÓN EN MEDIOS

La exhibición a medios se da generalmente de forma sorpresiva para el detenido o detenida, lo viven como un evento humillante, vergonzoso y que los marcara para toda su vida. Quienes reportaron haber sido expuestos ante medios de comunicación reportaron con mayor frecuencia la asfixia como método de tortura comparados con quienes no fueron expuestos ante medios de comunicación (62.5% vs 37.31%, sig. 0.03). Asimismo reportaron con mayor frecuencia síntomas de

hiperexcitación (31.58% vs 10.17%, sig. 0.02). En estos casos se inician menos averiguaciones previas por tortura (27.27% vs 54.54%, sig. 0.03) y el número de valoraciones médicas durante la detención es menor que el de la media general (2.63 valoraciones vs 4.74). Las personas detenidas a los que se atribuyó el delito de robo calificado fueron expuestos con mayor frecuencia a los medios de comunicación (47.06%)

Quienes fueron presentados ante los medios de comunicación refirieron afectaciones a su privacidad y procesos de estigmatización a ellos y sus familiares. Los y los familiares refirieron que los procesos de estigmatización han tenido lugar principalmente en el entorno laboral, escolar y comunitario.



Cuadro 4. Exposición a medios de comunicación

"Ese día como a las 7 de la mañana 'van para afuera' nos nombran, nunca me dicen vas a salir en televisión, llegando allá nos percatamos, uno se ve en sus manos y ¿qué puede hacer? Chillar, gritar, nada porque ellos nada más dicen "pásate" cuando nos pasan nos empiezan a fotografiar y es algo horrible. En ese momento sentía mucha vergüenza porque dije 'que va a pensar la gente si yo siempre me he dedicado a trabajar limpiamente'". A-72

"De los separaos nos llevan agachados, con las manos para atrás, cuando nos tienen frente a las cámaras nos dicen 'Levanten la cara', toda gente viéndonos, burlándose, nos veían creyendo que somos los peores delincuentes, sentía vergüenza que no se imagina, dije que crueles!" A-70

"Nos reciben los encapuchados, con metralletas apuntándonos, preguntándonos, comienzan, nos vuelven a retratar para salir en el periódico." A-70

"Cuándo me presentan fue algo que lo marca a uno de por vida, estar en esa habitación escuchando los flashes y muchas voces y preguntas que uno no sabe ni que contestar o que pasa, es algo que da mucho miedo, puede uno pensar en eso, en su familia, mis padres, mis hermanos, mis abuelos, mis hijos, los niños de diez años ya navegan en Internet, estoy relacionado en una banda de secuestradores y el temor es que mis hijos vean esa situación. Mis hijos no saben que estoy aquí." A-5

"Saliendo de aquí voy a estar marcado, cuando mi hermano fue a la leche y ahí hicieron u comentario de que ella era la mamá del hijo secuestrador." A-41

"los periodistas se ponen a decir las cosas como si fueran reales como si ellos lo hubieran visto o a ellos los tenían secuestrados, le dan una veracidad, imagínese el impacto que le causa a la familia y la gente que habla y murmura" A-39

"A Ximena le daba pena salir, el que se burlaran de ella, se peleó con una vecina que le hizo burla que yo era secuestradora y Ximena golpeó a la niña, era algo que mis hijas no tienen que pasar eso". A-4

7. IMPUNIDAD

Del análisis realizado a los casos que integran la Recomendación, en el 67% de los casos se inició una averiguación previa por probables hechos de tortura. Sin embargo, en las entrevistas realizadas, las víctimas no tenían información respecto a qué había sucedido con dicha averiguación o los procesos se habían alargado sin determinar la posible responsabilidad de servidores públicos. Por lo que en este rubro se documentó que la percepción de impunidad puede ser un factor que influye en la afectación a los esquemas de creencias básicas y es vivida por las víctimas como un nuevo impacto traumático.

Cuadro 5. Impunidad

"Yo considere que ellos habían cometido delito, porque la policía no se puede meter a tu domicilio porque piensan que es una casa de seguridad y menos si no lleva ninguna orden, el acoso de la policía seguía, mi familia estaba devastada por eso no se iniciaba la denuncia de tortura, les costó trabajo volver a reaccionar". A-77

Las situaciones de impunidad que ha vivido, ha quebrantando la confianza en las figura de autoridad, propiciando en ella una sensación de inseguridad, indefensión y desconfianza creando un contexto de impunidad derivado que el proceso de acceso a la justicia. A-21

"Siento coraje, quizá un poco de asco ver que no cuenta, no vale lo que yo digo, vale más quizás lo que ellos dicen que se pongan de acuerdo, me da coraje." A-26

"castigo para los que hicieron esto creo que ninguno ha tenido de los que yo sepa y me siento defraudada porque a lo mejor y por eso se hacen las denuncias uno que es inocente lo presentan jéste es el culpable! pero realmente los que son los culpables no están presentes". A-93

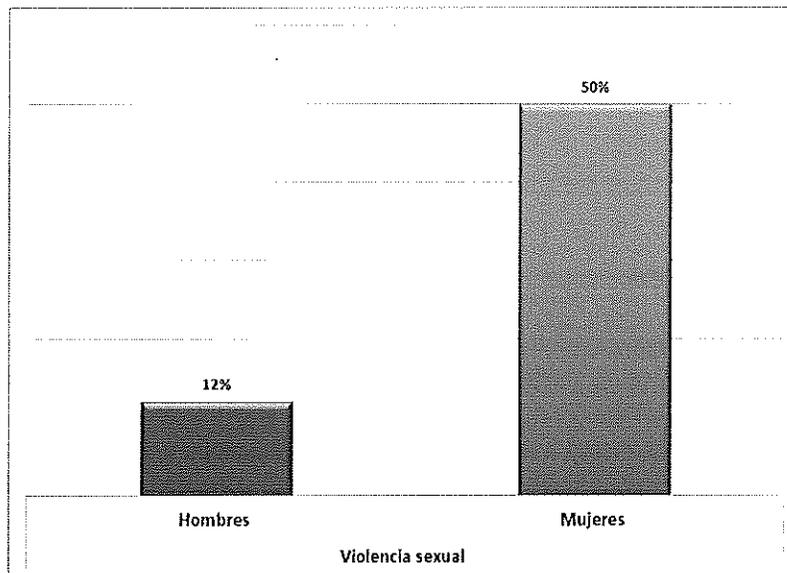
D) VIOLENCIA SEXUAL.

Del total de 95 agraviados en el 18% se documentó violencia sexual como método de tortura. Se realizó el análisis diferenciado de los impactos en las víctimas que reportaron haber sufrido violencia sexual en las documentaciones del Protocolo de Estambul elaborado por la CDHDF. Los resultados relevantes se enlistan a continuación:

