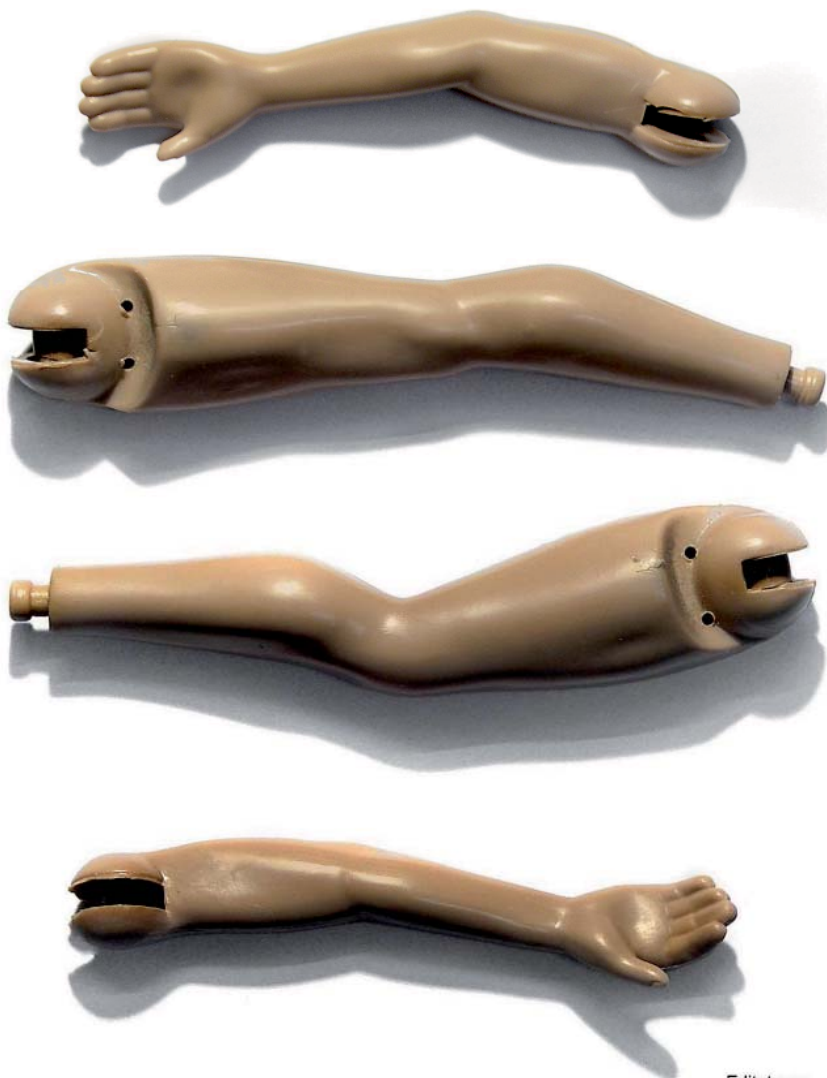


Protocol d'Istanbul

Manual per a la investigació i la documentació de la tortura



Editat per:

Acció
dels Cristians
per l'Abolició
de la Tortura



associació
memòria
contra la
tortura

MANUAL PER A LA INVESTIGACIÓ I LA DOCUMENTACIÓ EFICACES DE LA TORTURA I ALTRES PENES O TRACTAMENTS CRUELS, INHUMANS O DEGRADANTS

PROTOCOL D'ISTANBUL

Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans

Sèrie de capacitació professional núm. 8

Títol Original: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol)

Edició: Associació Memòria Contra la Tortura (www.proutortura.net)
Acció dels Cristians per l'Abolició de la Tortura (acat.pangea.org)

Amb el suport: Oficina de Promoció de la Pau i dels Drets Humans de la Generalitat de Catalunya

Traducció al català: Elisenda Bori Andorrà
Adrià Martín Mor
Meritxell Mir Roca
Miriam Raventós Barangé
Laia Vallès Casas

Agraïments per assessorament a la traducció: Esther Amorós Galito
Maria Teresa Barenys de Lacha
Antoni Munné-Jordà

Disseny portada: Marcel Dalmau Brunet

Muntatge: Sylvia Gili Suriñach

Edició a cura de: Ramon Piqué Huerta

ISBN: 84-609-9242-X

Primera edició: Països Catalans, gener de 2008

© 2008 United Nations for the English edition
© 2008 United Nations for the Catalan edition
The work is published for and on behalf of the United Nations

Introducció dels editors

El dia 2 de novembre de l'any 2004, el Tribunal de Drets Humans d'Estrasburg feia pública una sentència que condemnava l'Estat espanyol per la vulneració de l'article 3 de la Convenció contra la tortura en una demanda presentada per disset independentistes catalans que havien estat detinguts i torturats poc abans dels Jocs Olímpics de Barcelona, l'any 1992. Aquells fets són coneguts amb el nom d'Operació Garzón, ja que aquest era el jutge que va dirigir-ne l'operatiu.

Es tractava d'una sentència històrica, ja que per primer cop l'Estat espanyol era condemnat en un cas de tortures. L'argument fonamental apuntat per l'alt tribunal era que, tot i els indicis existents, cap instància judicial espanyola no havia fet cap investigació seriosa per a esclarir aquells fets. La importància també ve pel fet que des de moltes instàncies internacionals es denunciava la pràctica de la tortura a l'Estat espanyol. Probablement el cas més paradigmàtic va ser l'informe del Relator de l'ONU sobre la tortura, el senyor Theo van Boven, publicat l'any 2004, que incorporava un seguit de recomanacions per al govern espanyol encaminades a l'eradicació de la tortura. Aquell informe no va agradar als governants de l'Estat, que van denunciar que el relator feia més cas als familiars i les organitzacions de drets humans que no pas al mateix govern. La tesi del govern era que la gran majoria de denúncies de tortura presentades a l'Estat espanyol eren falses.

Aquest argument, el convenciment de la falsedat de les denúncies, és el fil conductor que trobem, per activa o per passiva, en l'arxivament de la majoria de les denúncies de tortura presentades a l'Estat espanyol. La policia sempre ha defensat que els senyals que moltes de les persones detingudes tenen després de passar per comissaria són causats per autolesions. Els intents de suïdici, que en alguns casos són certs i provocats per la situació extrema de violència a què és sotmesa la persona detinguda, han estat utilitzats sense cap mena de pudor per justificar les tesis d'autolesions dels detinguts.

En general, els metges forenses —especialment en casos d'incomunicació de la persona detinguda, però no només— han tendit a donar veracitat a la versió policial, i han acabat donant cobertura mèdica oficial a les seves versions. L'actitud de la judicatura tradicionalment ha consistit a arxivar els casos de tortura al més aviat possible, alguns cops —massa— sense cap mena d'investigació per a aclarir el possible delictes denunciats, i, d'altres vegades, amb una instrucció molt pobre, que només podia acabar en sobreseïment.

Segons l'informe de la Coordinadora per la Prevenció de la Tortura de l'Estat espanyol, des del 2000 fins a l'any 2006, s'han presentat un total de tres mil denúncies per maltractaments i tortura a l'Estat. Una xifra esgarrifosa que probablement és més elevada, ja que moltes víctimes de tortura i maltractaments no acostumen a presentar cap denúncia judicial.

Es fa difícil portar a l'esfera pública un tema com el de la tortura en un estat de dret, però el que és cert és que aquesta pràctica existeix, cosa que qüestiona la qualitat d'aquest estat. La seva existència implica esferes d'impunitat profundes que només són possibles per la manca de voluntat dels agents que intervenen en la garantia de drets fonamentals: jutges i fiscals, que destaquen per l'omissió davant de la pràctica de la tortura més que no pas per una acció efectiva; metges forenses, que sobresurten per la poca cura amb què tracten aquesta mena de delictes i per la manca d'instruments i coneixements sobre la pràctica de la tortura per a l'exercici de la seva feina, i mitjans de comunicació, que destaquen per contribuir al silenci sobre aquesta pràctica i pel tractament sovint sensacionalista i morbós del tema.

Tenim el convenciment que la tortura és una pràctica que es pot eradicar. Per assolir aquest objectiu cal sobretot la voluntat política dels dirigents del país, que són els principals responsables de la protecció dels drets humans. Cal, també, que la societat civil estigui amatent i que exerceixi un paper vigilant en temes com aquest: una societat sense instruments de prevenció de la tortura i dels maltractaments tendeix a agreujar la impunitat que embolcalla aquesta mena de delictes.

Des de l'any 1977, any en què es va promulgar la llei d'amnistia política a l'Estat espanyol, més de tres-centes persones han estat detingudes —moltes de les quals, torturades— en el marc de la legislació antiterrorista arreu dels Països Catalans. No tenim xifres específiques del nombre de persones que han patit tortura i maltractaments en altres situacions: comissaries, presons, centres d'internament d'estrangers, de menors, etc, però es tracta d'un nombre molt més elevat que l'apuntat.

Quan el procés que va menar els independentistes catalans a Estraburg va acabar, va sorgir la iniciativa de crear una associació que treballés per eradicar la tortura i que servís d'instrument per a donar suport a les persones que patien tortures als Països Catalans. Així va néixer l'associació Memòria contra la Tortura. Un dels primers objectius va ser la traducció i l'edició d'aquest manual editat per l'ONU l'any 1989. Un manual que valorem que és de primer ordre en tant que proporciona moltes pautes que han de ser útils a tots aquells professionals que han de tractar, des de punts de vista diferents, víctimes de la tortura.

La publicació de l'edició catalana s'ha fet juntament amb l'ACAT, l'Acció dels Cristians per l'Abolició de la Tortura, amb qui des de fa anys col·laborem de manera estreta en l'objectiu d'eradicar la tortura.

Països Catalans, gener de 2008

Pròleg a la traducció en llengua catalana del Protocol d'Istanbul

Introducció

Amic lector que acabes d'obrir aquest llibre:

Quan escric aquestes línies, aviat farà cinc anys que les Nacions Unides el van publicar en la seva *sèrie de capacitació professional*. És el text núm. 8, també denominat Protocol d'Istanbul de l'Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions Unides pels Drets Humans. Et prego que repassis la llista de persones, molt compromeses, que van participar en la seva redacció, així com també les institucions que li donaren suport.

El document en la seva globalitat és essencialment un text de caràcter tècnic, orientat a que una persona que l'hagi estudiat i practicat pugui esdevenir avaluadora competent dels maltractaments físics i psíquics que deriven en tortura. Per la seva naturalesa, és un manual destinat a les diverses branques de professionals que treballen en l'àmbit de les atencions a la salut: metges, psiquiatres, metges forenses, psicòlegs i treballadors socials.

També és un manual per a juristes i particularment pels jutges, per tal que tinguin a les seves mans un protocol d'intervenció que els permeti dirigir correctament aquelles persones les quals, treballant sota les seves ordres, puguin aportar com a sanitaris informacions precioses en relació a possibles maltractaments a persones detingudes, dissidents polítics o militants d'organitzacions polítiques, cíviques, armades, pageses o sindicals.

Aquest treball podria servir també, en segona instància, a metges de capçalera, personal d'urgències sanitàries i educadors socials com a eina de primera mà per la claredat i rigorositat de les indicacions que ofereix entorn la problemàtica dels maltractaments, per desgràcia tan poc coneguts i valorats.

Et trobes davant d'un document de capacitació professional no gaire diferent dels que l'ONU publica periòdicament sobre problemes que afecten la Humanitat en el seu conjunt. Vull recordar-te els informes sobre determinades situacions socio sanitàries com la sida, el naixent problema de la grip aviària, la contaminació ambiental o el tracte que han de rebre les persones immigrades i refugiades.

El Protocol d'Istanbul té, essencialment, una finalitat: dotar d'una preparació clínica (tant semiològica com pròpiament tecnològica) perquè els professionals de la salut puguin estudiar i en conseqüència denunciar la pràctica de la tortura i d'altres formes de maltractament físic i psíquic. La vocació d'aquesta sèrie de documents és unificar criteris per tal que puguin ser acceptats per la comunitat internacional.

Si comences a llegir aquest document i ets una persona sense formació sanitària —i és molt probable que pertanyis a aquest grup— podrà donar-te la impressió de ser més aviat un inventari de bones intencions poc útil a l'hora d'investigar la problemàtica sobre de la tortura. No és així: és un treball delicat, minuciós, ple d'elements que ens demostren que les persones que l'han redactat comparteixen un coneixement molt aprofundit sobre la pràctica de la tortura i les seves conseqüències agudes i cròniques, que marquen, com un ferro roent, un abans i un després la biografia d'éssers humans concrets.

Un pròleg és sempre una invitació a la lectura, s'escriu per a facilitar-la i per fer de guia de navegació. Assenyalant llums i ombres d'un text, d'allò que té, d'allò que, en opinió del prologuista, li manca. També és un incitador que vol moure't a la lectura, perquè el text que llegiràs et mogui, a la vegada, interiorment.

Però la funció d'un pròleg va molt més lluny. És la de fer de contrapunt al text prologat, en el sentit que els músics donen a aquest terme: articular al tema donat (en aquest cas el caràcter tècnic del manual que ara et presento) un tema o diversos, la funció dels quals és destacar més encara allò que el text investiga i que, pel seu objecte concret, no hi pot entrar.

Així doncs, seguint amb l'analogia del contrapunt, per la seva naturalesa tècnica, el Protocol no té com a funció l'elaboració d'una teoria general de la tortura, de la seva història, i la seva pràctica contemporània, per desgràcia tan estesa. Si et sents atret per l'estudi d'una teoria general sobre la tortura, aquest manual difícilment et podrà satisfer. I per finalitzar amb l'analogia del contrapunt, aquest pròleg no solament et presentarà el text, sinó que, jugant el paper de tema independent, donarà una visió més panoràmica de la tortura com a tecnologia política àmpliament utilitzada.

De què ens parla aquest manual?

Resseguint les planes que el componen, trobem la introducció en la que es dóna una definició sobre què és tortura i se'ns explica què va fer néixer en la comunitat internacional la necessitat de redactar el Protocol d'Istanbul. La filosofia sobre la que es construeix aquest manual gira entorn la definició de tortura que trobaràs publicada en aquesta introducció, la de la Convenció de les Nacions Unides contra la tortura el 1984.

Es destaca que, en les dues darreres dècades, la comunitat internacional ha après molt sobre la pràctica de la tortura i les seves tràgiques conseqüències, però que *abans* del text que tens entre les mans no existien directrius internacionals concretes per documentar-la adequadament.

Els autors que van redactar-lo sota la direcció de les Nacions Unides tenien com a finalitat donar unes directrius internacionals aplicables en l'avaluació mèdica i jurídica d'aquelles persones que al·leguessin haver sofert tortura i maltractaments. Pretén facilitar la investigació de casos de persones presumptament implicades i comunicar-ne els resultats als òrgans judicials competents per jutjar i condemnar. Aquests principis esbossen unes normes mínimes perquè els estats puguin assegurar-ne una documentació eficaç.

En el primer capítol trobaràs una magnífica panoràmica de les normes jurídiques internacionals aplicables a la lluita contra la tortura. Destaca el fet que la seva prohibició és un dels elements comuns al dret humanitari internacional, i n'assenyala unes obligacions bàsiques per tal d'evitar-la: no expulsar o extraditar persones a estats on hi hagi una pràctica regular de maltractaments i tortures documentada i penalitzar tots els actes de tortura, procurant que sigui declarada delictiva.

El punt més important que exposa aquest capítol és un dels tendons d'Aquil·les de la lluita contra aquesta pràctica en els estats actuals: la dificultat per fixar límits temporals, jurídics i mèdics a les detencions incomunicades. I, per derivació, examinar amb seriosa interrogació la qualitat i la veracitat de les declaracions que es puguin demostrar que foren arrencades sota pressions físiques i psíquiques associades als maltractaments i la incomunicació.