- La violencia sexual se presenta en un mayor porcentaje en las mujeres aunque también se reportó en hombres.
- La hipótesis de que la violencia sexual es un método de tortura dirigido especialmente hacia las mujeres se corroboró al encontrar que en el total de los casos la violencia sexual fue un método documentado con mayor frecuencia en el grupo de mujeres (una frecuencia del 50% comparado con el 12% en hombres, sig.0.0003).
- Estos casos de violencia sexual hacia mujeres se relacionaron con algunas particularidades del proceso de detención y tortura: se relacionó con menos maltrato en vía pública (25% vs 100%, 0.0004), menor frecuencia de testigos de la detención referidos por la agraviada (0.25% vs 87.5%, sig. 0.009) y con una mayor frecuencia de reporte de condiciones de detención en espacios cerrados, aislados y pequeños (75% vs 25%, sig. 0.048). Es decir, la violencia sexual hacia las mujeres se realiza principalmente en espacios cerrados y requiere de condiciones durante la detención como la no presencia de testigos.
- Las formas de violencia sexual hacia las mujeres fueron: violación, tocamientos, amenazas con connotaciones sexuales.
- La violencia sexual hacia hombres se relaciona con prácticas como humillaciones con connotaciones sexuales, con golpes en los testículos, posiciones forzadas estando desnudos y amenazas respecto a ejercer violencia sexual hacia su pareja o madre.
- En general, en las víctimas de violencia sexual se reportó una mayor frecuencia de síntomas de depresión. Sin embargo, la violencia sexual afecta de manera diferenciada a los hombres y a las mujeres, en el caso específico de los primeros la violencia sexual se relacionó con una mayor frecuencia de síntomas depresivos (66.67% vs 29.9%, sig. 0.03) respecto a los hombres en quienes no se documentó violencia sexual.
- Asimismo, y tal vez relacionado con la reticencia para compartirlo con los familiares por los sentimientos de culpa y vergüenza asociados al hecho, en hombres y mujeres la media del tiempo de denuncia de la de tortura es más prolongado que el resto de las personas incluidas en la Recomendación (5.58 meses), siendo en general un promedio de 29.2 meses el tiempo que transcurre entre los hechos y la fecha de denuncia ante la CDHDF. Sin embargo, parece que este efecto es mayor en el caso de los hombres pues en éstos la media de tiempo se dispara a 40.33 meses respecto a los hombres que no reportaron haber sufrido violencia sexual.
- Los indicadores en la muestra, resaltan que en las mujeres se presenta la estigmatización derivada de la privación de la libertad de una forma más marcada, experimentando exclusión por parte del entorno social y/o familiar, considerando el contexto social y cultural donde la conducta de las mujeres se ve sometida a una doble parámetro de valoración

social⁴ de descalificación, esta situación existe un sentimiento de vergüenza y rechazo social, por lo que no reciben apoyo familiar, a travessando este proceso en soledad.

- En cuanto a la relación de la violencia sexual con otros métodos de tortura se encontró que en quienes se documentó violencia sexual esta práctica se relacionó con una mayor frecuencia de métodos de tortura tales como humillaciones, amenazas de muerte, inducción a presenciar la tortura de otros. Para el caso específico de los hombres la violencia sexual se relaciona con mayor frecuencia de tortura por posición (88.89%), choques eléctricos (33.33%), asfixia (88.89%), humillaciones (100%), amenazas de muerte (100%) y comportamientos forzados (11.11%).



Cuadro 6. Violencia sexual

"empezó a tocarme, tocarme y entonces ya lo vi que se estaba agarrando sus partes íntimas, y yo le decía ¿qué hacía?, que por qué estaba agarrándose sus partes íntimas, y él me decía: "cállese usted, porque sino se queda quieta y callada, no va a volver a ver a su marido". Yo estaba asustada, y ya me quedé callada, callada....." Mujer, A-21

"a mí me tenían desnudo y amarrado de los tobillos juntos, parado y cuando le pegaban a uno trataban de que te cayeras, ni cómo poder agarrarte de algo, con amenazas y groserías yo creo que cualquier persona firma porque no sé qué vaya a pasar si no firmo" Hombre, A-85

"Yo sí me siento culpable [en relación a la violación de la que fue víctima], siento que sí soy culpable por haber aceptado, debí haberme dado cuenta que era una mentira, que ellos lo único que querían hacer era humillarme más, vejarnos más, porque esto se lo dijeron a mi hijo desde antes, decían que me iban a violar, que iban a violar a su esposa" Mujer, A-91

"El que me obligó a hacerle sexo oral me agarraba de los cabellos, yo usaba el cabello largo, el cabello se me vino a la cara me levantó de los cabellos para obligarme a que le hiciera sexo oral" Mujer, A-91

"fue cuando me dijo que me quitara la ropa en el baño, me empezó tocar, me dijo que cooperara que a mi hijo lo iban a dejar ir que también nosotros nos íbamos a ir, salimos del baño y vuelvo a regresar otra vez con él, él ya entró conmigo yo ya no llevaba la ropa porque me habían dicho que me quitara todo me dijo que me levantara el vestido y me empieza a tocar y se masturba detrás de mí el que le dicen el comandante ... me sacan sin la ropa ya traía puesto solo el puro vestido, incluso así nos tomaron fotos, como hacía frío se veían los pezones erectos" Mujer, A-91

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente apartado se discutirán los resultados obtenidos en la documentación de impactos biopsicosociales organizados por las categorías temáticas que hemos considerado más relevantes.

a) Perfil de las víctimas.

En el año 2004 el Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad (CCTI) publicó los resultados de una sistematización de 80 casos de tortura en los que se documentó que el 77% de las víctimas eran hombres y el 23% mujeres (Enríquez, Treue, Valadez, et al...). Así mismo, en su informe de 2014 sobre la tortura y otros malos tratos de Amnistía Internacional (AI) señala que las víctimas en su mayoría son hombres y que los casos de mujeres y menores de edad son menos frecuentes, así mismo se indicó que el perfil de la víctima tenía como particularidad que estas provenían de comunidades marginadas y grupos vulnerables. En nuestros resultados se muestra una mayor frecuencia de hombres como víctimas de tortura, los cuales tenían en su mayor parte estudios de nivel básico y trabajos relacionados con el sector informal, esto parece confirmar la aseveración de que la tortura generalmente se dirige a personas que tienen menos posibilidades acceder a una defensa adecuada y a una denuncia efectiva.

Un dato relevante a destacar es que casi la totalidad de los detenidos realizaban actividades remuneradas al momento de la detención, esto, y el hecho de ser en su mayor parte hombres se asocia con que al momento de hacer la evaluación de impactos una de las fuentes de estrés más frecuentes fue el no contar con los recursos económicos necesarios para solventar sus necesidades básicas diarias. Este dato es congruente con los resultados obtenidos en distintas evaluaciones del impacto que la reclusión tiene en las familias en las que se ha encontrado un deterioro en el bienestar material a partir de la pérdida de fuentes de ingreso económico y la aparición de nuevas necesidades materiales derivadas del proceso legal y de tener a un miembro de la familia en la cárcel.

b) Hechos de tortura.

Los resultados obtenidos respecto relato de hechos de tortura muestran consistencia en el *modus operandi* y patrones específicos de procedimiento y métodos de tortura, lo cual coincide con

lo reportado por Organizaciones de Derechos Humanos especializadas en el tema (CCTI, AI, Red Todos los Derechos para Todos, Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de las Casas).

Al respecto es importante señalar que, como se mencionó en nuestro marco teórico, de acuerdo a la propuesta de análisis estructural de la tortura esta debe ser entendida a la luz del marco socio-histórico en el que se presenta. Las organizaciones mencionadas han señalado que, en el contexto sociopolítico mexicano actual, la tortura tiene como objetivo, en tanto que práctica social, el abonar en la legitimación del gobierno mediante la exhibición de resultados por parte de este en el contexto del combate a la delincuencia. Por otra parte la Organización Mundial Contra la Tortura señala que en los numerosos casos de tortura documentados en México por Organizaciones de la Sociedad Civil se ha corroborado la existencia de un *modus operandi* recurrente por parte de las dependencias de seguridad pública y procuración de justicia respecto a la práctica de la tortura.

En el caso de los resultados documentados en el presente informe se pudieron establecer con claridad patrones específicos por cada una de las dependencias que más intervienen en casos de tortura. Mientras los detenidos por agentes de la PGJDF reportaron con mayor frecuencia haber sido torturados en las instalaciones de la Institución, quienes fueron detenidos por agentes de la SSP señalaron con mayor frecuencia haber sido asfixiados como forma de tortura. Otro patrón de regularidad es la cantidad de horas, claramente diferenciadas, entre la detención y la presentación de la víctima ante el agente del ministerio público. Esto a su vez concuerda con lo señalado por el CCTI hace 10 años cuando señalaba que entre los principales responsables del uso de la tortura se encontraban agentes de las Procuradurías Estatales (en este caso la PGJDF) y la Secretaría de Seguridad Pública del DF.

Respecto a este *modus operandi* el reporte citado de la RedTdT señala que se inicia con una detención arbitraria de personas, sin orden judicial y sin que haya existido flagrancia, detención que se realiza por policías en algunos casos vestidos de civil y/o encapuchados, los detenidos son subidos a un vehículo y trasladados a instalaciones de las fuerzas de seguridad o a un lugar irregular y durante el traslado suelen ocurrir también abusos. Una vez ubicados en dichos lugares al detenido o detenida se les tortura y amenaza para obtener una confesión. Este procedimiento, paso por paso, es el que se documentó en el análisis de hechos realizado en el presente informe.

Respecto a los métodos de tortura, la Asociación Civil Human Rights Watch señala que con independencia de la ubicación geográfica de la detención las víctimas de tortura hacen descripciones similares de técnicas de tortura las cuales incluyen golpizas, asfixia con bolsas de plástico, simulación de ahogamiento, descargas eléctricas, tortura sexual, amenazas de muerte y simulacros de ejecución. Este patrón de métodos de tortura se ha documentado en otros reportes de Organizaciones de la Sociedad Civil, incluyendo dos que fueron señalados con especial frecuencia por las personas evaluadas: la privación de alimentos y agua durante varios días y, para el caso de los hombres, los golpes repetida veces con las palmas de las manos en los pabellones auriculares ("teléfono"). Los métodos de tortura que es frecuente pero regularmente omitido en las documentaciones son la incomunicación y el vendaje de ojos (privación sensorial) (Enríquez, Treue, Valadez, et al., 2004).

C) El proceso de detención y tortura como evento traumático.

Respecto a la forma en que se vive la experiencia de la detención y el ser sometido a tortura se encontró que en el relato de las víctimas este hecho cumple con todos los criterios que se utilizan para definir a una experiencia como "traumática", es decir, que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto. Una característica esencial del hecho traumático, que va a influir en las secuelas biopsicosociales derivadas del mismo es su carácter inenarrable, incontable y, por lo tanto, incomprensible para los demás, de tal manera que el trauma implica el quiebre de una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano, en especial el referido a la creencias de invulnerabilidad y control sobre la propia vida, de la confianza en los otros, y la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo; todas estas características llevan a que el impacto mayor que documentamos respecto al sistema de creencias se centrara en el cuestionamiento de los esquemas del yo y del yo frente al mundo (Pérez-Sales, 2004). De esta manera, la tortura se inscribe directamente en el campo de la subjetividad de la persona torturada que por característica principal tiene la formulación de *sentido* sobre el propio yo y en la relación del yo con el entorno, de tal manera que el evento traumático se asocia a una marca indeleble, que consiente o no asume la irreversibilidad del daño y deriva en una sensación de alienación respecto a quienes no lo han vivido (Ginsberg, 2007; Souza, 2009).

De todo ello deriva el que la respuesta a situaciones traumáticas se caracteriza por:

1. Repliegue emocional o afectivo.
2. Necesidad de reconstruir lo ocurrido (búsqueda de sentido).
3. Cuestionamiento de uno mismo y de la posición frente al mundo a partir de cuestionamientos a cerca de la responsabilidad y culpa personal, lo que genera sensaciones de humillación y vergüenza.
4. Cuestionamiento de presunciones básicas sobre la regularidad de la vida en sentido amplio (ya descritas).

La detención y tortura se viven como un evento traumático, experimentando peligro para su vida y amenaza para su integridad psicofísica de la persona detenida, una ruptura en la continuidad de su vida y la sensación de que ésta queda atada a dicha experiencia. Pau Pérez (2006) refiere que uno de los factores más determinantes para que un hecho sea considerado como traumático es la gravedad del agente estresor en donde existe una relación entre intensidad del estímulo y grado de afectación. El hecho de que Servidores Públicos detengan a las personas presuntas responsables sin una identificación oficial que les acredite como tales y sin una orden de aprehensión, en la vía pública y que se les retenga en promedio 6 horas de manera arbitraria implica una detención súbita y/o sorpresiva con potencial traumático grave o clínicamente significativo por sí misma.

d) *Tortura sexual.*

La violencia sexual se define como: "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo". (Informe sobre violencia de la Organización Mundial de la salud. 2003)

En los casos documentados en la recomendación 14/2014 en los cuales se documentó violencia sexual contra las mujeres, ésta representa un acto de tortura, como se menciona en la sentencia Rosendo Cantú y otra vs México⁵ que destaca 3 elementos que vale la pena resaltar:

"Al igual que la Comisión, los representantes consideraron que la alegada violación sexual sufrida por la señora Rosendo Cantú constituye "un acto de tortura", ya que concurren los tres elementos de la misma: i) un acto intencional; ii) que causa severos sufrimientos, y iii) que se comete con un fin o propósito."

Podemos observar que es un problema social, el cual se basa en una relación de poder, donde la fuerza, el uso y abuso de poder se encuentran inmersos en un sistema ideológico, en el cual se atenta contra la libertad e integridad de quienes lo viven. .

Se corroboró que la tortura sexual es una práctica que con mayor frecuencia se dirige a las mujeres y que se relaciona con un contexto de secrecía en el cual se pone en juego el ejercicio de poder y cosificación del cuerpo de la mujer por parte de los hombres que la "custodia" y hacen que incluso en algunos casos "intercambian" el supuesto "consentimiento" de la mujer por "beneficios" derivados de un uso indiscriminado e irregular del poder que les confiere pertenecer a una institución de seguridad pública. A esto se agrega que se pone atención con poca frecuencia a prácticas que atentan culturalmente contra la integridad de las personas en cuestiones de género: obligar a desnudarse y realizar posiciones forzadas o sentarse de cuclillas frente a policías, por ejemplo. Cabe señalar que los actos de violencia sexual pueden ser diversos y llevarse a cabo en circunstancias y lugares muy distintos, encontramos que hacia las mujeres se realiza principalmente en espacios cerrados y requiere de condiciones durante la detención como la no presencia de testigos.

De acuerdo a los resultados, las mujeres, además de presentar con mayor frecuencia síntomas de reexperimentación del trauma, evitación o embotamiento, hiperexcitación, depresión, disminución de la autoestima y disociación o despersonalización también presentaron disfunción sexual; todos relacionados con sintomatología que presenta mujeres víctimas de violencia sexual. En particular la violencia sexual hacia los hombres es una práctica sub documentada, respecto a las afectaciones en el caso de los hombres evaluados, se presentó con mayor frecuencia síntomas depresivos y si bien tanto hombres como mujeres tardan más en denunciar los hechos de tortura, son los primeros quienes reportaron mayor distancia en tiempo entre los hechos y la fecha en que interpusieron su

⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos del 31 de agosto del 2010, numeral 83.

queja en la CDHDF. Este sería un indicador relevante de lo difícil que es, desde las construcciones de género hegemónicas, el comunicar para los casos de violencia sexual hacia los hombres.

Tanto en hombres como mujeres se ven afectados derechos humanos fundamentales como son la integridad personal, la salud física y emocional, la libertad y la vida social de cada persona. Además no podemos perder de vista que factores como la edad de la persona agraviada, así como sus experiencias previas con situaciones de violencia sexual, la gravedad del hecho en sí mismo, cercanía o parentesco con el agresor y la respuesta del entorno, determinan el impacto que la persona pueda presentar, asociado con un mayor lapso de tiempo para denunciar los hechos y la secrecía para compartirlo con familiares, por sentimientos de culpa y vergüenza disparados por una reacción desfavorable del entorno quien las responsabiliza de lo sucedido.