També en aquest capítol se'ns presenta la figura del Relator Especial sobre la Tortura, que fou creada el 1985 a petició de multitud d'organitzacions internacionals de defensa dels drets humans. El rol d'aquest Relator ha estat cabdal a l'hora de definir i denunciar la situació de la pràctica de la tortura a escala mundial i posar límits als abusos a molts estats del planeta.

Fent referència al segon capítol, t'endinsaràs en tota la problemàtica sobre l'ètica jurídica, la dels professionals de la salut i la posició que han de tenir davant les pràctiques que violen la integritat física i psíquica de les persones. Una idea central el presideix: els sanitaris, i molt particularment els metges, mai han de servir per recolzar les tortures o participar-hi directament. En cap escenari poden usar els seus coneixements per a facilitar les activitats de tortura que degraden les persones que les pateixen fins a situacions impròpies de la condició humana.

És per aquest motiu que té un gran valor la reflexió que se'ns presenta en temes tan candents com el consentiment informat o la confidencialitat. I aprofundeix en una idea que mai s'ha de perdre de vista: l'activitat mèdica és, i ha de seguir sent, una activitat independent del poder polític que té com obligació —i així se cita oportunament en el text— lliurar-se en cos i ànima a l'alleujament dels pacients i no abandonar-los ni danyar-los mai. Evidentment que d'aquí no se'n deriva que la pràctica de la medicina es doni isolada en uns llimbs fora de l'història, perquè tu saps tan bé com jo, que els condicionats de la salut són, en darrera instància, sempre polítics.

En el tercer capítol trobaràs les línies mestres necessàries per a la investigació legal de la pràctica de la tortura. Aquí se'ns planteja, de manera descarnada, com n'és de difícil realitzar aquesta recerca per tal que assoleixi l'èxit desitjat: definir casos de tortura susceptibles de ser sotmesos a processos judicials i, així, castigar adequadament els responsables. El capítol no és feixuc per la minuciositat de la qual et parlava anteriorment, ho és perquè, tu, lector, et trobaràs confrontat a totes les limitacions i dificultats que comporta la investigació de la tortura.

Coneixeràs acuradament molts dels procediments aplicables per a la investigació. També tindràs ocasió de veure fins quin punt és difícil investigar sobre una tecnologia política que existeix realment i que els seus protagonistes principals, els cossos i forces de seguretat dels Estats que les practiquen, s'esforcen per negar

l'existència, per ridiculitzar i degradar sistemàticament els que les denuncien o lluiten en contra i, si s'escau, portar-los als tribunals i acusar-los d'injúries a les forces policials. En els dies en què escric aquestes ratlles, Unai Romano (aquell xicot basc fotografiat amb el rostre totalment inflat i morat) es troba implicat en una situació idèntica a la que t'acabo de relatar.

Al quart capítol, que duu per títol «Consideracions generals relatives a les entrevistes» (de les persones torturades), trobem una altra cara de les dificultats estructurals que van permanentment vinculades a la recerca de practiques vexatòries i a la salvaguarda dels drets de les persones detingudes.

Aquest capítol adquireix més valor en la mesura en què multitud de juristes, en l'actualitat, estan alertant la ciutadania de *la crisi del garantisme jurídic*, que marca la tradició de la jurisprudència de la Il·lustració fins els nostres dies. Aquesta qüestió té una gran transcendència social i jurídica que no se'ns pot escapar i que es planteja en dues direccions: la de la presumpció d'innocència i la referida als aspectes processals.

Si la presumpció d'innocència és directament qüestionada, l'acció policial esdevé des del mateix moment de la detenció d'una persona, una part més del càstig al qual es fa mereixedora *abans* de qualsevol acció pròpiament judicial.

El garantisme jurídic pregonja bastament l'exigència ètica relacionada amb el rigor processal. Els fets, les proves, els *tempi* de cada part de les indagacions, els testimoniatges i llurs formes, les proves pericials, així com l'exercici del dictat de les sentències s'han de seguir amb total exactitud, gairebé ritualitzada. Però aquí, la finalitat no és alimentar burocràticament un fetitxe, sinó la de poder assegurar que, a l'hora de condemnar algú, hi ha una convicció fundada en proves i garantida pel seguiment exquisit dels passos a seguir.

El garantisme fou, amb tots els seus defectes i limitacions una conquesta envers la llibertat humana, no diferent al dret al vot, a la llibertat d'expressió o al divorci. Va néixer sota l'impuls d'una classe burgesa que lluitava contra el dogmatisme religiós, els vells règims absolutistes i la pràctica indiscriminada de càstigs corporals sense que hi haguessin indicis racionals sobre la necessitat de les penes practicades. Eren els temps en els quals aquesta classe lluitava per fer del Dret quelcom escrit amb la mateixa lògica que les lleis de Galileu o de Newton. És, doncs, una contribució decisiva per a l'assoliment de la justícia humana que, en els nostres dies, quan la burgesia ha perdut tot el seu caràcter revolucionari, es debat en una crisi civilitzadora sense precedents i se sent terriblement amenaçada, el vol llençar per la borda sense cap mirament, només perquè li resulta molest. Les presons d'alta seguretat alemanyes tan de moda durant els anys 70 o Guantánamo en l'actualitat serien probablement exemples paradigmàtics, per bé que, per desgràcia, no els únics.

La lògica de Beccaria (un dels pares del garantisme jurídic) ha donat pas a la de Kafka a *El Procés*. En aquesta lògica tothom és culpable mentre no es demostrï el contrari. De la mateixa manera, els que posen en qüestió el garantisme afirmen que seguir el procediment establert assegurat per correccions afinades al llarg de molt de temps, és secundari. Dit en altres paraules, el que importa és castigar el *culpable* encara que la convicció de la culpabilitat pugui ser dubtosa. El millor exemple d'això el trobem als Tribunals Especials existents a molts estats, com l'Audiència Nacional a l'Estat espanyol.

Aquest capítol, sota l'aparença tècnica i l'asèpsia dels protocols i normes explica què cal fer en la investigació i documentació de la tortura. Posa cara a cara les persones que tenen l'atreviment d'investigar-la amb aquelles que poden violentar-se denunciant-la i dir a quins maltractaments han estat sotmeses.

Hi ha coses molt difícils de dir, de la mateixa manera que hi ha coses molt difícils de sentir, com ens ho recorda Sòfocles a l'*Edip rei*. Dir coses difícils de dir i escoltar coses difícils d'escoltar retorna l'ésser humà a la seva autèntica condició. Li permet, en conseqüència, poder canviar allò que abans, per no ser dit ni sentit, no podia ser reconegut com a existent.

Parlar del propi dolor és molt difícil i fer-ho sense exhibicionismes i amb exactitud és una barrera difícilment superable perquè les resistències inconscients i els sentiments de vergonya i culpa són molt forts. Cal afegir que, habitualment, les persones torturades tenen el convenciment que ningú les creurà i que allò que va passar no era exactament d'aquella manera. És calcat a l'experiència que relaten els supervivents dels camps d'extermini, i que es condensa en la impossibilitat d'acceptar que mantenir-se amb vida amb uns mínims de dignitat ja és lluitar —i molt— contra l'anorreament de les persones.

Escoltar el dolor del proïsme és tòxic i més, sobretot, si ens connecta, no amb els dolors propis de la vida o de la malaltia o dels mals de l'amor, sinó amb aquesta cara sinistra del dolor induït i practicat mitjançant les

tecnologies adequades per a desactivar el lluitador, el militant, el combatent. A aquella persona que d'una o altra manera pensa que l'estat de coses realment existent es insostenible, que porta al cap una altra forma de vida com a potencialitat realitzable, de la mateixa manera com una mare embarassada fantasieja sobre el fill que porta dins.

Et prego que t'entretinguis especialment a llegir els apartats «e», «f» i «g», i que et paris a cada coma davant de cada paraula perquè en cada tipografia, en cada mot, s'amaga la suor, la saliva, l'orina, els crits, les descarregues elèctriques, les bosses de plàstic enganxades a la cara, llargues i infinites sèries de flexions, la gana, la set, la son trencada, les injeccions o el pes d'algú sobre la panxa..., la llista es faria infinita.

De telò de fons, les agressions contra la sexualitat de les persones detingudes. Donat que la sexualitat és un dels elements més importants de la condició humana, la condició sexual és atacada amb una força molt especial, continuada i retorçada. Tortura i vexació sexual són absolutament indestriables i les dones, les seves víctimes principals.

Aquesta curta llista d'exercicis de crueltat que t'acabo de presentar, és la *cara sinistra* d'aquesta espècie que, havent construït obres tan admirables com la muralla de Xina o les variacions Goldberg i d'altres tan necessàries com els llibres, les vacunes o l'electricitat, *també* ha creat la picana, la banyera, les cel·les d'aïllament i els camps d'extermini.

I si et fixes en el que ens explica la part «h», entendràs perfectament per què es fa tan difícil per les víctimes de les tortures poder-les explicar, fer-les públiques, tenir el valor de denunciar-les. Les persones que han passat per aquesta experiència saben prou bé que, com més *s'allunyen* en el temps dels fets dels quals foren víctimes, més *s'acosten* a que qualsevol petit detall de la vida quotidiana esdevingui el desencadenant del record del terror i del dolor. Es fa molt difícil realitzar, per no dir impossible, una reintegració retroactiva a partir de les experiències del present sobre allò que va passar.

Passa quelcom similar a allò que diu en Raimon en aquella poesia: «quan veus que tot s'acaba, torna a començar». Efectivament, en el psiquisme de la persona afectada, aquella petita cremada fent un cafè, aquell color d'una bossa de plàstic, o una trucada telefònica inesperada, com tantes altres coses banals, té el poder de desencadenar el terror com si tot hagués passat ahir.

El capítol cinquè ens parla d'una repetició mortífera: l'acció orientada a fer mal de manera deliberada, en repetir-se, acaba deixant senyals físiques. Potser et sembli que parlo d'una obvietat. No és així: el capítol, que porta per títol «Senyals físiques de tortura», en els seus mateixos inicis ens adverteix que «...de totes maneres en cap cas s'haurà de considerar que l'absència de signes físics indica que no s'ha produït tortura, ja que és molt freqüent que aquests actes de violència contra les persones no deixin marques i senyals permanents...».

Observa la paradoxa: un capítol que té per objecte d'estudi la recerca sobre els senyals físics de tortura adverteix en el seu mateix inici que l'absència d'aquests senyals no implica manca de tortura física. Això no és per atzar. La tortura, com a tecnologia orientada a produir mal deliberadament, s'ha anat perfeccionant i fent més científica, de la mateixa manera que en medicina cada vegada més es practica la cirurgia no invasiva. Cada cop es necessita fer menys mal físic per a assolir les finalitats que l'acte de torturar es proposa.

La resta del capítol és pròpiament un manual de medicina forense. Encara que no ho entenguis del tot, para't en algun indret a llegir atentament allò que posa. Tinc el convenciment que t'ajudarà a aproximar-te a la magnitud del cataclisme que la pràctica de la tortura té des del punt de vista corporal, físic.

El capítol sis es destina a l'estudi dels signes psicològics que indiquen que una persona ha estat torturada. En els seus inicis el text ens ho deixa molt clar «...un dels objectius fonamentals de la tortura és reduir el subjecte a una posició d'indefensió i angouxa externa que pugui produir un deteriorament de les funcions cognoscitives, emocionals i del comportament. Així, per exemple, la tortura constitueix un atac als mecanismes fonamentals de funcionament psicològic i social de la persona. En aquestes circumstàncies el torturador tracta no solament d'incapacitar físicament la víctima sinó també de desintegrar la seva personalitat...».

En aquest apartat, la condició social de l'ésser humà brilla amb una força especial «...el torturador aspira també a destruir la idea de la víctima com a ésser humà, que troba les seves arrels en una família i una societat, amb els seus somnis, esperances i aspiracions de futur. En deshumanitzar i trencar la voluntat de la seva víctima, el torturador crea un exemple aterridor per tots aquells que es posin en contacte amb ella. D'aquesta manera la

tortura pot trencar i danyar la voluntat i coherència de comunitats senceres. Pot deixar danys profunds en les relacions íntimes entre els cònjuges, pares i fills i altres membres de la família, així com en les relacions entre les víctimes i les seves comunitats...».

Després d'aquests capítols, trobaràs uns annexes d'un gran interès i que fan referència als principis relatius a la investigació i documentació sobre la tortura. I un llistat de proves diagnòstiques, dibuixos anatòmics per a documentar la tortura física i els maltractaments així com les directrius generals per a l'avaluació mèdica dels maltractes.

Algunes consideracions sobre el llenguatge que el text utilitza i les seves conseqüències polítiques

El text que t'estic presentant té una virtut que el lector comprometès agraeix: en cap moment usa el denominat llenguatge políticament correcte. Aquesta perversió en l'ús del llenguatge, tan corrent avui en dia, comporta treure força i valor a les paraules. El llenguatge políticament correcte, però, vol anar més enllà: la seva funció és la destrucció del conjunt de sistemes simbòlics que configuren el patrimoni cultural i lingüístic d'una nació, encarnat en tots i cadascun dels membres que la componen.

El discurs políticament correcte ha estat sotmès a crítica per diferents autors i ara no és, com entendràs, el moment per parlar-ne, però s'imposen algunes precisions. Probablement, fou Marcuse un dels que van iniciar l'anàlisi d'aquesta forma d'usar el llenguatge en aquell text admirable que porta per títol *L'Home Unidimensional*, publicat fa quaranta-dos anys. Altres autors, particularment Chomsky o Barthes, han demostrat que aquest ús del llenguatge és una tecnologia orientada a facilitar la dominació. És el que Chomsky ha denominat «indústria de creació de consens».

El llenguatge políticament correcte s'ha consolidat a mida que la ideologia postmoderna s'ha anat imposant en els diferents discursos socials i particularment en els mediàtics. Farà uns vint anys, Fredric Jameson va investigar la relació entre el postmodernisme com a concepció estètica, artística i mediàtica amb el llenguatge literari. Va demostrar que és una forma expressiva pròpia de la lògica cultural del capitalisme avançat.

La lògica postmoderna, dominant en les societats de democràcia representativa, ha definit un axioma: que com que són *democràtiques*, no hi ha pràctiques de violència física i psicològica i els conflictes es resolen pel diàleg, a través d'institucions *ad hoc*.

El pensament postmodern (recordem el text de Vattimo que porta per títol *El pensament dèbil*) comporta la creació d'un context de cultura on tot és banal, fluix, efímer. On totes les coses que apareixen a l'horitzó són consumides de forma massiva i substituïdes per unes altres. Jameson ha sabut veure molt bé que aquest procés no solament passa amb els objectes sinó també amb les ideologies polítiques que són canviades vertiginosament. No dubta en afirmar que aquestes substitucions faciliten l'acumulació en el pla econòmic i la dominació en el pla polític.

Evitar el llenguatge políticament correcte es fa més necessari que mai en parlar o escriure sobre el fenomen de la tortura. Per la seva naturalesa, requereix un discurs clar i dur perquè, contràriament al que diu Ovidi, no es pot ocultar amb paraules el mal.

Vivim en temps de fúria, i com més de fúria són, la ideologia dominant promociona aquesta tipologia de llenguatge suposadament pacifista i pacificador, que té com a funció crear en les ments un conjunt de ficcions polítiques que siguin acceptades com a lògiques i naturals. Poden servir d'exemple els mots «equidistància», «agents socials», «ciutadania», «diàleg», «globalització», etc., que difuminen les reals condicions de la desigualtat social cada cop més monstruosa, l'alienació insofrible o la crisi ecològica probablement irreversible.