El estar expuesta/o a una experiencia de violencia sexual por sí misma produce un impacto sobre la estructura psíquica de la persona (victimización primaria), observando por ejemplo, pensamientos e imágenes recurrentes sobre el hecho, malestar psicológico acompañado de una continua hipervigilancia (sensación de que puede volver a suceder), disminución de la capacidad de concentración, memoria y toma de decisiones, entre otras. Sin embargo, también se enfrentan a una victimización secundaria cuando la persona decide compartir con su familia, denunciar ante las autoridades competentes, solicitar atención médica, etcétera y encontrarse con la falta de sensibilización y concientización del manejo de dicha temática, así como una dificultad de las personas cercanas a comprender y aceptar lo sucedido, reaccionando de tal manera que quien vivió una agresión sexual se viva responsable de lo que vivió y con una fuerte sensación de que lo provocó o lo pudo haber evitado, asumiendo evidentemente toda la responsabilidad.

Los indicadores en la muestra, resaltan que en las mujeres se presenta la estigmatización de una forma más marcada, experimentando exclusión por parte del entorno social y/o familiar debido a la privación de la libertad, considerando el contexto social y cultural donde la conducta de las mujeres se ve sometida a una doble parámetro de valoración social⁶ de descalificación, esta situación existe un sentimiento de vergüenza y rechazo social, por lo que no reciben apoyo familiar, a travesando este proceso en soledad.

En el caso de mujeres torturadas sexualmente las respuestas psicológicas más características señaladas en el Protocolo de Estambul son: reacción de duelo crónico, depresión, aislamiento, síntomas disociativos, comportamientos auto-destructivos e ideación suicida, sentimientos de vergüenza y culpa, pérdida de autoestima, trastorno de la sexualidad, destrucción de relaciones de pareja y familiares, temor por la transmisión del trauma a los hijos, síntomas somáticos (palpitaciones y temblor, síntomas respiratorios, sensación de un "nudo en la garganta", alteraciones en la percepción corporal, sentimientos de fragmentación, dolores del cuerpo), dolor y molestias ginecológicas (UN, 2005). Al respecto corroboramos que las mujeres sometidas a tortura sexual reportaron con mayor frecuencia daños en su vida sexual y en la experimentación de síntomas de vergüenza, culpa y estigmatización.

⁶ Facio Montejo, Alda " Cuando el género suena cambios trae (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)" 1a. ed. -- San José, C.R.: ILANUD, 1992

e) Documentación de secuelas físicas y psicológicas.

Un rubro importante a resaltar es que dentro de los métodos de tortura más frecuentemente utilizados en los casos incluidos en la Recomendación son los llamados "psicológicos" aunque debemos señalar que la distinción entre métodos físicos y psicológicos de tortura es artificial y tiene fines de exposición. Por ello, y debido a que el tipo de lesiones que se documenta con mayor frecuencia son lesiones cutáneas superficiales que tardan menos de 15 días en sanar y que dejan poca o ninguna lesión de tipo patognomónico, la documentación y evaluación psicológica de las secuelas derivadas de la tortura es de suma importancia porque permite aportar elementos a la documentación de la tortura cuando las huellas visibles han desaparecido (Gómez, 2007, Jacobsen y Smidt-Nielsen, 1997, Enriquez, Treue, Valadez, et al..., 2004).

Sin embargo, nos encontramos con que en más del 80% de las víctimas no se encontraron referencias en los informes médicos realizados por médicos de las dependencias de procuración de justicia, como son los Ministerios Públicos, acerca de la presencia de síntomas psicológicos; los cuales sí se reportan en los Protocolos de Estambul realizados por la CDHDF como parte de la investigación de los expedientes que integran la recomendación 14/2014. Al respecto Iacopino y Xenakis (2011) señalan que esta mala praxis en la documentación de la tortura se debe a que los médicos y el personal de salud mental que evalúan a los detenidos no cuestionan y/o documentan las causas del daño físico y síntomas psicológicos que observan, y que en el caso de los síntomas psicológicos estos son comúnmente atribuidos a un "trastorno de la personalidad" y a "estresores de rutina derivados del confinamiento". A este respecto, y refiriéndose a la necesidad de detección del trastorno por Estrés postraumático en la población latinoamericana, la Asociación Psiquiátrica de América Latina (2004) recomienda:

Debido a que la población latinoamericana ha sido gravemente expuesta a condiciones traumáticas de diversa naturaleza (desastres naturales, violencia política, represión gubernamental, crimen, entre muchas otras) y a la tendencia de esta población a negar el impacto potencial de tales experiencias sufridas en pasado, la GLADP [Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico] sugiere a quienes trabajan con pacientes de esta región, especialmente a aquellos en países fuera de Latinoamérica, hacer un esfuerzo especial por inquirir sistemáticamente por la presencia en el paciente de antecedentes de exposición a eventos traumáticos significativos. Esto es especialmente importante en pacientes experimentando trastornos de ansiedad grave [...] También debe tomarse en cuenta que, con el incremento de la confrontación política a nivel global, estos trastornos se ha hecho más prevalentes y que muchos individuos expuestos a experiencias traumáticas tienen una mayor resistencia a reportar espontáneamente tales antecedentes, ante el temor de ser singularizados como victimarios y no como víctimas (APAL, 2004)

f) Perfil de daños (trastornos mentales y síntomas psicológicos)

Las respuestas de la subjetividad ante un evento traumático se acompañan de síntomas psicofísicos. Bichescu, Schauer, Salepsi, et al (2005) reportaron que los efectos de la tortura, a largo plazo, eran los siguientes: 30.5% presentaban aumento persistente de la actividad, re-experimentación del trauma y despersonalización, todos ellos síntomas coincidentes con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) al momento de la evaluación, mientras que el 54.2 %



presentaban estos síntomas a lo largo de su evolución posterior al evento traumático; otros síntomas presentes fueron: síntomas de somatización (47.5%), abuso de sustancias (37.2%) y síntomas disociativos (33.9%). En el caso de las y los agraviados incluidos en la Recomendación 14/2014 se documentó que al momento de la evaluación (2014) el 83% presentaba criterios de Trastorno Depresivo Mayor y el 45.16% cumplió criterios del Trastorno por Estrés Postraumático. Los síntomas más frecuentemente documentados en los Protocolos de Estambul elaborados por la CDHDF fueron los síntomas depresivos y la reexperimentación del trauma. Al respecto es importante resaltar que la presencia de síntomas de reexperimentación se ha relacionado con síntomas dolorosos inespecíficos, los cuales se reportaron en más del 80% de los evaluados y evaluadas. La literatura señala que la experiencia de dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los sobrevivientes de tortura y se asocian al diagnóstico de estrés postraumático siendo los dolores más frecuentes la cefalea (39 a 93%) y dolor de espalda y cuello (del 60 al 87%), encontrándose que además del dolor por secuelas directas de los métodos de tortura aplicados el dolor crónico puede tener su origen en el estado de hiperalerta debida a las reexperimentaciones y los recuerdos de las experiencias traumáticas, así como los múltiples factores estresores presentes en la situación actual de la víctima/sobreviviente. La asociación de dolor intenso relacionado al trauma lleva a una mayor evaluación negativa del trauma en la memoria y a un mayor estrés asociado al evento traumático, todo lo cual, al requerir tratamientos médicos frecuentes y limitar el funcionamiento diario de la víctima afecta la calidad de vida de la persona, como pudimos corroborar mediante la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS.

g) La particularidad del tipo de depresión detectada (melancolía).

Para hacer una sistematización que permita cumplir con el objetivo práctico de reducir síntomas y mejorar el estado psicofísico de la víctima se recomienda agrupar los síntomas en trastornos, lo cual permite establecer planes terapéuticos específicos y evaluables, al poder hacer hipótesis de resultado ante la intervención terapéutica médica y psicológica. Al respecto se ha demostrado que si bien las principales quejas y los hallazgos más importantes que se han hecho entre los supervivientes de la tortura son muy diversos y están relacionados con la experiencia vital de cada persona, con su contexto histórico, político y cultural, las investigaciones epidemiológicas han subrayado que las víctimas de tortura tienen elevadas tasas de trastornos mentales y por ello se recomienda que quienes se enfrentan a la evaluación de una persona que refiera haber sido objeto de tortura deben estar familiarizados con los trastornos más frecuentemente diagnosticados (Bichescu, Schauer, Saleptsi, 2005; UN, 2005). En el caso de la evaluación realizada, se encontró que el diagnóstico más frecuente fue el episodio depresivo mayor seguido por el trastorno por estrés postraumático. Este dato tiene además la relevancia de que el tipo de depresión que se pudo documentar en más del 60% de las personas evaluadas fue el episodio depresivo con síntomas melancólicos. Este hallazgo es sumamente relevante en vista a la necesidad de instaurar el tratamiento adecuado pues los síntomas melancólicos se han asociado a la llamada "depresión postraumática" (Auxéméry, 2014), la cual sería una reacción de "quemarse" psicofisiológicamente debido a respuestas de reexperimentación, el insomnio, el constante sentimiento de inseguridad y las consecuencias que los síntomas tienen en términos de la adaptación social de la víctima. ¿Qué importancia tiene esto para el tratamiento médico?

Las recomendaciones farmacológicas para la atención de las personas expuestas a eventos de tortura son: el uso de drogas psicotrópicas para estrés postraumático y depresión (antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina –ISRS-, benzodiazepinas y en su caso antipsicóticos) considerando el contexto sociocultural y tomando en cuenta sus ventajas como que pueden proveer una rápida mejoría de síntomas, sin embargo los antidepresivos del grupo (ISRS) si bien pueden ser efectivos para el control de la tristeza pueden ser insuficientes para el control de síntomas de hiperactividad autonómica la cual es medida en mayor medida por la hiperactividad noradrenérgica, síntomas que son más frecuentes en la depresión postraumática, por ello se recomienda valorar como tratamiento farmacológico de primera línea el uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina. Por supuesto para ello se requiere hacer una evaluación clínica cuidadosa y lidiar con las barreras de acceso al tratamiento psiquiátrico, requiriéndose una fuerte labor de educación y supervisión de la toma de medicamento por parte del paciente, pero también una mayor capacitación por parte del personal de salud mental a cerca de las particularidades de la constelación sintomática que pueden llegar a presentar las personas sobrevivientes a un trauma de la naturaleza de la tortura, el cual, como se ha mencionado reiteradamente en este documento, implica dimensiones diferentes a la experimentación de eventos traumáticos de naturaleza accidental o por fenómenos naturales.

h) Impacto psicosocial en la familia y el entorno comunitario.

Si bien en toda la discusión anterior se han señalado los efectos que la tortura tiene en el individuo no debemos olvidar que este individuo se encuentra inmerso en un entorno social que inicia en sus interacciones con la familia. Como se mencionó en el marco teórico los hechos enmarcados como graves violaciones a derechos humanos que se produzcan en cualquiera de estas esferas del ser humano tendrán una repercusión en las otras, y por eso, en el momento de realizar una evaluación diagnóstica se deberá explorar en todos esos niveles para documentar de forma global y completa la repercusión de los hechos y más específicamente tener elementos concretos para una adecuada reparación del daño.

Al respecto en el caso de las personas que se encuentran detenidas se pudieron documentar una serie de impactos psicosociales en el entorno familiar derivados de una doble vía: el efecto que los hechos han tenido en la dinámica de la misma y la necesidad de reorganizarse ante la pérdida de un integrante que en el mayor de los casos era el proveedor y proveedora económica del hogar y por otra a la presión social que ejercen procesos de estigmatización, impunidad y victimización secundaria debida al contacto con instituciones de procuración de justicia. Un ejemplo de ello es que en un reporte publicado en 2013 (Wildeman C, Lee H, Comfort M, 2013) se señala que las mujeres parejas de hombres recientemente recluidos en prisión presentan niveles altos de consumo de alcohol, depresión, ansiedad y enfermedades tales como el asma y la hipertensión, sugiriendo que la detención las pone en una situación de vulneración a su salud. Este dato es relevante si tomamos en cuenta que el 70% de las personas evaluadas mantenían una relación de pareja al momento de su detención.

Otros impactos psicosociales documentados se refieren a sobrecargas de trabajo y responsabilidad en la estructura familiar (sobre todo en el caso de las parejas y madres de los y las detenidas), deterioro en la solvencia económica de las necesidades del hogar y desintegración familiar. Estos diferentes impactos tienen su origen en los efectos que genera la tortura y detención en una persona inmersa en diferentes contextos y relaciones sociales. Este proceso y sus efectos tienen

continuidad, y los segundos se amplían ante la falta de acceso a la justicia ante los hechos de tortura sufridos, la convivencia con otras personas a quienes se vinculó a los hechos delictivos imputados mediante acusaciones falsas y la impunidad de los agentes que realizaron la tortura.

i) Impunidad y daño psicosocial.

En la documentación realizada encontramos que en la totalidad de los casos en que se inició una averiguación previa por probables hechos de tortura documentados en la recomendación 14/2014, no ha existido castigo a los probables responsables. Además existe una falta de información en la mayor parte de las personas entrevistadas respecto al curso de la denuncia, y en el caso de quienes conocen el resultado de la misma, se informa que el expediente se envió a reserva o de determinó el no ejercicio de la acción penal, situación que de acuerdo a las entrevistas realizadas se vive como una falta de justicia, generando sentimiento de impotencia, desconfianza en la autoridad y se experimenta como la continuidad del evento traumático.

Desde la perspectiva psicosocial, la impunidad es vivida por las víctimas como un nuevo impacto traumático. Esta situación genera nuevos daños en unos casos y agudiza o se vuelve crónico en otros, deteriorando aún más la situación de salud mental de las víctimas, sus familiares y la sociedad en general. Es por ello que, más allá de documentar el daño derivado directamente de la violación, se debe también tener presente la necesidad de evaluar y documentar el impacto generado en la salud mental por la ausencia de justicia. (Gómez Dupuis, 2009).

Es así que el sentimiento de impunidad, como se documentó, genera afectación a la integridad psicosocial de las víctimas y sus familiares, pero además a la larga erosiona la confianza en las instituciones del estado y obstaculiza un accionar común de la ciudadanía para poder límites al crecimiento de la misma. En el presente Informe se pudo documentar la forma en que la impunidad como percepción de falta de justicia y continuidad del evento traumático es un componente importante de los efectos de la tortura como trauma psicosocial.

Además la falta de sanción de los servidores públicos que cometieron tortura, genera procesos de revictimización o victimización secundaria al tener contacto con operadores de justicia o de las fuerzas de seguridad estatales que están investigando el caso. Algunos ejemplos de ello pueden ser la falta de credibilidad en el testimonio de la víctima, inadecuadas instalaciones para llevar a cabo exámenes médicos como en el caso de tortura sexual, discriminación y racismo hacia personas de grupos étnicos diferentes, demora en los trámites, repetir el testimonio o las pruebas forenses, no realizar la entrevista en el idioma de la víctima, no tomar en cuenta la denuncia que presenta la víctima o la imparcialidad y/o ineficiencia del sistema de justicia.

j) Consideraciones finales y propuesta de análisis para futuras evaluaciones de impacto biopsicosocial.