El llenguatge políticament correcte, instal·lat en els medis de comunicació i practicat sistemàticament pels denominats «intel·lectuals» i publicistes vinculats als aparells econòmics o mediàtics (aquells que Beauvoir i Chomsky denominen «mandarins»), em porta a recordar-te que l'escriptora afroamericana i premi Nobel, Toni Morrison, diu que l'idioma de l'opressor no solament representa la violència sinó que és la violència mateixa. Usar-lo fa que la veritat científica quedi distorsionada com a valor i que es converteixi en quelcom relatiu i banal. La tortura no és relativa i la teoria que l'estudia tampoc ho pot ser. Escriure amb rigor representa un guany en la qualitat de l'anàlisi d'una de les més greus violacions conegudes contra l'ésser humà. Òbviament que es dona per suposat que l'elaboració científica ha d'estar sotmesa a repensar permanentment allò que ha produït.

Això ens posa en excel·lents condicions per aclarir el problema de l'Estat en la societat contemporània. «El llenguatge de l'administració total» del que parlava Marcuse en el llibre citat anteriorment troba un referent paradigmàtic en la forma d'explicar les funcions de l'Estat i així produir ideologia orientada a la dominació. Habitualment, els medis de comunicació i els mateixos polítics es refereixen a l'Estat com un ens benvolent i gairebé paternal al qual es denomina «l'administració».

D'aquesta manera, hom *accentua* que un dels rols de l'Estat és l'administració de les coses i paral·lelament *desvirtua* que la seva funció principal sigui l'exercici de la violència legítima. Aquesta funció ve determinada en darrera instància per les diverses formes que adopta la repressió, cadascuna de les quals usa les tecnologies adequades per tal d'assolir els seus fins.

La lluita contra la tortura posa al descobert la funció prevalent dels estats: garantir unes formes d'acumulació econòmica en benefici d'una o varies classes dominants, jugar un paper regulador dels interessos de les diverses classes en conflicte i reprimir amb tota la força possible qualsevol forma de dissidència seriosa procedent de les classes, pobles o comunitats oprimides, independentment de la forma que adopti per expressar-se.

És per aquest motiu que la lluita contra la tortura és una cursa d'obstacles insalvables. I, per què no, contra les disfuncions que es produeixen en les formes d'administració. Es realitza contra el conjunt de sistemes d'exercici de la violència legítima i de dominació directa de les persones, que es caracteritza per una gran opacitat i l'ús permanent de la forma de llenguatge que fa de la opacitat un fet normal.

Esbós de resposta a una qüestió polèmica

Arribats a aquest punt, podria ser que haguessis sentit la necessitat de polemitzar sobre el problema tràgic de les coses que passen quan els oprimits guanyen llibertat política i capacitat de dirigir els seus afers econòmics i simbòlics. Potser mentre llegies has recordat la inversió de rols que ara es dona en el conflicte judeopalestí. Els antics deportats als camps de l'extermini planificat han esdevingut botxins dels palestins. Els apliquen la mateixa medecina amarga que ells van prendre ara fa unes dècades. Això és de tot punt inacceptable.

La lluita contra la tortura avui ens posa, als éssers humans que combatem per una societat més justa, en el context d'un debat ètic indefugible. Una societat més lliure i igualitària també necessitarà per molt de temps un Estat que practiqui la violència legítima. Però la pràctica d'aquesta no pot ser la repetició de les mateixes pràctiques dels antics opressors, fetes amb altres noms i altres justificacions. Com va dir Trotski, la seva moral no és la nostra. Una societat més igualitària i democràtica ha de practicar la repressió lluitant paral·lelament de forma implacable contra el maltractament i les tortures.

Tenim el deure d'analitzar diverses experiències històriques, i en particular les que es relacionen amb l'evolució de l'antiga Unió Soviètica. De la mateixa manera que sabem que una economia rígidament planificada i burocratitzada no és socialista, sinó una forma més de capitalisme, també sabem que determinades concepcions sobre l'exercici de l'autoritat o el càstig als delinqüents no representen cap avanç envers la constitució d'un Estat més democràtic.

Ara és demà. Aquest debat ha de ser encarat amb valentia, perquè la sortida no és el pacifisme com alguns pregonen. Des de la mort del mateix Gandhi fins el fracàs de la revolució sandinista, aquest pacifisme s'ha demostrat tan inútil, tan obsolet, com les formes d'exercici de la violència legítima que havien copiat mecànicament les maneres de funcionar dels règims anteriors. (I cal recordar que, a moltes zones del planeta on hi ha algun conflicte, els estats han promocionat organitzacions «pacifistes», com a instrument de contrapoder i mobilització contra les organitzacions populars, que lluiten en la direcció de l'alliberament).

La persistència de la pràctica de la tortura com a tecnologia política en el segle XXI: algunes explicacions

En els inicis del segle XXI, la crisi de civilització que s'iniciava en la dècada dels 70 del segle passat fa que la pràctica de la tortura sigui cada cop més necessària per a mantenir l'actual *statu quo*.

És la tràgica paradoxa d'una classe social que, per culminar el seu projecte històric, ha posat en acció totes les forces que portaran a la seva desaparició. La voluntat de domini del planeta, iniciat cinc segles enrere, amb els grans descobriments geogràfics, el Renaixement, i l'Humanisme, avui veiem que exclou gairebé tota la humanitat.

El manifest fundacional d'aquesta classe fou el «Discurs sobre la Dignitat de l'Home», de Pico Della Mirandola.

L'economia-món capitalista, amb el seu extraordinari desenvolupament tecnològic, ha incrementat les desigualtats a escala planetària en comptes de facilitar que les seves aplicacions siguin en benefici de tothom. No ha d'estranyar-nos, doncs, que les protestes, revoltes i lluites contra el sistema s'acompanyin de respostes pràctiques a les necessitats de la humanitat en el seu conjunt. En molts casos, ja transcendeixen la lògica del capitalisme mateix.

Amb un simplisme que ratlla l'obcecació —alguns en diuen pensament únic— la resposta en el pla econòmic són les receptes ultraliberals del Fons Monetari Internacional i, en el pla polític, la creixent militarització de les societats. És totalment coherent que els poders públics, cada cop més vinculats a poderoses multinacionals, no dubtin en usar la tortura per a desactivar les múltiples cares de la revolta. El poder transnacional ha trobat un mot que serveix de comodí per a poder fer qualsevol cosa: *terrorisme*.

Hi ha moltes violències i és un imperatiu polític, científic i ètic analitzar-les en el seu context històric i social. Aquesta és la tasca que hem de fer les persones políticament compromeses: analitzar cadascuna d'aquestes violències i les seves fonts. Només així podran ser canviades. Amb aquest mot, el llenguatge de la dominació total reforça la idea que la violència ve d'una banda i que només n'hi ha d'un tipus.

El mot és usat —gairebé sempre— contra la violència que practiquen els oprimits, que tenen el dret d'escollir com volen lluitar per canviar aquelles coses que els generen sofriment. Tenen el dret de defensar-se. Massa sovint, per als opressors, qualsevol activitat dels oprimits sempre es terrorisme, per pacifista que aquesta pugui ser. La presó d'Abu Graib és sempre a la cantonada de casa nostra.

Tot i l'ús massiu dels medis de comunicació, amb els seus programes de teleescombreries, la infinita literatura de consum que serveix per a capillaritzar la ideologia imperial, per exemple, les novel·les de Ken Follet o els manuals d'autoajuda, cada dia més abundants i que lubriquen els malestars de l'ànima, els instruments que acabo de citar no són suficients. Com tampoc ho és la drogodependència. Les drogues s'han usat molt sovint com a tecnologia de dominació política. És per aquest motiu que la tortura segueix sent imprescindible pel manteniment de la dominació.

Eva Forest, gran lluitadora contra els maltractaments i la tortura, ha analitzat en múltiples treballs el triangle torturador-torturat-context social on es tortura. La tortura, com tants aspectes de la societat contemporània —ens diu aquesta autora—, és un fenomen global. Vol destruir uns per la seva rebel·lia i adormir, anestesiar i domesticar els altres com bestiar, transformant-los en éssers més dòcils. Les persones que, explícitament o implícita, accepten la tortura, col·laboren en la seva extensió. Es comporten com a éssers vegetaltitzats, cada cop menys diferents i de pensament més únic. Són esclaus submisos necessaris per aquells que cerquen com sigui el control del pensament.

Forest destaca que, ser observadors passius i callats, té uns efectes psíquics i socials que generen una tensió que mina la salut. No és inquietant —continua dient— que es cridi contra tanta «violència terrorista» i s'ignori la violència de l'Estat, més greu i a sobre pagada per tots nosaltres? No és un signe de degradació i de manca de capacitat crítica? Es comença acceptant la tortura a casa i s'acaben acceptant genocidis... No us fa por?

Seguint en aquesta línia, no està de més recordar que la negació de la realitat sempre acaba passant factura. Les *bones persones* que vivien prop de Dachau, després de molts anys de desmentir allò que era evident, la pudor de carn cremada, van deixar de ser *bones persones* de cop i volta i amb justícia se'ls va blasmar que havien col·laborat *activament* amb l'holocaust.

Per indagar en l'eficàcia de la tortura cal anar mes enllà. Franz G. Alexander, en la seva monumental *Història de la Psiquiatria*, ens parla de la conquesta que ha representat per la humanitat el naixement de la psicoanàlisi i el mètode psicoanalític com a forma bàsica de tractament de les malalties mentals.

«El punt crucial en el tractament psicoanalític —diu aquest autor— és el que Freud va denominar la *transferència*. Es basa en el fet que, durant el tractament, el pacient no solament recorda les seves experiències passades sinó que, i això és el més important, transfereix al terapeuta els sentiments que ha tingut envers les persones que foren importants en la seva vida passada i reacciona enfront ell de la mateixa manera com ho feia enfront els seus pares. Revivint i fent actuar una i una altra vegada les respostes originals neuròtiques, el pacient aconsegueix corregir-les. D'aquesta manera, es tracten les reaccions mal adaptatives del passat. *Reviure les experiències passades dona a l'adult l'oportunitat de lluitar amb les emocions i els successos infantils no resolts.*

La seva fortalesa d'adult l'ajuda a resoldre les dificultats emocionals que no havia estat capaç de superar durant el seu passat infantil.» (La cursiva és meua).

Aquesta síntesi d'un dels principals descobriments de Freud ens permet avançar en la comprensió del fenomen de la tortura, perquè les implicacions de la transferència van molt més enllà de les relacionades amb la cura psicoanalítica.

La capacitat per a la transferència es vincula a una de les dimensions de més importància antropològica dels subjectes de la nostra espècie. Els éssers humans naixem profundament immadurs i fràgils i necessitem dels adults durant el llarg període infantil perquè ens protegeixin, alimentin, i ens converteixin en éssers simbòlics i normatius. En aquest context es va desenvolupant aquesta dimensió, un dels pilars més genuïns de la personalitat.

Des d'aquesta perspectiva, Victor Korman afirma que «qualsevol objecte que ingressi en l'espai psíquic del subjecte esdevindrà *necessàriament* objecte de transferència [...]. Tot objecte que entri en el radi vincular del subjecte, servirà de pantalla per a les transferències inconscients que es produiran indefectiblement. (El veí, la dona o el marit, el cap, els fills, els companys de feina, el professor de música, l'estudi, les afeccions, la droga, etc.)».

Aquest psiquiatre i psicoanalista rebla aquesta idea afirmant que tota nova trobada, tota relació que els éssers humans establim, no és més que un «retrobarment» que reverbera d'una o altra manera les relacions d'objecte més infantils, més oblidades, però decisives en el nostre funcionament psíquic actual.

Les contribucions d'aquests dos autors que vinc de citar permeten formular la pregunta clau per investigar l'extrema utilitat que la tortura té: *com funciona la transferència com a dimensió humana en el context de la relació torturador-torturat?* Contestar-la correctament presenta unes enormes dificultats teòriques i clíniques i surt de l'àmbit d'aquest pròleg. T'avanço que en un llibre que espero publicar en un futur no llunyà estudio aquest funcionament, examinant què posen en joc torturador i torturat en tant que subjectes socials. (Des de l'art dramàtic, l'obra d'Ariel Dorfman, que porta per títol el nom del quartet de Schubert *La Mort i la Donzella*, planteja amb una especial claredat la complexa naturalesa del problema).

Com a tecnologia coordinada, a través del dolor físic i psíquic induïts, la denigració moral i la pressió psicològica, el torturador té la funció de destruir amb la màxima eficàcia i el mínim de temps aquells components més sans i madurs de qualsevol psiquisme, mentre que promou les parts més infantils i regressives que aquest psiquisme té. Es recolza en les parts més malaltes i més fràgils, per destruir les més sanes.

Iñaki Gil de San Vicente, en un dels seus treballs, ha investigat la tortura com a procés de destrucció d'un ordre simbòlic introjectat en el psiquisme d'un ésser humà i, per derivació, de tota la força de treball humana que calgué emprar per encarnar-lo en el cos i en la ment de la persona torturada. Has vist que el Protocol parla que la pràctica de la tortura sobre un subjecte té un efecte determinant en el col·lectiu al qual pertany. Seguint Gil de San Vicente podem aprofundir en aquesta idea: la destrucció no solament es fa en i sobre l'ordre simbòlic *propri* del subjecte sotmès a tortura, sinó també es fa sobre l'ordre simbòlic que el va generar i que n'és portador. Destruïnt l'ordre simbòlic *precedent*, que és el representat per la comunitat, no queda altre camí que acceptar l'encarnat pel torturador, excepte si la persona torturada té una elevada moralitat combatent.

Epíleg

En el llibre que porta per títol *El caminant i el mur*, Salvador Espriu ens presenta un excepcional poema, «No t'he de donar accés al meu secret». Ens serveix de paràbola del conjunt de les vivències de les persones que, havent passat per l'experiència de la tortura, lluiten cada dia per superar-ne els efectes i mantenen la vocació de combatre per una societat més lliure. Tan lliure com la ciutat, amb el nom de la qual, acaba el seu admirable poema. Escolta'l:

Enllà de l'odi altíssim de la presó, potser
els tendres camps encara són caminats pel sol?
Si retornava als ulls l'or enyorat dels dies,
si m'allunyava endins del gran triomf del groc!
Preguntes fredament com estimo la vida,

quan no vols escoltar el que diria un crit.
No sabràs mai dels arbres ni de profundes deus
ni del jardí perdut darrera les muntanyes,
ni del record dels llavis que amb la mort vaig besar.
És fidel i callat el meu antic dolor:
no t'ha d'obrir la porta de les ombres i el clos
on tinc només en mi els laments de Gadara.

Heus ací expressada la dialèctica que cristal·litza dolor i plaer, mort i vida, opressió i llibertat, el present i el futur que pot advenir, que podem fer-lo real si lluitem per assolir-lo. Aquest pròleg, que va començar unes pàgines més amunt, ara s'acaba. Va morint per deixar pas al text que el segueix, que veuràs que és realment important. Res millor que acabar-lo, com si aquest pròleg ens parlés del seu final, amb les paraules del poeta:

Jo, que moro i sé
la solitud del mur i el caminant
et demano que em recordis avui,
mentre te'n vas amb les sagrades hores.

Oriol Martí
Barcelona, octubre 2005 – gener 2006

PROTOCOL D'ISTANBUL

Manual per a la Investigació i la Documentació
de la Tortura

Elaborat per:

l'Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions
Unides per als Drets Humans

NOTA

Les denominacions utilitzades en aquesta publicació i el material que conté no impliquen, de part de la Secretaria de les Nacions Unides, cap judici respecte a la condició jurídica de cap país, territori, ciutat o zona, de les respectives autoritats, ni respecte a la delimitació de les seves fronteres o límits.