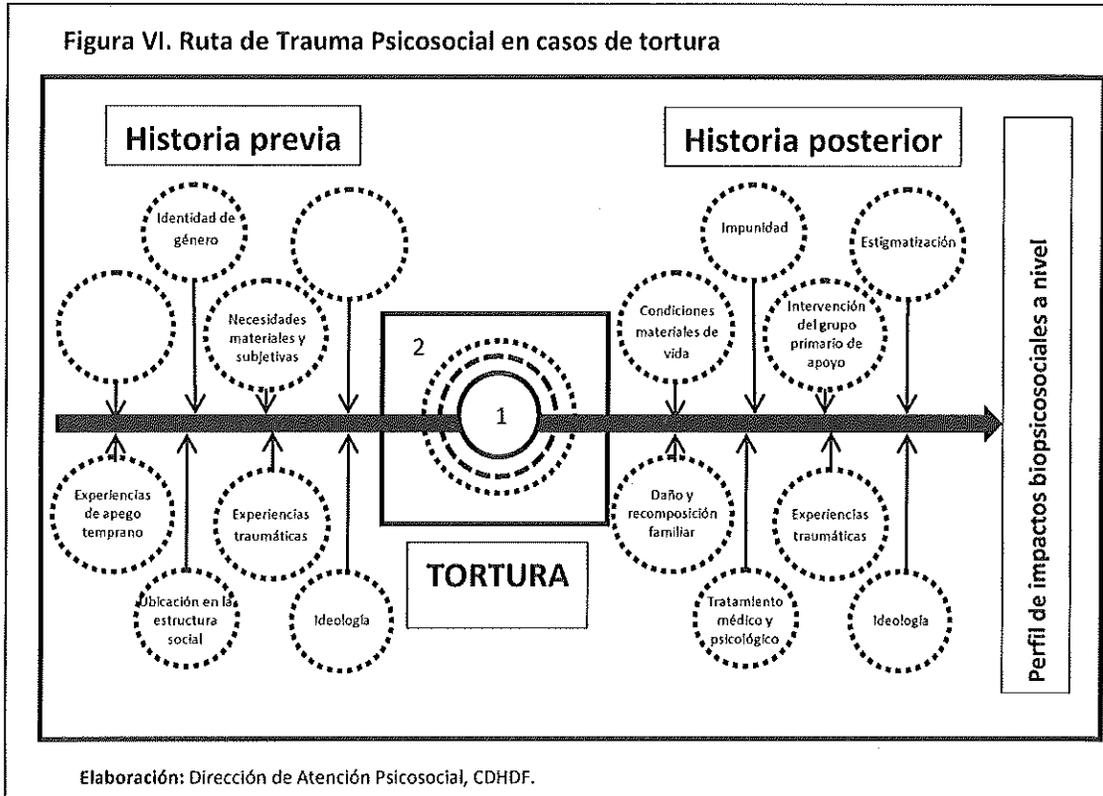
La tortura afecta a la persona al conmocionarla en su unidad biopsicosocial originándose varios procesos patológicos a nivel corporal, psíquico o relacional del sujeto con la sociedad. La experiencia traumática opera sobre un individuo que está definido previamente en su singularidad por una estructura biológica, una biografía, una personalidad, un determinado nivel de desarrollo de su conciencia social y un consiguiente proyecto histórico-vital. Este individuo es afectado –agredido-

por otros individuos, también conformados por una materialidad orgánica y una determinada subjetividad y condición social, los cuales realizan una práctica –la tortura- que está inmersa en un contexto institucional. Del encuentro de estas dos realidades y la conjunción de todos estos elementos se derivan una serie de manifestaciones psicofísicas y psicosociales que tendrán una configuración particular y única (Madariaga, 1995).

Es por ello que contrario a un esquema del trauma como el que se propone por la Asociación Psiquiátrica Americana mediante la explicación del Trastorno por Estrés Postraumático en el que no se establecen indicaciones específicas respecto la historia previa tanto del sujeto como de la historia previa general y donde el evento traumático es valorado en función de la "cantidad de "carga energética" que le lleva a producir una reacción emocional de distintos niveles, en el modelo propuesto, y de acuerdo a los impactos documentados, se propone un marco explicativo en el cual, para el caso de personas sobrevivientes de tortura, la configuración final de las secuelas y daños biopsicosociales tendrán que ver no solo con la configuración de su personalidad pre mórbida sino a su pertenencia de clase, su ideología, su proyecto histórico-vital y la adopción previa de su papel como actor político, su posición en la estructura de clases de la sociedad, su campo de necesidades, intereses y motivaciones que lo condicionan socialmente y el tipo de vínculos relacionales que el individuo puede movilizar una vez que se logra disminuir la desintegración de su ser social derivada de la tortura (Figura). Este modelo a su vez considera la posibilidad de una secuencia traumática, traumas acumulativos, traumas cíclicos o traumas recurrentes y abre la posibilidad al análisis de la relación entre el sujeto individual y el sujeto social (la comunidad), con lo que cobra sentido la importancia de la reparación y de no permitir la impunidad como parte del proceso de "cura" social.

Asimismo, permite ubicar el trauma de la tortura como un proceso a partir del cual se desencadenan una serie de experiencias que afectaran el curso de vida e integridad biopsicosocial de la víctima, y aún más llevan a la posibilidad de considerar que, en el debate que busca diferenciar los efectos de la reclusión/tortura esta no es relevante en el sentido de exclusión mutua sino que tienen que ser interpretados como los efectos acumulativos de dos procesos ligados en sí mismos, pues como señalamos al desarrollar la propuesta de ver a la tortura como proceso, la prisión es parte del proceso de tortura en su fase de desenlace.

Estas consideraciones son relevantes para el caso de la evaluación del daño biopsicosocial en víctimas/sobrevivientes de violaciones de derechos humanos debido a que la ausencia de caracterización del escenario histórico lleva inevitablemente a la sobre simplificación de la situación traumática, pues no toma en cuenta los procesos sociales que le dan coherencia y racionalidad a la constelación de impactos e incluso puede llevar a los clínicos enfrentados a estos casos a desalentar la integración o reintegración a estas redes sociales primarias y secundarias necesarias para el afrontamiento de un acto planificado y concretado por agentes del Estado que tiene como punto de arranque la racionalidad del poder. La complejidad de estos fenómenos está en que las descripciones y hallazgos encontrados en la práctica clínica y psicosocial sobrepasan los elementos propuestos en la nosografía clínica y social centrada en el nivel individual de la experiencia, y nos lleva a la necesidad de desarrollar el accionar de las distintas disciplinas para la evaluación del daño y elaborar propuestas de rehabilitación de los sobrevivientes en una perspectiva relacional e interdependiente.



CONCLUSIONES

A continuación se exponen las conclusiones con respecto a los objetivos planteados. En primer lugar se da cuenta de los principales impactos en los componentes Bio-psicosocial, respecto a las víctimas y sus familiares, en segundo lugar se concluye la consistencia de éstos con los eventos de tortura y finalmente, se enlistan recomendaciones para la determinación de una reparación integral del daño para las víctimas.

1.- En relación con los hechos de tortura los principales impactos que se documentaron son:

1.1.- Existe consistencia de los síntomas que se determinaron con el Protocolo de Estambul realizado por la CDHDF, sin embargo, estos se han agravado.

Se pudo documentar que la presencia de trastornos asociados a los hechos de tortura, se ven agravados por la falta de una atención médica y psicológica adecuada. Además de presentar otros factores de estrés asociados a la privación de la libertad, a eventos de violencia a los que han estado expuestos en los centros de readaptación, a la dificultad para acceder a redes de apoyo eficaces y pocos rasgos de personalidad resiliente.



Se documentaron afectaciones diferenciadas respecto de las mujeres, asociadas a la violencia sexual como práctica de tortura que reproduce patrones asociados a violencia de género, que no se documentan ni atienden de manera especializada, generando sentimientos de vergüenza y culpa, así como procesos de revictimización que agrava los daños psicológicos y la calidad de vida. La violencia sexual hacia las mujeres se relaciona con prácticas como violación, tocamientos, amenazas con connotaciones sexuales. Es importante considerar que aunque en menor medida también se pudo documentar violencia sexual respecto a los hombres, ésta se relaciona con prácticas como humillaciones con connotaciones sexuales, con golpes en los testículos, posiciones forzadas estando desnudos y amenazas respecto a ejercer violencia sexual hacia su pareja o madre. El uso y abuso de poder se encuentran inmersos en un sistema ideológico, en el cual se atenta contra la libertad e integridad personal, física y psicológica de quienes lo viven.