El material que conté aquesta publicació es pot citar o reproduir lliurement, sempre que se n'esmenti la procedència i s'envii un exemplar de la publicació que inclogui el material reproduït a l'Oficina de l'Alt Comissionat per als Drets Humans de les Nacions Unides, 1211 Ginebra 10, Suïssa.

PUBLICACIÓ DE LES NACIONS UNIDES

Núm. de venda: S.01.XIV.1

ISBN 92-1-35467-1

ISSN 1020-301X

Manual per a la investigació i la documentació eficaces de la tortura
i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants

Protocol d'Istanbul

Lliurat a: l'Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans

9 d'agost del 1999

ORGANITZACIONS PARTICIPANTS

Action for Torture Survivors (HRFT), Ginebra
Amnistia Internacional, Londres
Associació Mèdica Alemanya, Berlín
Associació Mèdica Danes, Copenhaguen
Associació Mèdica Mundial, Ferney-Voltaire
Associació Mèdica Turca, Ankara
Associació per a la Prevenció de la Tortura, Ginebra
Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlín
British Medical Association (BMA), Londres
Centre d'Investigacions i Aplicació de la Filosofia i els Drets Humans,
Universitat Hacettepe, Ankara
Center for the Study of Society and Medicine, Universitat Columbia, Nova York
The Center for Victims of Torture (CVT), Minneapolis
Centre Georges Devereux, Universitat de París VIII, París
Clínica Psiquiàtrica Indoxina, Boston
Comitè contra la tortura, Ginebra
Comitè Internacional de la Creu Roja, Ginebra
Consell Internacional de Rehabilitació de Víctimes de la Tortura (IRCT), Copenhaguen
Departament de Medicina Forense i Toxicologia, Universitat de Colombo, Colombo
Departament d'Ètica, Facultat de Medicina Dokuz Eylül, Esmirna
Federació Internacional d'Organitzacions de Salut i Drets Humans, Amsterdam
Fundació de Drets Humans de Turquia (HRFT), Ankara
Fundació Johannes Wier, Amsterdam
Human Rights Watch, Nova York
Indian Medical Association and the IRCT, Nova Delhi
Institute for Global Studies, Universitat de Minnesota, Minneapolis
Institut Llatinoamericà de Salut Mental, Santiago, Xile
Lawyers Committee for Human Rights, Nova York
The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres
Metges pels Drets Humans Israel, Tel Aviv
Metges pels Drets Humans Palestina, Gaza
Physicians for Human Rights USA, Boston
Programa de Prevenció de la Tortura, Institut Interamericà de Drets Humans, San José
Programa de Salut Mental de la Comunitat de Gaza, Gaza
Relator Especial sobre la Tortura, Ginebra
Societat d'Especialistes en Medicina Forense, Istanbul
Survivors International, San Francisco
The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Ciutat del Cap

SUMARI

	<i>Pàgina</i>
AUTORS QUE HI HAN CONTRIBUÏT I ALTRES PARTICIPANTS	25
INTRODUCCIÓ	29
<i>Capítol</i>	<i>Paràgraf</i>
I NORMES JURÍDIQUES INTERNACIONALS APLICABLES	1-46 31
A. Dret humanitari internacional.....	2-6 31
B. Les Nacions Unides.....	7-23 32
1. Obligacions legals de prevenir la tortura	10 33
2. Òrgans i mecanismes de les Nacions Unides	11-23 34
C. Organitzacions regionals	24-45 37
1. La Comissió Interamericana de Drets Humans i la Cort Interamericana de Drets Humans.....	25-31 37
2. El Tribunal Europeu de Drets Humans	32-37 38
3. El Comitè Europeu per a la Prevenció de la Tortura i de les Penes o Tractaments Inhumans o Degradants	38-42 40
4. La Comissió Africana de Drets Humans i dels Pobles i el Tribunal Africà de Drets Humans i dels Pobles	43-45 41
D. La Cort Penal Internacional.....	46 46
II CODIS ÈTICS PERTINENTS	47-72 43
A. Ètica de la professió jurídica.....	48-49 43
B. L'ètica en l'atenció sanitària.....	50-55 43
1. Declaracions de les Nacions Unides amb relació als professionals de la salut	51-52 44
2. Declaracions d'organismes professionals internacionals	53-54 45
3. Codis nacionals d'ètica mèdica	55 45
C. Principis comuns a tots els codis d'ètica de l'atenció sanitària	56-64 46
1. El deure de donar assistència compassiva	57-61 46
2. Consentiment amb coneixement de causa	62-63 47
3. El secret professional	64 48
D. Professionals de la salut amb doble obligació.....	65-72 48
1. Principis orientadors per als metges amb doble obligació	66 49
2. Dilemes resultants de la doble obligació	67-72 49
III INVESTIGACIÓ LEGAL DE LA TORTURA	73-118 51
A. Objectius d'una investigació de tortura.....	76 51
B. Principis relatius a la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants	77-83 51
C. Procediments d'investigació de tortura.....	84-105 53

1. Determinar l'òrgan investigador adequat.....	84-86	50
2. Entrevistar la presumpta víctima i els altres testimonis.....	87-100	54
3. Recerca i preservació de proves materials	101-102	58
4. Proves mèdiques.....	103-104	59
5. Fotografies.....	105	59
D. Comissió d'enquesta	106-108	60
1. Definir el camp d'aplicació de l'enquesta	106	60
2. El poder de la comissió	107	60
3. Criteris per a la selecció dels membres.....	108-109	61
4. El personal de la comissió.....	110	61
5. Protecció dels testimonis.....	111	61
6. Procediments.....	112	61
7. Avís d'enquesta	113	62
8. Recepció de proves.....	114	62
9. Drets de les parts	115	62
10. Avaluació de les proves	116	62
11. Informe de la comissió.....	117-118	63
IV CONSIDERACIONS GENERALS RELATIVES A LES ENTREVISTES	119-159	65
A. L'objectiu de l'enquesta, l'examen i la documentació.....	120	65
B. Salvaguardes de procediment respecte als detinguts.....	122-125	66
C. Visites oficials als centres de detenció	126-133	67
D. Tècniques aplicables a l'entrevista.....	134	68
E. Documentació dels antecedents	135-140	69
1. Història psicosocial i prèvia a l'arrest	135	69
2. Resum de la detenció i de l'abús.....	136	69
3. Circumstàncies de la detenció.....	137	69
4. L'loc i condicions de la detenció.....	138	69
5. Mètodes de tortura i maltractaments.....	139-140	70
F. Avaluació del context.....	141-142	70
G. Revisió dels mètodes de tortura.....	143-144	71
H. Risc d'una nova traumatització de l'entrevistat	145-148	75
I. L'ús d'interpres.....	149-152	73
J. Qüestions de gènere	153-154	74
K. Indicacions de l'enviament a altres especialistes	155	75
L. Interpretació de les troballes – conclusions.....	156-159	75

V	PROVES FÍSQUES DE LA TORTURA	160-232	77
	A. Estructura de l'entrevista.....	162-166	77
	B. Historial mèdic.....	167-171	78
	1. Síntomes aguts.....	169	78
	2. Síntomes crònics.....	170	78
	3. Resum de l'entrevista.....	171	78
	C. L'exploració física.....	172-185	79
	1. Pell.....	175	80
	2. Cara.....	176-181	80
	3. Tòrax i abdomen.....	182	81
	4. Sistema musculoesquelètic.....	183	82
	5. Sistema genitourinari.....	184	82
	6. Sistemes nerviosos central i perifèric.....	185	82
	D. Examen i avaluació després de l'aplicació de formes específiques de tortura.....	186-231	83
	1. Cops i altres tipus de contusions.....	188-201	83
	2. Cops als peus.....	202-204	86
	3. Suspensió.....	205-207	88
	4. Altres tortures posicionals.....	209-210	89
	5. Tortura per descàrregues elèctriques.....	211	90
	6. Tortura dental.....	212	90
	7. Asfíxia.....	213	90
	8. Tortura sexual, incloent-hi la violació.....	214-231	90
	E. Proves de diagnòstic especialitzades.....	232	95
VI	PROVES PSICOLÒGIQUES DE LA TORTURA	233-314	97
	A. Observacions de caràcter general.....	233-238	97
	1. El paper cabdal de l'avaluació psicològica.....	233-236	97
	2. El context de la avaluació psicològica.....	237-238	98
	B. Seqüeles psicològiques de la tortura.....	239-258	99
	1. Advertiments.....	239	99
	2. Reaccions psicològiques més freqüents.....	240-248	99
	3. Classificació dels diagnòstics.....	249-258	101
	C. L'avaluació psicològica/psiquiàtrica.....	259-314	105
	1. Observacions ètiques i clíniques.....	259-261	105
	2. El procés de l'entrevista.....	262-273	105

3. Components de l'avaluació psicològica/psiquiàtrica	274-290	108
4. Avaluació neuropsicològica	291-308	112
5. Els nens i la tortura.....	309-314	116

ANNEXOS

		<i>Página</i>
I	PRINCIPIS DE LA INVESTIGACIÓ I LA DOCUMENTACIÓ EFICACES DE LA TORTURA I ALTRES PENES O TRACTAMENTS CRUELS, INHUMANS O DEGRADANTS	119
II	PROVES DE DIAGNÒSTIC	121
III	DIBUIXOS ANATÒMICS PER A LA DOCUMENTACIÓ DE LA TORTURA I ELS MALTRACTAMENTS	125
IV	DIRECTRIUS PER A L'AVALUACIÓ MÈDICA DE LA TORTURA I ALTRES MALTRACTAMENTS	133

AUTORS QUE HI HAN CONTRIBUÏT I ALTRES PARTICIPANTS

Coordinadors del projecte

Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston
Dr. Önder Özkalipli, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Istanbul
Sra. Caroline Schlar, Action for Torture Survivors (HRFT), Ginebra

Comitè editorial

Dra. Kathleen Alden, Clínica Psiquiàtrica Indoxina, Boston, i Departament de Psiquiatria, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire
Dr. Türkan Baykal, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Esmirna
Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston
Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago
Dr. Önder Özkalipli, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Istanbul
Dr. Michael Peel, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres
Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Universitat Columbia, Nova York
Sr. James Welsh, Amnistia Internacional, Londres

Relators

Dra. Kathleen Alden, Clínica Psiquiàtrica Indoxina, Boston, i Departament de Psiquiatria, Dartmouth Medical School, Lebanon, New Hampshire
Sra. Barbara Frey, Institute for Global Studies, Universitat de Minnesota, Minneapolis
Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago
Dr. Şebnem Korur Fincanci, Societat d'Especialistes en Medicina Forense, Istanbul
Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Universitat Columbia, Nova York
Sra. Ann Sommerville, British Medical Association, Londres
Dr. Numfondo Walaza, The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Ciutat del Cap

Autors que hi han contribuït

Dr. Suat Alptekin, Departament de Medicina Forense, Istanbul
Dr. Zuhail Amato, Departament d'Ètica, Facultat de Medicina Doküz Eylül, Esmirna
Dr. Alp Ayan, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Esmirna
Dr. Semih Aytaçlar, Sonomed, Istanbul
Dr. Metin Bakkalci, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Ankara
Dr. Ümit Biçer, Societat d'Especialistes en Medicina Forense, Istanbul
Dr. Yeşim Can, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Istanbul
Dr. John Chisholm, British Medical Association, Londres
Dr. Lis Danielsen, Consell Internacional de Rehabilitació de Víctimes de la Tortura, Copenhaguen
Dr. Hanan Diab, Metges pels Drets Humans Palestina, Gaza
Sr. Jean-Michel Diez, Associació per a la Prevenció de la Tortura, Ginebra
Dr. Yusuf Doğar, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Istanbul
Dr. Morten Ekstrom, Consell Internacional de Rehabilitació de Víctimes de la Tortura, Copenhaguen

Professor Ravindra Fernando, Departament de Medicina Forense i Toxicologia, Universitat de Colombo, Colombo

Dr. John Fitzpatrick, Cook County Hospital, Chicago

Sra. Camile Giffard, Universitat d'Essex, Regne Unit

Dr. Jill Glick, Hospital Infantil de la Universitat de Chicago, Chicago

Dr. Emel Gökmen, Departament de Neurologia, Universitat d'Istanbul, Istanbul

Dr. Norbert Gurriss, Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlín

Dr. Hakan Gürvit, Departament de Neurologia, Universitat d'Istanbul, Istanbul

Dra. Karin Helweg-Larsen, Associació Mèdica Danesa, Copenhaguen

Dr. Gill Hinshelwood, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres

Dr. Uwe Jacobs, Survivors International, San Francisco

Dr. Jim Jaranson, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Sra. Cecilia Jimenez, Associació per a la Prevenció de la Tortura, Ginebra

Sra. Karen Johansen Meeker, Escola de Dret de la Universitat de Minnesota, Minneapolis

Dr. Emre Kapkin, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Esmirna

Dr. Cem Kaptanoğlu, Departament de Psiquiatria, Facultat de Medicina de la Universitat Osmangazi, Eskişehir

Professora Ioanna Kuçuradi, Centre d'Investigacions i Aplicació de la Filosofia i els Drets Humans, Universitat Hacettepe, Ankara

Sr. Basem Lafi, Programa de Salut Mental de la Comunitat de Gaza, Gaza

Dra. Elizabeth Lira, Institut Llatinoamericà de Salut Mental, Santiago

Dr. Veli Lök, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Esmirna

Dra. Michèle Lorand, Cook County Hospital, Chicago

Dr. Ruchama Marton, Metges pels Drets Humans Israel, Tel Aviv

Sra. Elisa Massimino, Lawyers Committee for Human Rights, Nova York

Sra. Carol Mottet, Consultora jurídica, Berna

Dr. Fikri Öztop, Departament de Patologia, Facultat de Medicina de la Universitat Ege, Esmirna

Sr. Alan Parra, Oficina del Relator Especial sobre la Tortura, Ginebra

Dra. Beatrice Patsalides, Survivors International, San Francisco

Dr. Jean Pierre Restellini, Unitat de Concienciació sobre els Drets Humans, Direcció dels Drets Humans, Consell d'Europa, Estrasburg

Sr. Nigel Rodley, Relator Especial sobre la Tortura, Ginebra

Dr. Füsün Sayek, Associació Mèdica Turca, Ankara

Dra. Françoise Sironi, Centre Georges Devereux, Universitat de París VIII, París

Dr. Bent Sorensen, Consell Internacional de Rehabilitació de Víctimes de la Tortura, Copenhaguen, i Comitè contra la tortura, Ginebra

Dr. Nezir Suyugül, Departament de Medicina Forense, Istanbul

Sra. Asmah Tareen, Escola de Dret de la Universitat de Minnesota, Minneapolis

Dr. Henrik Klem Thomsen, Departament de Patologia, Hospital Bispebjerg, Copenhaguen

Dr. Morris Tidball-Binz, Programa de Prevenció de la Tortura, Institut Interamericà dels Drets Humans, San José, Costa Rica

Dr. Nuray Türksoy, Fundació dels Drets Humans de Turquia, Istanbul

Sra. Hülya Üçpınar, Oficina dels Drets Humans, Associació de Juristes d'Esmirna, Esmirna

Dr. Adriaan van Es, Fundació Johannes Wier, Amsterdam

Sr. Ralf Wiedemann, Escola de Dret de la Universitat de Minnesota, Minneapolis

Dr. Mark Williams, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Participants

Sr. Alessio Bruni, Comitè contra la tortura, Ginebra

Dr. Eyad El Sarraj, Programa de Salut Mental de la Comunitat de Gaza, Gaza

Dra. Rosa Garcia-Peltoniemi, The Center for Victims of Torture, Minneapolis
Dr. Ole Hartling, Associació Mèdica Danesa, Copenhaguen
Dr. Hans Petter Hougen, Associació Mèdica Danesa, Copenhaguen
Dr. Delon Human, Associació Mèdica Mundial, Ferney-Voltaire
Dr. Darío Lagos, Equip Argentí de Treball i Investigació Psicosocial, Buenos Aires
Dr. Frank Ulrich Montgomery, Associació Mèdica Alemanya, Berlín
Sr. Daniel Prémont, Fons de Contribucions Voluntàries de les Nacions Unides per a les Víctimes de la Tortura, Ginebra
Dr. Jagdish C. Sobti, Associació Mèdica Índia, Nova Delhi
Sr. Trevor Stevens, Comitè Europeu per a la Prevenció de la Tortura, Estrasburg
Sr. Turgut Tarhanli, Departament de Relacions Internacionals i de Drets Humans, Universitat Boğazici, Istanbul
Sr. Wilder Taylor, Human Rights Watch, Nova York
Dr. Joergen Thomsen, Consell Internacional de Rehabilitació de Víctimes de la Tortura, Copenhaguen

Aquest projecte s'ha finançat gràcies al generós ajut del Fons de Contribucions Voluntàries de les Nacions Unides per a les Víctimes de la Tortura; la Divisió dels Drets Humans i de la Política Humanitària del Departament Federal d'Afers Exteriors, Suïssa; l'Oficina d'Institucions Democràtiques i de Drets Humans de l'Organització per a la Seguretat i la Cooperació a Europa; la Creu Roja Sueca; la Fundació dels Drets Humans de Turquia, i Physicians for Human Rights. S'ha rebut ajut complementari del Centre per a les Víctimes de la Tortura; l'Associació Mèdica Turca; el Consell Internacional per a la Rehabilitació de les Víctimes de la Tortura; Amnistia Internacional Suïssa, i l'Associació Cristiana per a la Prohibició de la Tortura, Suïssa.