- i. El principal síntoma físico presente en las víctimas de tortura fue el dolor, mientras que los síntomas psicológicos relacionados con estrés postraumático que presentaban mayor intensidad son los pensamientos o recuerdos recurrentes, los problemas de sueño y las reacciones emocionales o físicas súbitas al recordar los hechos.
- ii. Respecto a las afectaciones a su salud mental que se documentaron está relacionada con dos diagnósticos principales: Episodio Depresivo mayor, en primer lugar, el cual tuvo la particularidad de tener con mayor frecuencia características de un episodio depresivo con síntomas melancólicos; en segundo lugar el Trastorno por Estrés Postraumático. Es importante considerar que más de mitad de los evaluados y evaluadas reportó algún grado de riesgo de suicidio.
- iii. La presencia de síntomas de trauma de estrés postraumático se relacionó con afectaciones en la calidad de vida de las víctimas, en los componentes de estado de salud, sentido de vida, satisfacción consigo mismo, y satisfacción con las relaciones personales, lo cual es consistente con la definición de Salud Mental de la OMS.
- iv. Respecto a la violencia sexual, de acuerdo a los resultados, las mujeres, además de presentar con mayor frecuencia síntomas de reexperimentación del trauma, evitación o embotamiento, hiperexcitación, depresión, disminución de la autoestima y disociación o despersonalización, también presentaron disfunción sexual; sentimientos de culpa y vergüenza disparados por una reacción desfavorable del entorno quien las responsabiliza de lo sucedido; todos relacionados con sintomatología que presenta mujeres víctimas de violencia sexual.

1.2.- Las consecuencias de los actos de tortura derivan en impactos en otros ámbitos de la persona y en víctimas indirectas. Los principales impactos psicosociales documentados con base en las entrevistas realizadas son los siguientes:

- i. Ruptura en el sistema de creencias respecto a sí mismos, principalmente en la sensación de seguridad, confianza y plenitud.
- ii. Ruptura en las creencias respecto a los demás, donde la principal afectación es la confianza en la bondad de los otros. Esta ruptura de creencias y quiebre de los marcos de referencia han generado sentimientos de impotencia, incertidumbre, percepción del mundo como impredecible y amenazante, dificultad para reestablecer las condiciones de seguridad e incapacidad para defenderse.

- iii. *Se presentan cambios y sobrecarga de roles en los miembros de la familia, así como disminución de la participación de la familia en actividades sociales y ruptura de las relaciones con la familia extensa debido a la atribución de culpa y estigmatización hacia la víctima de tortura o un familiar.*
- iv. *La privación de la libertad de la víctima ha representado la pérdida de ingresos económicos en la familia e incluso la pérdida de empleo de algún miembro de la misma, por el tiempo que debe dedicar a acompañar el proceso legal. Como por tener que sufragar gastos que no se tenían previstos, derivados de hacer frente al proceso legal y cubrir las necesidades de las personas privadas de su libertad.*

1.3.- *En cuanto a las entrevistas realizadas directamente con familiares de las personas expuestas a eventos de tortura, se muestran criterios para determinar que los hechos les han generado también impactos en los siguientes aspectos:*

- i. *Los familiares de las víctimas, si bien, no estuvieron directamente expuestos a los actos de tortura, viven la experiencia como un trauma indirecto que representa un cambio en la continuidad de su vida y sensación de que ésta queda atada a dicha experiencia por las consecuencias que ha acarreado para ellos y todo el entorno familiar.*
- ii. *Procesos de estigmatización sobre quienes fueron presentados ante los medios de comunicación, y sus familiares. Los procesos de estigmatización han afectado principalmente el entorno laboral, escolar y comunitario.*
- iii. *En cuanto a las afectaciones a su sistema de creencias, los familiares de las víctimas presentan en mayor medida sentimientos de impotencia e incertidumbre.*
- iv. *En cuanto a las afectaciones a su integridad psicofísica, como consecuencia del estrés al que han estado expuestos, presentan afectación a su salud mental por los cambios que experimentan en su personalidad y la forma en que responden a las demandas de la vida.*
- v. *En coincidencia con las víctimas directas, a raíz de los hechos se presentó una nueva configuración de los roles domésticos, especialmente en los padres de las y los detenidos en rubros como el cuidado de los hijos, el acompañamiento al detenido y el rol de proveedor o proveedora económica, dándose fenómenos de sobrecarga de roles.*

2.- De acuerdo a lo desarrollado en el apartado de discusión de los resultados se puede afirmar que **existe consistencia entre los eventos de tortura y los impactos biopsicosociales** descritos en el punto anterior. La tortura responde a un patrón sistemático en su aplicación e impactos derivados. La regularidad de este fenómeno se dio respecto a lugares y horas de detención, características de los agentes torturadores, objeto y métodos de tortura; Los cuales han sido también documentados por organismo es instituciones de Derechos Humanos.

2.1.- En particular se identificó un patrón de comportamiento que produce efectos traumáticos diferentes en hombres y mujeres, pues en el caso de las mujeres la violencia sexual es un método de tortura, que de manera recurrente se dirige hacia ellas, lo cual a su vez requiere de un patrón de detención específico en el cual en la mayoría de los casos no hay presencia de testigos y se utilizan espacios cerrados para la aplicación de la tortura, respondiendo a un contexto estructural de discriminación y violencia hacia la mujer. En el caso de la violencia sexual hacia los hombres se corroboraron los reportes que señalan que la violencia sexual hacia ellos, es frecuente e influye en el perfil de daños psicofísicos y en las denuncia de los hechos, sin embargo se documenta poco.

2.2.- En más del 80% de las víctimas no se encontraron referencias en los informes médicos realizados por médicos de las dependencias de procuración de justicia, como son los Ministerios Públicos, acerca de la presencia de síntomas psicológicos; los cuales sí se reportan en los Protocolos de Estambul realizados por la CDHDF como parte de la investigación de los expedientes que integran la recomendación 14/2014.

2.2.- La manera en que se vive la experiencia de tortura por parte de las personas cumple con todas las características de una experiencia traumática de acuerdo al contexto en el que se desarrollaron los hechos documentados, caracterizándose por respuestas de repliegue emocional o afectivo, búsqueda de sentido, cuestionamiento de uno mismo y de la posición frente al mundo. Estas respuestas subjetivas se acompañan de síntomas como los descritos en el apartado 1.1 de estas conclusiones, los cuales se han reportado en otros informes como las respuestas típicas ante la exposición a eventos traumáticos de la naturaleza de la tortura. El hecho de que Servidores Públicos detengan a las personas presuntas responsables sin una identificación oficial que les acredite como tales y sin una orden de aprehensión, en la vía pública y que se les retenga en promedio 6 horas de manera arbitraria implica una detención súbita y/o sorpresiva con potencial traumático grave o clínicamente significativo por sí misma.