Introducció

En aquest manual, es defineix la tortura amb les mateixes paraules utilitzades en la Convenció de les Nacions Unides contra la Tortura del 1984:

Als efectes de la present Convenció, s'entendrà pel terme "tortura" tot acte pel qual s'infligeixin intencionadament a una persona dolors o sofriments greus, siguin físics o mentals, amb el fi d'obtenir d'aquesta o d'un tercer informació o una confessió, de castigar-la per un acte que hagi comès o que se sospiti que hagi comès, o d'intimidat o coaccionat aquesta persona o altres, o per qualsevol raó basada en qualsevol tipus de discriminació, quan els esmentats dolors i sofriments els infligeixi un funcionari públic o una altra persona en l'exercici de funcions públiques, a instigació seva, o amb el seu consentiment o aquiescència. No es consideraran tortures els dolors o sofriments que siguin conseqüència únicament de sancions legítimes, o que hi siguin inherents o incidentals.¹

La tortura suscita una gran inquietud en la comunitat mundial. El seu objectiu és destruir deliberadament no sols el benestar físic i emocional de les persones, sinó també, en certs casos, la dignitat i la voluntat de tota una comunitat. Incumbeix tots els membres del gènere humà, perquè atempta contra la mateixa base de la nostra existència i contra les nostres esperances d'un futur millor.²

Encara que el dret internacional dels drets humans i el dret humanitari internacional prohibeixen uniformement tota tortura en qualsevol circumstància (vegeu el cap. I), la tortura i els maltractaments es practiquen a més de la meitat dels països del món.^{3,4} La considerable discordança que hi ha entre la prohibició absoluta de la tortura i la seva prevalença en el món actual posa de manifest la necessitat que els estats elaborin i duguin a terme mesures eficaces per a protegir les persones de la tortura i els maltractaments. Aquest manual s'ha preparat per facilitar als estats la posada en pràctica d'un dels aspectes més fonamentals de la protecció dels individus contra la tortura: una documentació eficaç. Aquesta documentació posa al descobert proves de tortura i maltractaments de manera que els torturadors puguin ser acusats de les seves accions i se serveixi així l'interès de la justícia. Els mètodes de documentació que apareixen en aquest manual també es poden aplicar a d'altres contextos, com ara la investigació i la vigilància dels drets humans, l'aplicació del dret d'asil polític, la defensa d'individus que "han confessat" delictes sota tortura i la valoració de les necessitats d'atenció de les víctimes de la tortura. També pot servir de punt de referència internacional tant per a jutges com per a professionals de la salut que hagin estat obligats a ignorar, deformar o falsificar proves de tortura.

En el transcurs dels dos últims decennis s'han adquirit molts coneixements sobre la tortura i les seves conseqüències, però abans d'aquest manual no es disposava de directrius internacionals per a la seva documentació. Es pretén que el *Manual per a la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants* (Protocol d'Istanbul) serveixi per a donar unes directrius internacionals aplicables a l'avaluació d'aquelles persones que al·leguin que han patit tortura i maltractaments, per a investigar casos de presumpta tortura i per a comunicar-ne els resultats als òrgans judicials o a d'altres òrgans investigadors. Aquest manual inclou els Principis per a la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants (vegeu l'annex I), que estableixen unes normes mínimes perquè els estats puguin

1 Recentment, la Junta de Síndics del Fons de Contribucions Voluntàries de les Nacions Unides per a les Víctimes de la Tortura ha decidit que, en la seva feina, utilitzarà la Declaració sobre la protecció de totes les persones contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants.

2 IACOPINO, V. "Treatment of survivors of political torture: commentary". *The Journal of Ambulatory Care Management*, 21 (2) 1998, pàg. 5-13.

3 AMNISTIA INTERNACIONAL. *Amnistia Internacional: Informe 1999*. Londres: EDAI, 1999.

4 BAŞOĞLU, M. "Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach". *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993, pàg. 606-611.

assegurar una documentació eficaç de la tortura.⁵ Les directrius que conté aquest manual no s'han d'entendre com un protocol fix, sinó que més aviat representen unes normes mínimes basades en els principis esmentats i s'han d'utilitzar tenint en compte els recursos disponibles. El manual i els principis són el resultat de tres anys d'anàlisi, recerca i redacció; de la qual cosa s'han encarregat més de setanta-cinc experts en dret, salut i drets humans pertanyents a quaranta organitzacions i institucions de quinze països. El manual ha estat concebut i preparat en col·laboració amb forenses, metges, psicòlegs, observadors dels drets humans i juristes d'Alemanya, Costa Rica, Dinamarca, els Estats Units d'Amèrica, França, l'Índia, Israel, els Països Baixos, el Regne Unit, Sri Lanka, Sud-àfrica, Suïssa, Turquia, Xile i els territoris palestins ocupats.

⁵ Els Principis de la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans i degradants han estat annexats a la Resolució 2000/43 de la Comissió de Drets Humans del 20 d'abril del 2000 i a la Resolució 55/89 de l'Assemblea General del 4 de desembre del 2000, totes dues aprovades sense votació.

Capítol I

I. NORMES JURÍDIQUES INTERNACIONALS APLICABLES

1. El dret de ser lliure de tortura està fermament establert en el marc del dret internacional. La Declaració Universal dels Drets Humans, el Pacte internacional sobre drets civils i polítics i la Convenció contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants prohibeixen explícitament la tortura, i, a més, reconeixen el dret de no ser-hi sotmès diversos estaments regionals com ara la Convenció americana de drets humans, la Carta africana de drets humans i dels pobles i el Conveni per a la protecció dels drets humans i de les llibertats fonamentals (Convenció europea dels drets humans).

A. Dret humanitari internacional

2. Els tractats internacionals que regeixen els conflictes armats estableixen el dret humanitari internacional o les lleis de la guerra. La prohibició de la tortura dins el dret humanitari internacional no és més que una petita part, encara que important, de la protecció més àmplia que aquests tractats proporcionen a totes les víctimes de la guerra. Les quatre Convencions de Ginebra del 1949 han estat ratificades per cent vuitanta-vuit estats. Aquestes convencions estableixen normes per a la conducció dels conflictes armats internacionals i, especialment, per al tracte de persones que no prenen part en les hostilitats o que han deixat de participar-hi, incloent-hi els ferits, els presos i els civils. Totes quatre convencions prohibeixen la pràctica de la tortura i altres formes de maltractaments i els dos protocols addicionals del 1977 n'amplien la protecció i l'abast. El Protocol I, ratificat fins avui per cent cinquanta-tres estats, cobreix els conflictes internacionals; el Protocol II, fins avui, ratificat per cent quaranta-cinc estats, cobreix els conflictes no internacionals.

3. Per a l'objectiu d'aquest manual, és important el que es coneix com a "article 3 comú", present a les quatre convencions. L'article 3 comú s'aplica als conflictes armats que "no són de caràcter internacional", sense definir-ho amb més precisió. Es considera que defineix les obligacions fonamentals que s'han de respectar en tots els conflictes armats i no tan sols en les guerres internacionals entre diferents països. En general es creu que, sigui quina sigui la natura d'una guerra o conflicte, hi ha certes normes bàsiques que no es poden eludir. La prohibició de la tortura n'és una i representa un element comú al dret humanitari internacional i als drets humans.

4. L'article 3 comú a les quatre convencions de Ginebra disposa que:

[...] es prohibeixen, en qualsevol temps i lloc [...] atemptats contra la vida i la integritat corporal, especialment l'homicidi en totes les seves formes, les mutilacions, els tractaments cruels, la tortura [...], els atemptats contra la dignitat personal, especialment els tractaments humiliants i degradants [...].

5. Segons Nigel Rodley, relator especial sobre la tortura:

Difícilment podria definir-se en termes més precisos la prohibició de la tortura i altres maltractaments. En les paraules del comentari oficial al text formulat pel Comitè Internacional de la Creu Roja (CICR), no hi resta cap esclatxa: no pot haver-hi cap excusa, ni circumstàncies atenuants.¹

6. Hi ha un altre vincle entre el dret humanitari internacional i els drets humans en el preàmbul del Protocol II, que regula els conflictes armats no internacionals (com ara les guerres civils declarades), en què es disposa que: "[...] els instruments internacionals relatius als drets humans ofereixen a l'ésser humà una protecció fonamental."²

1 RODLEY, N. *The Treatment of Prisoners under International Law*. 2a ed. Oxford: Clarendon Press, 1999, pàg. 58.

2 Segon paràgraf del preàmbul del Protocol II (1977), addicional als Convenis de Ginebra del 1949.

B. Les Nacions Unides

7. Per assegurar a totes les persones la protecció adequada de la tortura o els tractaments cruels, inhumans o degradants, durant molts anys les Nacions Unides han preparat normes universalment aplicables. Les convencions, les declaracions i les resolucions adoptades pels estats membres de les Nacions Unides estipulen clarament que no hi pot haver cap excepció a la prohibició de la tortura i estableixen altres obligacions per garantir la protecció contra aquests abusos. Entre aquests instruments, els més importants són la Declaració Universal dels Drets Humans,³ el Pacte internacional sobre drets civils i polítics,⁴ les Regles mínimes per al tractament dels reclusos,⁵ la Declaració de les Nacions Unides sobre la protecció de totes les persones contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants (Declaració sobre la protecció contra la tortura),⁶ el Codi de conducta per als funcionaris encarregats de fer complir la llei,⁷ els Principis d'ètica mèdica aplicables a la funció del personal de salut, especialment els metges, en la protecció de persones preses i detingudes contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants (Principis d'ètica mèdica),⁸ la Convenció contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans i degradants (Convenció contra la tortura),⁹ el Conjunt de principis per a la protecció de totes les persones sotmeses a qualsevol forma de detenció o presó (Conjunt de principis sobre la detenció)¹⁰ i els Principis bàsics per al tractament dels reclusos.¹¹

8. La Convenció de les Nacions Unides contra la tortura no inclou el dolor o el sofriment que sigui conseqüència únicament de sancions legítimes, o que hi sigui inherent o incidental.¹²

9. Altres òrgans i mecanismes de les Nacions Unides relacionats amb els drets humans han adoptat mesures

3 Resolució 217 A (III) de l'Assemblea General del 10 de desembre del 1948, art. 5; v. *Documents oficials de l'Assemblea General, tercer període de sessions, (A/810)*, pàg. 34.

4 Va entrar en vigor el 23 de març del 1976; v. la Resolució 2200 A (XXI) de l'Assemblea General del 16 de desembre del 1966, annex, art. 7; *Documents oficials de l'Assemblea General, vint-i-unè període de sessions, Suplement núm. 16 (A/6316)*, pàg. 55; NACIONS UNIDES, *Treaty Series*, vol. 999, pàg. 241.

5 Adoptades el 30 d'agost del 1955 pel Primer Congrés de les Nacions Unides sobre la Prevenció del Delicte i el Tractament del Delinqüent i aprovades pel Consell Econòmic i Social en les resolucions 663 C (XXIV) del 31 de juliol del 1957 i 2076 (LXII) del 13 de maig del 1977; v. Nacions Unides, document A/CONF/611, annex I, art. 31; Resolució 663 C (XXIV), *Documents oficials del Consell Econòmic i Social, vint-i-quatrè període de sessions, Suplement núm. 1 (E/3048)*, pàg. 12, modificada per la Resolució 2076 (LXII), *Documents oficials del Consell Econòmic i Social, seixanta-dosè període de sessions, Suplement núm. 1 (E/5988)*, pàg. 38.

6 Resolució 3452 (XXX) de l'Assemblea General del 9 de desembre del 1975, annex, art. 2 i 4; v. *Documents oficials de l'Assemblea General, trentè període de sessions, Suplement núm. 34 (A/10034)*, pàg. 95.

7 Resolució 34/169 de l'Assemblea General del 17 de desembre del 1979, annex, art. 5; v. *Documents oficials de l'Assemblea General, trenta-quatrè període de sessions, Suplement núm. 46 (A/34/46)*, pàg. 216.

8 Resolució 37/194 de l'Assemblea General del 18 de desembre del 1982, annex, principis 2-5; v. *Documents oficials de l'Assemblea General, trenta-setè període de sessions, Suplement núm. 51 (A/37/51)*, pàg. 265.

9 Va entrar en vigor el 26 de juny del 1987; v. la Resolució 39/46 de l'Assemblea General del 10 de desembre del 1984, annex, art. 2; *Documents oficials de l'Assemblea General, trenta-novè període de sessions, Suplement núm. 51 (A/39/51)*, pàg. 212.

10 Resolució 43/173 de l'Assemblea General del 9 de desembre del 1988, annex, principi 6; v. *Documents oficials de l'Assemblea General, quaranta-tresè període de sessions, Suplement núm. 49 (A/43/49)*, pàg. 319.

11 Resolució 45/111 de l'Assemblea General del 14 de desembre del 1990, annex, principi 1; v. *Documents oficials de l'Assemblea General, quaranta-cinquè període de sessions, Suplement núm. 49 (A/45/49)*, pàg. 222.

12 Per a una interpretació del que es consideren "sancions legítimes", vegeu l'informe del relator especial sobre la tortura al cinquanta-tresè període de sessions de la Comissió de Drets Humans (E/CN.4/1997/7, paràgrafs 3-11), en què el relator especial opina que alguns càstigs com la lapidació a mort, les fuetades i l'amputació no poden ser considerats lícits només perquè hagin estat autoritzats en un procediment legítim en la forma. La interpretació defensada pel relator especial, que concorda amb la posició del Comitè de Drets Humans i d'altres mecanismes de les Nacions Unides, va ser ratificada per la Resolució 1998/38 de la Comissió de Drets Humans, que "recorda als governs que el càstig corporal pot ser equivalent a un tractament cruel, inhumà o degradant, o fins i tot a la tortura".

adreçades a preparar normes per a la prevenció de la tortura i disposicions que obliguen els estats a investigar tota al·legació de tortura. Entre aquests òrgans i mecanismes hi ha el Comitè contra la tortura, el Comitè de Drets Humans, la Comissió de Drets Humans, el relator especial sobre la tortura, el relator especial sobre la violència contra les dones i els relators especials de cada país nomenats per la Comissió de Drets Humans.

1. Obligacions legals de prevenir la tortura

10. Els instruments internacionals esmentats anteriorment estableixen certes obligacions que els estats han de respectar per assegurar la protecció contra la tortura. Així, els estats estan obligats a:

a) Prendre mesures legislatives, administratives, judicials o altres mesures eficaces per impedir els actes de tortura. En cap cas no es poden invocar circumstàncies excepcionals —com ara l'estat de guerra— com a justificació de la tortura (article 2 de la Convenció contra la tortura i article 3 de la Declaració sobre la protecció contra la tortura).

b) No expulsar o rebutjar cap persona ni extradir-la a un altre estat quan hi hagi raons fonamentades per a creure que estaria en perill de ser sotmesa a tortura (article 3 de la Convenció contra la tortura).

c) Penalitzar tots els actes de tortura, incloent-hi la participació o la complicitat (article 4 de la Convenció contra la tortura, principi 7 del Conjunt de principis sobre la detenció, article 7 de la Declaració de protecció contra la tortura i paràgrafs 31-33 de les Regles mínimes per al tractament dels reclusos).

d) Prendre les mesures necessàries perquè la tortura constitueixi un delictes que doni lloc a l'extradició i ajudar els altres estats parts pel que fa als procediments penals desenvolupats en casos de tortura (articles 8 i 9 de la Convenció contra la tortura).

e) Limitar l'ús de la incomunicació; garantir que els detinguts siguin en llocs reconeguts oficialment com a llocs de detenció; assegurar-se que els noms de les persones responsables de la detenció constin en registres als quals tots els interessats, incloent-hi familiars i amics, puguin accedir fàcilment; registrar l'hora i el lloc de tots els interrogatoris, juntament amb els noms de les persones presents, i garantir que metges, advocats i familiars tinguin accés als detinguts (article 11 de la Convenció contra la tortura; principis 11-13, 15-19 i 23 del Conjunt de principis sobre la detenció, paràgrafs 7, 22 i 37 de les Regles mínimes per al tractament dels reclusos).

f) Garantir que l'ensenyament i la informació pel que fa a la prohibició de la tortura forma part de la instrucció del personal civil i militar encarregat de l'aplicació de la llei, del personal mèdic, dels funcionaris públics i d'altres persones que hi estan relacionades (article 10 de la Convenció contra la tortura, article 5 de la Declaració sobre la protecció contra la tortura, paràgraf 54 de les Regles mínimes per al tractament dels reclusos).

g) Garantir que cap declaració que es demostrï que ha estat presa sota tortura pugui ser invocada com a prova en cap procediment, llevat que sigui en contra d'una persona acusada d'haver torturat (article 15 de la Convenció contra la Tortura, article 12 de la Declaració sobre la protecció contra la tortura).

h) Garantir que les autoritats competents procedeixen a una investigació ràpida i imparcial en el cas que hi hagi motius raonables per a creure que s'ha comès un acte de tortura (article 12 de la Convenció contra la tortura, principis 33 i 34 del Conjunt de principis sobre la detenció, article 9 de la Declaració sobre la protecció contra la tortura).

i) Garantir que les víctimes de tortura tinguin el dret de rebre una reparació i una indemnització adequades (articles 13 i 14 de la Convenció contra la tortura, article 11 de la Declaració sobre la protecció contra la tortura, paràgrafs 35 i 36 de les Regles mínimes per al tractament dels reclusos).

j) Garantir que els presumptes culpables són sotmesos al procediment penal en el cas que es demostrï per mitjà d'una investigació que es pot haver comès un acte de tortura. Si es considera que hi ha d'altres al·legacions de penes o tractaments cruels, inhumans o degradants ben fonamentades, els presumptes culpables han de ser sotmesos als procediments penals o disciplinaris o a d'altres procediments aplicables (article 7 de la Convenció contra la tortura, article 10 de la Declaració sobre la protecció contra la tortura).

2. Òrgans i mecanismes de les Nacions Unides

a) Comitè contra la tortura

11. El Comitè contra la tortura supervisa l'aplicació de la Convenció contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants. Consta de deu experts elegits per la seva "gran integritat moral i reconeguda competència en matèria de drets humans". De conformitat amb l'article 19 de la Convenció contra la tortura, els estats parts han de lliurar al Comitè, per mitjà del secretari general, els informes relatius a les mesures que hagin adoptat per fer efectius els compromisos que hagin contret en virtut de la Convenció. El Comitè examina en quina mesura les disposicions de la Convenció s'han incorporat a la legislació del país i en vigila l'aplicació pràctica. El Comitè, que examina cada informe, pot formular-hi comentaris generals i recomanacions i incloure aquesta informació en l'informe anual als estats parts i a l'Assemblea General. Aquests procediments tenen lloc en reunions públiques.

12. De conformitat amb l'article 20 de la Convenció contra la tortura, si el Comitè rep informació fiable que indiqui de manera fonamentada que es practica sistemàticament la tortura en el territori d'un estat part, l'ha de convidar a cooperar en l'estudi de la informació i a presentar-hi les observacions pertinents. Si ho considera justificat, el Comitè pot designar un o més d'un dels seus membres perquè dugui a terme una investigació confidencial i en comuniqui els resultats al Comitè amb urgència. Si l'estat part hi està d'acord, la investigació pot incloure una visita al seu territori. Després d'examinar les conclusions presentades pel membre o els membres, el Comitè les transmet a l'estat part en qüestió, juntament amb les observacions o els suggeriments que li semblin pertinents tenint en compte la situació. Totes les actuacions del Comitè han de ser confidencials —d'acord amb l'article 20—, i cal mirar d'obtenir la cooperació de l'estat part en totes les etapes de les actuacions. Quan s'hagin conclòs les actuacions, i després de consultar-ho amb l'estat part en qüestió, el Comitè pot decidir d'incloure un resum dels resultats de la investigació en l'informe anual que presenti als altres estats parts i a l'Assemblea General.¹³

13. De conformitat amb l'article 22 de la Convenció contra la tortura, tot estat part pot declarar en qualsevol moment que reconeix la competència del Comitè per a rebre i examinar les queixes de persones sotmeses a la seva jurisdicció, o en nom seu, que al·leguin que són víctimes d'una violació, per un estat part, de les disposicions de la Convenció contra la tortura. El Comitè examinarà les comunicacions a porta tancada i en transmetrà el seu parer a l'estat part implicat i a la persona en qüestió. Només trenta-nou dels cent dotze estats parts que han ratificat la Convenció han reconegut també l'aplicabilitat de l'article 22.

14. En els informes anuals de l'Assemblea General, el Comitè insisteix regularment en la necessitat que els estats parts compleixin els articles 12 i 13 de la Convenció contra la tortura per aconseguir que s'emprenguin investigacions ràpides i imparcials sobre totes les acusacions de tortura. Així, el Comitè va establir que considera que un retard de 15 mesos en la investigació d'una al·legació de tortura és excessiu i que no satisfà allò convingut

¹³ Cal remarcar, tanmateix, que l'aplicació de l'article 20 es pot limitar en virtut d'una reserva presentada per un estat part. En aquest cas, l'article 20 no seria aplicable.

en l'article 12.¹⁴ A més, el Comitè va remarcar que l'article 13 no exigeix la presentació formal d'una denúncia de tortura, sinó que "n'hi ha prou amb la simple al·legació de la víctima perquè sorgeixi l'obligació de l'estat part d'examinar-la ràpidament i imparcialment".¹⁵

b) *Comitè de Drets Humans*

15. El Comitè de Drets Humans es va establir de conformitat amb l'article 28 del Pacte internacional sobre drets civils i polítics amb la funció de vigilar l'aplicació del Pacte pels estats parts. El Comitè és compost de divuit experts independents que han de ser persones de gran integritat moral i de reconeguda competència en matèria de drets humans.

16. Els estats parts del Pacte han de lliurar cada cinc anys informes sobre les mesures que han adoptat per fer efectius els drets reconeguts en el Pacte i sobre els avenços que hi ha hagut quant al gaudi dels drets. El Comitè de Drets Humans estudia els informes dialogant amb els representants de l'estat part en qüestió. A continuació, el Comitè adopta les conclusions, resumeix els principals motius de preocupació i formula a l'estat part les recomanacions i els suggeriments adequats. A més, el Comitè prepara les observacions generals en les quals interpreta articles concrets del Pacte per orientar els estats parts en els seus informes, amb vista a l'aplicació de les disposicions del Pacte. En una d'aquestes observacions generals, el Comitè es va proposar aclarir l'article 7 del Pacte internacional sobre drets civils i polítics, que estipula que ningú no ha de ser sotmès a tortura o altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants. L'observació general de l'article esmentat del Pacte que figura en l'informe del Comitè afirmar explícitament que, per a l'aplicació de l'article 7, no n'hi ha prou només amb el fet de prohibir la tortura o de declarar-la delictiva.¹⁶ El Comitè assegura que "els estats han de garantir una protecció eficaç mitjançant algun mecanisme de control. Les autoritats competents han d'investigar les denúncies de maltractaments de manera eficaç".

17. El 10 d'abril del 1992, el Comitè va adoptar una nova observació general sobre l'article 7 en la qual desenvolupava encara més les observacions anteriors. En aquesta observació es remarca que "les autoritats competents han d'investigar les denúncies amb celeritat i imparcialitat per tal que el recurs sigui eficaç". Si un estat ha ratificat el primer Protocol opcional del Pacte internacional sobre drets civils i polítics, qualsevol individu pot presentar al Comitè una comunicació en què al·legui que s'han violat els drets que li atorga el Pacte. Si la comunicació es considera admissible, el Comitè emet una decisió sobre el seu fonament. Posteriorment, fa pública aquesta decisió en el seu informe anual.

c) *Comissió de Drets Humans*

18. La Comissió de Drets Humans és l'òrgan principal de les Nacions Unides en matèria de drets humans. És composta de cinquanta-tres estats membres elegits per un mandat de tres anys pel Consell Econòmic i Social. Cada any la Comissió es reuneix a Ginebra durant sis setmanes per ocupar-se de les qüestions relatives als drets humans. La Comissió pot iniciar estudis i missions d'investigació, preparar esborranys de convencions i declaracions per a l'aprovació per part d'òrgans superiors de les Nacions Unides i discutir violacions concretes dels drets humans en reunions públiques o privades. El 6 de juny del 1967, el Consell Econòmic i Social, en la Resolució 1235 (XLII), va autoritzar la Comissió perquè examines al·legacions de violacions greus de drets

14 V. la Comunicació 8/1991, paràgraf 185, de l'Informe del Comitè contra la Tortura a l'Assemblea General (A/49/44) del 12 de juny del 1994.

15 V. la Comunicació 6/1990, paràgraf 10.4, de l'Informe del Comitè contra la Tortura a l'Assemblea General (A/50/44) del 26 de juliol del 1995.

16 NACIONES UNIDAS, document A/37/40 (1982).

humans i elaborés un detallat estudi de situacions en què es manifesta un quadre repetit de violacions dels drets humans.¹⁷ D'acord amb aquestes instruccions, la Comissió, entre altres procediments, ha adoptat resolucions en les quals expressa preocupació per aquest assumpte i ha nomenat relators especials perquè s'ocupin de les violacions dels drets humans que presentin unes característiques determinades. A més, la Comissió també ha adoptat resolucions relatives a la tortura i a d'altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants. En la Resolució 1998/38, la Comissió destaca que "l'autoritat nacional competent ha d'examinar les denúncies de tortura o d'altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants".

d) *Relator especial sobre la tortura*

19. El 1985, en la Resolució 1985/33, la Comissió va decidir nomenar un relator especial sobre la tortura. El responsable d'aquest càrrec s'encarrega de cercar i rebre informació creïble i fidedigna sobre qüestions relatives a la tortura i de respondre-hi sense tardança. En resolucions ulteriors, la Comissió ha continuat renovant el mandat del relator especial.

20. L'àmbit de supervisió del relator especial comprèn tots els estats membres de les Nacions Unides i tots els estats on se li reconegui l'estatut d'observador, independentment de si han ratificat la Convenció contra la tortura o no. El relator especial es comunica amb els diferents governs, els sol·licita informació sobre les mesures legislatives i administratives que han adoptat per prevenir la tortura, els demana de reparar les conseqüències de possibles actes de tortura i, a més, que responguin a les eventuais informacions relatives a aquesta pràctica. El relator especial també rep sol·licituds d'intervenció immediata que adreça als governs interessats per garantir la protecció del dret de la persona a la integritat física i mental. A més, rep els representants dels governs que desitgen comunicar-se amb ell i, de conformitat amb el seu mandat, fa visites a determinades parts del món. El relator especial presenta a la Comissió de Drets Humans i a l'Assemblea General uns informes que descriuen les mesures que ha adoptat d'acord amb el seu mandat i reiteren la importància que té una investigació ràpida de les al·legacions de tortura. Al seu informe del 12 de gener del 1995, Nigel Rodley, aleshores relator especial, va formular una sèrie de recomanacions. A l'apartat g del paràgraf 926 de l'informe, remarca:

Quan un detingut o un parent o un advocat presenta una denúncia per tortura, sempre s'ha de fer una investigació [...]. S'ha d'establir una autoritat nacional independent, com ara una comissió nacional o un defensor del poble amb facultats d'investigació o processament, que pugui rebre i investigar les denúncies. Les al·legacions de tortura les ha de tramitar i investigar immediatament una autoritat independent que no tingui cap relació amb la que duu a terme la investigació o la instrucció contra la presumpta víctima.¹⁸

21. En l'informe del 9 de gener del 1996, el relator especial va subratllar aquesta recomanació.¹⁹ Atesa la seva inquietud pel que fa a les pràctiques de tortura, el relator especial, al paràgraf 136, va fer notar que "tant d'acord amb el dret internacional general com amb la Convenció contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants, els estats estan obligats a investigar les denúncies de tortura".

e) *Relatora especial sobre la violència contra la dona*

22. El càrrec de relatora especial sobre la violència contra la dona va ser establert el 1994 per la Resolució 1994/45 de la Comissió de Drets Humans, i la Resolució 1997/44 va renovar-ne el mandat. La relatora especial ha establert procediments mitjançant els quals intenta, amb ànim humanitari, obtenir explicacions i informació dels governs sobre casos concrets de presumpta violència per identificar i investigar situacions i al·legacions concretes

¹⁷ *Ibid.*, E/4393 (1967).

¹⁸ *Ibid.*, E/CN.4/1995/34.

¹⁹ *Ibid.*, E/CN.4/1996/35.

de violència contra la dona a qualsevol país. Les comunicacions poden fer referència a una o més persones identificades pel nom o es pot tractar d'informació de caràcter més general relativa a una situació predominant que condona i perpetra la violència contra la dona. La definició de violència de gènere contra la dona utilitzada per la relatora especial és extreta de la Declaració de les Nacions Unides sobre l'eliminació de la violència contra la dona, adoptada per l'Assemblea General en la Resolució 48/104 del 20 de desembre del 1993. La relatora especial està capacitada per a llançar crides d'urgència en casos de violència de gènere contra la dona que suposin o puguin suposar una amenaça o la por d'una amenaça al dret a la vida o a la integritat física de la persona. En aquests casos, la relatora especial insta les autoritats nacionals competents no sols a facilitar informació completa sobre el cas, sinó també a investigar-lo de manera independent i imparcial, i a adoptar mesures immediates per a assegurar que no es produeixen més violacions dels drets humans de la dona.