2.3.- Adicionalmente, y de acuerdo al marco teórico propuesto, la documentación de impactos biopsicosociales que se realizó permitió demostrar que, si bien, la experiencia traumática impacta en el individuo, al estar éste en relación con otros ámbitos la experiencia se desarrolla como una secuencia traumática que impacta de forma acumulativa en los distintos ámbitos en los que éste interactúa y éstos a su vez impactan en el individuo de manera recíproca, lo que configura un trauma psicosocial, cuyas consecuencias afectan además a la sociedad ya que confirman un imaginario que relaciona la detención con actos de tortura. Un componente importante del trauma psicosocial es la percepción de impunidad y la afectación que ésta genera a la integridad psicofísica de la víctima, pero además a largo plazo erosiona la confianza en las instituciones del estado y obstaculiza un accionar común de la ciudadanía para poder límites al crecimiento de la misma

3.- Finalmente y derivado de los puntos anteriores se enlistan los siguientes elementos como apoyo a la **determinación de una efectiva y pronta reparación integral del daño para las víctimas.**

- i. Respecto a los síntomas, grupos diagnósticos y afecciones psicofísicas, las cuales están documentadas en el presente informe, se deberá garantizar el acceso a una atención y tratamiento especializado, los cuales deben considerar la naturaleza específica del trauma por tortura y por lo tanto realizar una adaptación de las *mejores prácticas disponibles para el cuidado de pacientes con causas más convencionales de problemas psiquiátricos y médicos*. Por ejemplo, considerar que el tipo de depresión que se documentó en estos casos tiene las características de una depresión de tipo melancólica, la cual no responde de manera adecuada a los tratamientos estándar para el episodio depresivo mayor y por lo tanto requiere de intervenciones farmacológicas específicas.
- ii. Respecto a la falta de documentación de síntomas psicológicos durante las valoraciones médicas realizadas a las personas detenidas durante su estancia en las agencias del ministerio público; se recomienda: a) la capacitación del personal médico adscrito a dichas unidades para detectar y documentar adecuadamente probables hechos de tortura y

- secuelas psicológicas; así como b) ampliar la certificación de lesiones a la intervención de profesionales de la salud mental.
- iii. Respecto a las mujeres y hombres que fueron víctimas de tortura sexual, se sugiere atender de manera especializada, diferenciada y con perspectiva de género, las secuelas que han agravado el estado de su salud mental y deteriorando su calidad de vida.
 - iv. Respecto a las intervenciones médico psicológicas, para síntomas como el insomnio, las secuelas neuropsicológicas debido al trauma y la rehabilitación física; se sugiere integrar en su atención medidas no farmacológicas como el entrenamiento psicosocial y cognitivo, la terapia física, y medidas generales como la dieta y el ejercicio.
 - v. Respecto a los impactos psicosociales de los familiares, es necesario que se brinde en primer lugar acceso a servicios de atención médica e intervención psicosocial a fin de valorar las necesidades derivadas de los síntomas del trauma y las afecciones psicofísicas que presentan, así como la intervención psicológica en el núcleo familiar para atender los cambios y sobrecarga de roles en los miembros de la familia.
 - vi. Respecto al contexto de privación de la libertad en que se encuentran la totalidad de las personas entrevistadas, el daño a su estado psicoemocional se deriva de la percepción de falta de acceso a una defensa adecuada que les permita demostrar los actos de tortura a los que estuvieron expuestas, por lo que se deberán considerar las medidas institucionales correspondientes.
 - vii. Respecto a la percepción de impunidad como daño a la integridad psicofísica, cuyo efecto es continuado en tanto no se sancione a los responsables, considerando la tortura como trauma psicosocial; es necesario considerar las medidas institucionales pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida-Filho N. (2004). *La ciencia tímida*. Lugar Editorial, Argentina.
2. Amnistía Internacional (2010). *Informe 2010, el estado de los derechos humanos en el mundo*. Amnistía Internacional, Londres.
3. Amnistía Internacional (2014). *Fuera de control, tortura y otros malos tratos en México*. Amnistía Internacional, Londres.
4. Asociación Psiquiátrica de América Latina (2004). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. 2004. Asociación Psiquiátrica de América Latina, México.
5. Auxéméry Y. (2014). *Clinical forms of post-traumatic depression*. En: *Encephale*.
6. Beristain, Carlos M. *Manual sobre Perspectiva Psicosocial en la Investigación de Derechos Humanos*. Lejona: Universidad del País Vasco. 2010.
7. Bichescu, Schauer, Saleptsi, Neculau, Elbert y Neuer (2005). *Long-term consequences of traumatic experiences: an assessment of former political detainees in Rumania*. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1 (17).

8. Botinelli Ma. Cristina. Impunidad como crimen de lesa humanidad, en: Instituto Interamericano de Derechos Humanos. "Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio: aportes psicosociales". San José, IIDH, 2007. P. 181
9. Calveiro, P. (2006). *La decisión política de torturar*. En: Subirats, E., Calveiro, P., Castresana, C., Segato, R. L. y Serje, M. *Contra la tortura*. Fineo, México.
10. Calveiro, P., Castresana, C., Segato, R. L., Serje, M. y Subirats, E. (2006). *Manifiesto contra la tortura*. En: Subirats, E., Calveiro, P., Castresana, C., Segato, R. L., Serje, M. *Contra la tortura*. Fineo, México.
11. Castresana, C. (2006). *La tortura como mal mayor*. En: Subirats, E., Calveiro, P., Castresana, C., Segato, R. L. y Serje, M. *Contra la tortura*. Fineo, México.
12. Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad (2009). *Informe sobre la tortura en México*. En: Tortura, pensamiento y acción del Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad. Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, México.
13. Edelman, L.; Kersner, D.; Kordon, D.; Lagos, D. et al. *La impunidad, una perspectiva psicosocial*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana. 1995.
14. Enríquez, J., Treue, F., Valadez, F. y Victorio, J. (2004). *Aporte para la adaptación del manual médico-psicológico en México*. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT); Copenhagen.
15. Gómez, N. (2007). *Documentación del aspecto psicológico de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. En: Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México. México
16. Gómez Dupuis (2009): *Peritaje Psicosocial por Violaciones a Derechos Humanos*. Ecap – Colección Psicología Social No. 6. Guatemala.
17. Iacopino V., Xenakis S.N. (2011). *Neglect of Medical Evidence of Torture in Guantanamo Bay: A Case Series*. PLoS Med 8(4).
18. Iriart, C., Waitzkin, H, Breilh, J, Estrada, A. y Merhy, E.E. (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. Revista Panamericana de Salud Pública, 12 (2): 128-136.
19. Jacobsen, L., Smidt-Nielsen, K. (1997). *Sobrevivientes de la tortura, traumas y rehabilitación*. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT): Copenhagen.
20. Laurell, A. (1978). *Investigación en sociología médica*. Salud Problema, No. 2.



21. Madariaga, C. (2000). *Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura*. En: Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, Consejo Internacional para la Rehabilitación de Víctimas de Tortura. La tortura y otras violaciones de los derechos humanos. Editores Siglo Veintiuno: Antigua.
22. Madariaga, C. (1995). *Tortura, proceso salud-enfermedad y psiquiatría*. Ponencia presentada en el Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), XI Congreso Argentino de Psiquiatría. 29 de marzo y el 1º de abril de 1995, San Carlos de Bariloche, Argentina.
23. Naciones Unidas (2005). *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Serie de Capacitación Profesional Nº 8, Rev.1, Ed. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra.
24. Pérez Sales, P. (2004). *Manual de Psicoterapia de Respuestas Traumáticas*. En: Trauma y resistencia. Escosura Producciones, Barcelona.
25. Peters, E. (1987). *La tortura*. Alianza editorial, Madrid.
26. Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos "Todos los Derechos para Todos y Todas" (2012). Situación de la tortura en México.
27. Souza, L. (2009). *Tortura e imaginario social: significación colectiva de la tortura*. En: Tortura, pensamiento y acción del Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad. Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, México.
28. Souza, L., Muñiz, M., Díaz, J. R., Victorio, J. L. y Treue, F. (2009). *Marco de la atención integral en salud a los sobrevivientes de la tortura*. En: Tortura, pensamiento y acción del Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad. Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, México.
29. Treue, F. (2010). *Principios para la detección y documentación de posibles casos de tortura*. Presentación en el Seminario-Taller. Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, México.
30. Wildeman C., Lee H., Comfort M., (2013). *A New Vulnerable Population? The Health of Female Partners of Men Recently Released from Prison*. Womens Health Issues. 23 (6).

Coordinación del Informe

Mtra. Mariana Castilla Calderas
Subdirectora de atención a
Población en Vulnerabilidad

Med. Especialista Emmanuel Santos Narváez
Prestador de Servicios
Profesionales