23. La relatora especial informa anualment la Comissió de Drets Humans de les comunicacions que ha enviat als governs i les respostes que n'ha rebut. Basant-se en la informació que rep per part dels governs i en altres fonts fidedignes, la relatora especial fa recomanacions als governs interessats amb vista a trobar solucions duradores per a eliminar la violència contra la dona a tots el països. Quan no rebí respostes dels governs o quan la informació que faciliten sigui insuficient, la relatora especial els podrà enviar noves comunicacions. Si en un determinat país persisteix una situació particular de violència contra la dona i la informació que rep la relatora especial indica que el govern en qüestió no adopta ni ha adoptat mesures per a garantir la protecció dels drets humans de la dona, la relatora especial pot considerar la possibilitat de sol·licitar el permís del govern en qüestió per a visitar el país i dur-hi a terme una investigació *in situ*.

C. Organitzacions regionals

24. També hi ha organismes regionals que han contribuït a la preparació de normes per a la prevenció de la tortura. Entre aquests organismes hi ha la Comissió Interamericana de Drets Humans, la Cort Interamericana de Drets Humans, el Tribunal Europeu dels Drets Humans, el Comitè Europeu per a la Prevenció de la Tortura i la Comissió Africana de Drets Humans.

1. La Comissió Interamericana de Drets Humans i la Cort Interamericana de Drets Humans

25. El 22 de novembre del 1969, l'Organització d'Estats Americans va adoptar la Convenció americana sobre drets humans, que va entrar en vigor el 18 de juliol del 1978.²⁰ L'article 5 de la Convenció estableix el dret de qualsevol persona al respecte de la seva integritat física, mental i moral i el dret de no ser sotmès a tortures ni a penes o tractaments cruels, inhumans o degradants. A més, també disposa que qualsevol persona privada de llibertat ha de ser tractada amb respecte cap a la dignitat inherent a l'ésser humà.

26. L'article 33 de la Convenció estipulava la creació de la Comissió Interamericana de Drets Humans i de la Cort Interamericana de Drets Humans. Tal com s'estipula al seu reglament, la funció principal de la Comissió consisteix a promoure l'observació i la defensa dels drets humans i a servir d'òrgan consultiu de l'Organització d'Estats Americans en aquesta matèria.²¹ A fi de fer complir aquesta funció, la Comissió va supervisar la redacció de la Convenció interamericana per a prevenir i sancionar la tortura, especialment pel que fa a la interpretació

²⁰ ORGANITZACIÓ D'ESTATS AMERICANS, *Treaty Series*, núm. 36; NACIONS UNIDES, *Treaty Series*, vol. 1144, pàg. 123. Reimprès a *Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Inter-American System*, OEA/Ser.L.V/II.82, document 6, rev. 1, pàg. 25 (1992).

²¹ ORGANITZACIÓ D'ESTATS AMERICANS. *Regulations of the Inter-American Commission on Human Rights*. OEA/Ser.L.V/II.92, document 31, revisió 3 del 3 de maig del 1996, article 1 (1).

d'allò que s'ha d'entendre per tortura dins el marc de l'article 5.²² La Convenció interamericana per a prevenir i sancionar la tortura va ser adoptada per l'Organització d'Estats Americans el 9 de desembre del 1985 i va entrar en vigor el 28 de febrer del 1987.²³ L'article 2 de la Convenció defineix la tortura com:

Qualsevol acte dut a terme intencionadament pel qual s'infligeixen a una persona penes o sofriments físics o mentals per a una investigació criminal, com a mitjà intimidatori, com a càstig personal, com a mesura preventiva o pena, o amb qualsevol altra finalitat. També es considera tortura l'aplicació de mètodes amb la intenció d'anul·lar la personalitat de la víctima o de disminuir-ne la capacitat física o mental, encara que no provoquin dolor físic o angoixa psíquica.

27. De conformitat amb l'article 1, els estats parts de la Convenció es comprometen a prevenir i sancionar la tortura d'acord amb els termes de la Convenció. Els estats parts estan obligats a obrir immediatament una investigació adequada sobre les al·legacions de tortura que s'hagin pogut produir dins la seva jurisdicció.

28. L'article 8 disposa que "els estats parts han de garantir a qualsevol persona que denunciï haver estat sotmesa a tortura en l'àmbit de la seva jurisdicció el dret d'una investigació imparcial del seu cas". De la mateixa manera, si hi ha una acusació o alguna raó fonamentada per a creure que s'ha comès un acte de tortura en l'àmbit de la seva jurisdicció, els estats parts han de garantir que les respectives autoritats procedeixen adequadament i immediatament a obrir una investigació sobre el cas i a iniciar, quan calgui, el procés penal que correspongui.

29. En un dels informes del 1998 sobre un país membre de l'Organització d'Estats Americans, la Comissió va constatar que l'eficàcia de les investigacions sobre al·legacions de tortura queda obstaculitzada per la manca d'independència si la investigació és a càrrec d'organismes federals que probablement estan en contacte amb les parts acusades de cometre la tortura.²⁴ La Comissió va citar l'article 8 per destacar la importància que cada cas sigui sotmès a una "investigació imparcial".²⁵

30. La Cort Interamericana de Drets Humans ha tractat la necessitat d'investigar les al·legacions de violacions de la Convenció americana sobre drets humans. En la seva decisió del 29 de juliol del 1988 sobre el cas *Velásquez Rodríguez*, la Cort va declarar que:

L'Estat té l'obligació d'investigar totes les situacions en les quals s'hagin violat els drets humans protegits per la Convenció. Si l'aparell de l'Estat actua de manera que la violació quedi impune i no es restableixi al més aviat possible a la víctima la plenitud dels seus drets, l'Estat haurà incomplert el deure de garantir el lliure i ple exercici dels drets de les persones de la seva jurisdicció.

31. L'article 5 de la Convenció estableix el dret de ser lliure de la tortura. Encara que el cas esmentat tractava concretament d'una desaparició, un dels drets que el tribunal va considerar garantit per la Convenció americana sobre drets humans és el de no ser sotmès a tortura o a d'altres formes de maltractaments.

2. El Tribunal Europeu dels Drets Humans

32. El 4 de novembre del 1950, el Consell d'Europa va adoptar el Conveni europeu per a la protecció dels drets humans i les llibertats fonamentals, que va entrar en vigor el 3 de setembre del 1953.²⁶ L'article 3 del Conveni europeu estipula que "ningú no pot ser sotmès a tortura ni a penes o tractaments inhumans o degradants". El

22 V. el cas 10.832, informe núm. 35/96, *Inter-American Commission on Human Rights Annual Report 1997*, OEA/Ser.L.V/II.92, document 7, paràgraf 75.

23 ORGANITZACIÓ D'ESTATS AMERICANS. *Treaty Series*, núm. 67.

24 COMISSIÓ INTERAMERICANA DE DRETS HUMANS. *Report on the Situation of Human Rights in Mexico*. 1998, paràgraf 323.

25 *Ibid.*, paràgraf 324.

26 NACIONS UNIDES. *Treaty Series*. vol. 213, pàg. 222.

Conveni europeu va establir mecanismes de control (el Tribunal Europeu i la Comissió Europea de Drets Humans), però des que la reforma va entrar en vigor l'1 de novembre del 1998, un nou tribunal permanent els ha substituïts. Actualment el dret de requeriment individual és obligatori, i totes les víctimes tenen accés directe als tribunals. El Tribunal ha tingut l'ocasió d'expressar-se sobre la necessitat d'investigar tota al·legació de tortura per assegurar els drets que garanteix l'article 3.

33. La primera resolució sobre aquest tema va ser en el cas *Aksoy vs. Turquia* (100/1995/606/694), emesa el 18 de desembre del 1996.²⁷ En aquest cas, el Tribunal va considerar que:

Quan una persona s'encomana a la custòdia de la policia en bona salut, però al moment de l'alliberament presenta lesions, correspon a l'estat donar una explicació plausible pel que fa a la causa de la lesió, i l'incompliment d'aquesta obligació viola clarament l'article 3 del Conveni.²⁸

34. El Tribunal va arribar a la conclusió que les lesions infligides al demandant eren conseqüència de la tortura i que s'havia violat l'article 3.²⁹ A més, el Tribunal va interpretar que l'article 13 del Conveni —que preveu el dret d'un recurs efectiu davant una autoritat nacional— imposava l'obligació d'investigar acuradament totes les demandes de tortura. Tenint en compte "la importància fonamental de la prohibició de la tortura" i la vulnerabilitat de les víctimes de tortura, el Tribunal va arribar a la conclusió que "l'article 13, sense perjudici dels altres recursos disponibles en el marc del sistema intern, imposa als estats l'obligació de dur a terme una investigació acurada i efectiva dels incidents de la tortura".³⁰

35. D'acord amb la interpretació del Tribunal, la noció de "recurs efectiu" de l'article 13 exigeix una investigació acurada de totes les "demandes versemblants" de tortura. El Tribunal va advertir que, encara que el Conveni no inclogui una disposició explícita —com succeeix amb l'article 12 de la Convenció contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans i degradants—, aquest requeriment és implícit en la noció de "recurs efectiu" de l'article 13.³¹ El Tribunal va considerar, doncs, que l'estat havia violat l'article 13 en deixar d'investigar l'al·legació de tortura del demandant.³²

36. En una resolució del 28 d'octubre del 1998, en el cas *Assenov i altres vs. Bulgària* (90/1997/874/1086), el Tribunal encara va anar més enllà en reconèixer que l'Estat tenia l'obligació d'investigar les al·legacions de tortura no sols en el marc de l'article 13, sinó també en el de l'article 3. En aquest cas, un jove d'ètnia gitana detingut per la policia presentava símptomes de cops, però partint de les proves disponibles no es podia saber si les lesions havien estat causades pel seu pare o per la policia. El Tribunal va reconèixer que "la intensitat dels hematomes trobats pel metge que va examinar el Sr. Assenov indicaven que les lesions, tant si havien estat causades pel pare com per la policia, eren prou greus per a ser considerades maltractaments dins del marc de l'article 3".³³ Contràriament a la Comissió, que considerava que no s'havia violat l'article 3, el Tribunal no es va aturar aquí, sinó que va considerar que els fets "suscitaven una sospita raonable sobre el fet que la policia havia pogut causar aquestes lesions".³⁴ En conseqüència, el Tribunal va considerar que:

En aquestes circumstàncies, quan una persona presenta una demanda versemblant en el sentit que ha estat greument

27 V. els Protocols 3, 5 i 8 de les Nacions Unides, que van entrar en vigor el 21 de setembre del 1970, el 20 de desembre del 1971 i l'1 de gener del 1990, *Treaty Series*, núm. 45, 46 i 118, respectivament.

28 V. TRIBUNAL EUROPEU DELS DRETS HUMANS. *Recueil des arrêts et décisions*. 1996-VI, paràgraf 61.

29 *Ibid.*, paràgraf 64.

30 *Ibid.*, paràgraf 98.

31 *Ibid.*, paràgraf 98.

32 *Ibid.*, paràgraf 100.

33 *Ibid.*, *Recueil des arrêts et décisions* 1998-VIII, paràgraf 95.

34 *Ibid.*, paràgraf 101.

maltractada per la policia o per altres agents semblants de l'estat, en contra de la llei i violant l'article 3, aquesta disposició, llegida conjuntament amb l'article 1 del Conveni —segons el qual es “garanteixen a qualsevol persona dependent de la seva jurisdicció els drets i llibertats [...] d'aquest Conveni”—, exigeix per implicació que es dugui a terme una investigació oficial efectiva. Aquesta obligació hauria de poder conduir a la identificació i càstig dels responsables. Si no fos així, la prohibició legal general de la tortura i de les penes o tractaments inhumans i degradants, malgrat la seva importància fonamental, quedaria a la pràctica sense efectes i en certs casos els agents de l'estat podrien violar amb total impunitat els drets de les persones que són sota la seva custòdia.³⁵

37. Per primera vegada, el Tribunal va arribar a la conclusió que hi havia hagut una violació de l'article 3, no per maltractaments, sinó perquè no es va dur a terme una investigació oficial efectiva sobre l'al·legació de maltractaments. A més, el Tribunal va reiterar la posició que havia adoptat en el cas Aksoy i va arribar a la conclusió que també s'havia violat l'article 3. El Tribunal va concloure que:

Quan una persona presenta una demanda versemblant en el sentit que ha estat maltractada i que, per tant, s'ha infringit l'article 3, la noció de recurs efectiu implica, a més de la necessitat de dur a terme una investigació acurada i efectiva —tal com exigeix l'article 3—, que el demandant tingui un accés efectiu al procediment d'investigació i, quan sigui el cas, que rebí una indemnització.³⁶

3. El Comitè Europeu per a la Prevenció de la Tortura i de les Penes o Tractaments Inhumans o Degradants

38. El 1987, el Consell d'Europa va adoptar el Conveni europeu per a la prevenció de la tortura i de les penes o tractaments inhumans o degradants, que va entrar en vigor l'1 de febrer del 1989.³⁷ L'1 de març del 1999, els quaranta estats membres del Consell d'Europa havien ratificat el Conveni. Aquest Conveni complementa el mecanisme judicial del Conveni europeu de drets humans amb un mecanisme preventiu i no pretén establir normes substancials. El Conveni va establir el Comitè Europeu per a la Prevenció de la Tortura i de les Penes o Tractaments Inhumans o Degradants, constituït per un representant de cada estat membre. Els membres elegits per al Comitè han de ser persones de gran prestigi moral, imparcials, independents i en condicions de dur a terme missions sobre el terreny.

39. El Comitè fa visites als estats membres del Consell d'Europa, algunes de caràcter periòdic i d'altres per raons concretes. Les delegacions visitants del Comitè estan formades per membres del Comitè, experts mèdics, juristes i d'altres especialistes, intèrprets i membres de la secretaria. Aquestes delegacions visiten persones que les autoritats del país en qüestió han privat de llibertat.³⁸ Les competències que tenen són força extenses: poden visitar, fins i tot d'improvís o més d'un cop, qualsevol lloc on es retinguin persones privades de llibertat; visitar les persona que estiguin en aquestes circumstàncies; conversar-hi en privat, i visitar totes les instal·lacions (i no sols les cel·les) sense cap restricció. La delegació pot tenir accés a tots els documents i arxius relatius a les persones visitades. Tota la feina del Comitè es basa en la confidencialitat i la cooperació.

40. Després de cada visita, el Comitè escriu un informe. Basant-se en els fets observats durant la visita, el Comitè comenta les condicions, formula recomanacions concretes i demana les explicacions que necessita. L'estat part respon l'informe per escrit i, d'aquesta manera, estableix un diàleg amb el Comitè; un diàleg que continua fins a la visita següent. Els informes del Comitè i les respostes de l'estat part són documents confidencials, si bé l'estat part (i no el Comitè) pot decidir publicar-los. Fins ara, gairebé tots els estats parts han publicat tant els informes

³⁵ *Ibid.*, paràgraf 102.

³⁶ *Ibid.*, paràgraf 117.

³⁷ *Série des traités européens*, núm. 126.

³⁸ Per “persona privada de llibertat” s'entén qualsevol persona que ha estat privada de llibertat per una autoritat pública, com ara, entre d'altres, les persones detingudes, empresonades o sota qualsevol forma de detenció, els presoners que esperen un judici, els presoners sentenciats i les persones confinades contra la seva voluntat a hospitals psiquiàtrics.

com les respostes.

41. Al llarg de l'últim decenni, el Comitè ha anat establint progressivament una sèrie de criteris per al tractament de les persones detingudes que té valor de normes generals. Aquestes normes s'ocupen no sols de les condicions materials de la detenció, sinó també dels aspectes de procediment. Així, per exemple, el Comitè defineix tres drets per a les persones detingudes per la policia:

- a) el dret d'informar immediatament una tercera part (membre de la família) del seu arrest;
- b) el dret de tenir accés immediat a un advocat;
- c) el dret de disposar dels serveis d'un metge, fins i tot dels d'un metge triat pel mateix detingut.

42. A més, el Comitè ha remarcat contínuament que un dels mitjans més efectius per a prevenir els maltractaments per part dels funcionaris encarregats de l'aplicació de la llei consisteix a fer que les autoritats competents procedeixin immediatament a la investigació de totes les queixes de maltractaments que se'ls presentin i, quan calgui, a la imposició de les sancions adequades. Aquestes mesures tenen un fort efecte dissuasiu.

4. La Comissió Africana de Drets Humans i dels Pobles i el Tribunal Africà de Drets Humans i dels Pobles

43. A diferència dels sistemes europeu i interamericà, l'Àfrica no disposa de cap convenció sobre la tortura, sinó que hi dóna el mateix tractament que a la resta de violacions dels drets humans. De la qüestió de la tortura se n'ocupa, en primer lloc, la Carta africana de drets humans i dels pobles, que va ser adoptada per l'Organització de la Unitat Africana el 27 de juny del 1981 i que va entrar en vigor el 21 d'octubre del 1986.³⁹ L'article 5 de la Carta africana disposa que:

Tot individu té dret al respecte de la dignitat inherent a l'ésser humà i al reconeixement de la seva situació jurídica. Es prohibeixen totes les formes d'explotació i degradació de l'home, especialment l'esclavitud, el tràfic d'esclaus, la tortura i les penes o tractaments cruels, inhumans o degradants.

44. De conformitat amb l'article 30 de la Carta africana, el juny del 1987 es va establir la Comissió Africana de Drets Humans i dels Pobles amb la missió de "fomentar els drets humans i dels pobles i assegurar-ne la protecció a l'Àfrica". A les reunions periòdiques, la Comissió ha aprovat diverses resolucions d'abast nacional sobre assumptes relatius als drets humans a l'Àfrica, algunes de les quals es refereixen a casos de tortura, entre altres violacions. En algunes d'aquestes resolucions d'abast nacional, la Comissió ha expressat la seva inquietud pel que fa a la degradació dels drets humans, incloent-hi la pràctica de la tortura.

45. La Comissió ha establert mecanismes nous com ara el relator especial sobre presons, el relator especial sobre execucions arbitràries i sumàries i la relatora especial sobre la dona, amb la missió d'informar la Comissió durant les sessions obertes. En el marc d'aquests mecanismes, les víctimes i les organitzacions no governamentals poden informar directament els relators especials. Alhora, una víctima o una organització no governamental pot presentar a la Comissió una queixa sobre actes de tortura, segons que queda definit a l'article 5 de la Carta africana. Mentre una demanda individual està pendent davant la Comissió, la víctima o l'organització no governamental poden enviar-la també als relators especials perquè la tinguin en consideració en els informes públics davant les sessions de la Comissió. Amb la finalitat d'establir una institució que tractés les al·legacions de violacions dels drets garantits per la Carta africana, el juny del 1998 l'Assemblea de l'Organització de la Unitat Africana va adoptar un protocol per a l'establiment del Tribunal Africà de Drets Humans i dels Pobles.

39 OUA, doc. CAB/LEG/67/3, rev. 5, 21, *ILM* 58 (1982).

D. La Cort Penal Internacional

46. L'Estatut de Roma, adoptat el 17 de juliol del 1998, va instituir la Cort Penal Internacional, de caràcter permanent i amb la missió de jutjar les persones responsables de delictes de genocidi, crims contra la humanitat i crims de guerra (A/CONF.183/9). La Cort té jurisdicció sobre els casos d'al·legacions de tortura —tant els comesos a gran escala i de manera sistemàtica en el marc del delicte de genocidi o dels crims contra la humanitat, com els considerats crims de guerra segons la definició dels Convenis de Ginebra del 1949. A l'Estatut de Roma es defineix la tortura com el fet de "causar intencionadament dolor o sofriments greus, ja siguin físics o mentals, a una persona sota control o custòdia de l'acusat". Fins al 25 de setembre del 2000, l'Estatut de la Cort Penal Internacional havia estat signat per cent tretze països i ratificat per vint-i-un estats. La Cort té la seu a l'Haia (Països Baixos). La seva competència es limita als casos en què els estats no poden o no volen processar les persones responsables dels delictes que es descriuen a l'Estatut de Roma de la Cort Penal Internacional.

Capítol II

II. CODIS ÈTICS PERTINENTS

47. Totes les professions treballen segons uns codis ètics que descriuen els valors comuns i les obligacions dels professionals i estableixen normes morals que han de ser respectades. Les normes ètiques s'estableixen fonamentalment de dues maneres: per mitjà d'instruments internacionals preparats per organismes com les Nacions Unides i per mitjà de codis de principis elaborats pels mateixos professionals mitjançant les associacions representatives d'àmbit nacional o internacional. Els principis fonamentals són sempre els mateixos i se centren en les obligacions que tenen els professionals amb els clients o pacients individuals, amb la societat en conjunt i amb els companys, sempre amb vista a mantenir l'honor de la professió. Aquestes obligacions reflecteixen i complementen els drets que corresponen a totes les persones dins el marc dels instruments internacionals.

A. Ètica de la professió jurídica

48. Com a àrbitres últims de la justícia, els jutges tenen un paper especial pel que fa a la protecció dels drets dels ciutadans. Les normes internacionals atribueixen als jutges el deure ètic d'assegurar la protecció dels drets de l'individu. El principi 6 dels Principis bàsics de les Nacions Unides relatius a la independència de la judicatura estipula que "en virtut del principi de la independència de la judicatura, els jutges tenen el dret i el deure de garantir que els procediments judicials es desenvolupen equitativament i que es respecten els drets de les parts".¹ De la mateixa manera, els fiscals tenen el deure ètic d'investigar i processar els delictes de tortura comesos pels funcionaris públics. L'article 15 de les Directrius de les Nacions Unides sobre la funció dels fiscals disposa que "els fiscals han de parar l'atenció adequada al processament dels funcionaris públics que hagin comès delictes —especialment en els casos de corrupció, abús de poder, violacions greus dels drets humans i altres delictes reconeguts pel dret internacional— i, quan les lleis o la pràctica nacional ho autoritzin, a la investigació d'aquests delictes".²

49. Les normes internacionals també especifiquen el deure dels advocats de promoure i protegir, en el desenvolupament de les funcions professionals, els drets humans i les llibertats fonamentals. El principi 14 dels Principis bàsics de les Nacions Unides sobre la funció dels advocats estipula: "En protegir els drets dels seus clients i en defensar la causa de la justícia, els advocats han de procurar donar suport als drets humans i a les llibertats fonamentals reconegudes pel dret nacional i internacional i, en tot moment, actuar amb llibertat i diligència, de conformitat amb la llei i amb les regles i les normes ètiques que regeixen la seva professió."³

B. L'ètica en l'atenció sanitària

50. Hi ha vincles evidents entre els conceptes dels drets humans i els principis tradicionals de l'ètica sanitària. Les obligacions ètiques dels professionals de la salut s'articulen en tres nivells, que queden reflectits en els documents de les Nacions Unides de la mateixa manera que es fa amb la professió jurídica. També els recullen les declaracions de les organitzacions internacionals que representen els professionals de la salut, com ara l'Associació

¹ Adoptats pel Setè Congrés de les Nacions Unides sobre la Prevenció del Delicte i el Tractament del Delinqüent, que tingué lloc a Milà del 26 d'agost al 6 de setembre del 1985, i confirmats per l'Assemblea General en les resolucions 40/32 del 29 de novembre del 1985 i 40/146 del 13 de desembre del 1985.

² Adoptades pel Vuitè Congrés de les Nacions Unides sobre la Prevenció del Delicte i el Tractament del Delinqüent, que tingué lloc a l'Havana del 27 d'agost al 7 de setembre del 1990.

³ V. la nota 46.

Mèdica Mundial, l'Associació Psiquiàtrica Mundial i el Consell Internacional d'Infermeres.⁴ Les associacions mèdiques nacionals i les organitzacions d'infermeres també transmeten als seus membres els codis d'ètica que han de respectar. Sigui quina sigui la forma en què s'enuncia, aquests codis d'ètica sempre s'articulen al voltant de l'obligació fonamental d'actuar, sota qualsevol circumstància, de conformitat amb els millors interessos del pacient, independentment de les limitacions, les pressions o les obligacions contractuals. Hi ha principis de l'ètica mèdica, com ara el de la confidencialitat entre metge i pacient, que estan incorporats al dret nacional d'alguns països. Tanmateix, fins i tot quan no estiguin establertes per llei, tots els professionals de la salut estan moralment obligats a respectar les normes establertes pels organismes professionals. En cas d'infringir les normes professionals sense cap justificació raonable, són declarats culpables de manca d'ètica professional.

1. Declaracions de les Nacions Unides amb relació als professionals de la salut

51. Els professionals de la salut, com tots els qui treballen en els sistemes penitenciaris, estan obligats a respectar les Regles mínimes per al tractament dels reclusos, en les quals s'exigeix que tots els reclusos, sense cap discriminació, tinguin accés als serveis sanitaris —incloent-hi els serveis psiquiàtrics— i que els reclusos malalts o que sol·licitin tractament siguin visitats diàriament.⁵ Aquestes Regles reforcen les obligacions ètiques dels metges, comentades més avall, de tractar i actuar segons els millors interessos dels pacients. A més, les Nacions Unides han tractat específicament les obligacions ètiques dels metges i els altres professionals de la salut en els Principis d'ètica mèdica aplicables a la funció del personal sanitari, especialment els metges, pel que fa a la protecció de les persones preses i detingudes contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants.⁶ Aquests Principis estableixen ben clarament que els professionals de la salut tenen el deure moral de protegir la salut física i mental dels detinguts. També prohibeixen explícitament als professionals esmentats l'ús dels coneixements i les tècniques de medicina de manera contrària a les declaracions internacionals dels drets individuals.⁷ En concret, reconeixen com una violació greu de l'ètica de l'atenció sanitària el fet de participar activament o passiva en la tortura o de condonar-la d'una manera o altra.

52. Per *participació en la tortura* també s'entén el fet d'avaluar la capacitat d'un individu de suportar maltractaments; assistir als esmentats maltractaments, supervisar-los o infligir-los; el fet de reanimar un individu perquè pugui ser sotmès a d'altres maltractaments o el fet d'administrar-li un tractament mèdic immediatament abans, durant o després de la tortura per instrucció dels presumptes responsables d'aquests actes; el fet de transmetre als torturadors coneixements personals o informació relacionada amb la salut personal de l'individu, i el fet d'ignorar deliberadament proves i de falsificar informes, com ara certificats de defunció i informes d'autòpsia.⁸ Els Principis de les Nacions Unides incorporen, a més, una de les normes fonamentals de l'ètica en l'atenció sanitària en remarcar que l'única relació entre els reclusos i els professionals de la salut és la que té per objectiu avaluar, protegir i millorar la salut dels presoners. Així, doncs, l'avaluació de la salut d'un detingut amb la finalitat de facilitar-ne el càstig o la tortura és clarament contrària a l'ètica professional.

4 A més, hi ha un cert nombre d'agrupacions regionals, com la Commonwealth Medical Association i la Conferència Internacional d'Associacions Mèdiques Islàmiques, que transmeten als seus membres declaracions importants en matèria d'ètica mèdica i drets humans.

5 Regles mínimes per al tractament dels reclusos i Procediments per a l'aplicació efectiva de les regles mínimes, declaracions adoptades per les Nacions Unides el 1955.

6 Adoptats per l'Assemblea General el 1982.

7 Especialment, la Declaració Universal dels Drets Humans, els Pactes internacionals de drets humans i la Declaració sobre la protecció de totes les persones contra la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants.

8 Els professionals de la salut no han d'oblidar el seu deure de confidencialitat davant els pacients, com tampoc l'obligació d'obtenir-ne el consentiment amb coneixement de causa, abans de revelar qualsevol informació que s'hi relacioni, especialment quan els individus poden exposar-se a un risc a causa d'aquesta revelació (v. el cap. II, secc. C.3).

2. Declaracions d'organismes professionals internacionals

53. Hi ha moltes declaracions d'organismes professionals internacionals que se centren en els principis relatius a la protecció dels drets humans i que expressen un clar consens mèdic internacional pel que fa a aquestes qüestions. Les declaracions de l'Associació Mèdica Mundial defineixen els aspectes internacionalment consensuats pel que fa als deures ètics dels metges. La Declaració de Tòquio⁹ de l'Associació Mèdica Mundial reitera la prohibició de tota mena de participació o presència de metges en tortures o maltractaments. Els principis de les Nacions Unides refermen aquesta prohibició, ja que es refereixen explícitament a la Declaració de Tòquio. Als metges, se'ls prohibeix clarament fornir als torturadors informació o altres tipus d'instruments o substàncies que puguin facilitar els maltractaments. La mateixa norma regeix per al camp de la psiquiatria, ja que la Declaració de Hawaii¹⁰ de l'Associació Psiquiàtrica Mundial prohibeix l'ús dels coneixements psiquiàtrics per violar els drets humans de qualsevol individu o grup. La Conferència Internacional de la Medicina Islàmica va defensar el mateix punt de vista en la Declaració de Kuwait, per la qual es prohibeix als metges que permetin que els seus coneixements especialitzats s'utilitzin per lesionar, destruir o fer malbé el cos, la ment o l'esperit de qualsevol persona, ja sigui per raons militars o polítiques.¹¹ La Directiva sobre el paper de la infermera en l'atenció als detinguts o presoners¹² també conté disposicions semblants adreçades a aquestes professionals.

54. Els professionals sanitaris també tenen el deure de donar suport als companys que s'oposen obertament a les violacions dels drets humans. El fet de no fer-ho suposa no sols violar els drets dels pacients i contradir les declaracions esmentades, sinó també desacreditar les professions sanitàries. El fet de deteriorar l'honor de la professió es considera una falta professional greu. La resolució de l'Associació Mèdica Mundial sobre els drets humans¹³ demana a totes les associacions mèdiques nacionals que examinin la situació dels drets humans en el propi país i s'assegurin que els metges no amaguen proves d'abusos, fins i tot quan tinguin por que hi hagi represàlies. També demana als organismes nacionals que donin directrius clares, especialment als metges que treballen en el sistema penitenciari perquè denunciïn les presumptes violacions dels drets humans, i que estableixin un mecanisme eficaç d'investigació de les activitats immorals dels metges en l'àmbit dels drets humans. Igualment, demana que es doni suport als metges que informin d'abusos dels drets humans. La Declaració d'Hamburg¹⁴ de l'Associació Mèdica Mundial referma el deure individual i col·lectiu dels metges i de les organitzacions que els representen de combatre la tortura o altres formes de pressió que els duguin a actuar contràriament als principis ètics. Demana que els metges s'expressin en contra dels maltractaments i insta les organitzacions mèdiques nacionals i internacionals a donar suport als metges que combaten aquestes pressions.

3. Codis nacionals d'ètica mèdica

55. El tercer nivell d'articulació dels principis ètics és el dels codis nacionals. Aquests codis reflecteixen els valors fonamentals esmentats anteriorment, ja que tota l'ètica mèdica és l'expressió d'uns valors comuns a tots els facultatius. A gairebé totes les cultures es formulen les mateixes suposicions bàsiques pel que fa als deures d'evitar el patiment, ajudar els malalts, protegir els individus vulnerables i no discriminar entre pacients sobre cap base que no sigui la urgència de les necessitats mèdiques. Els mateixos valors apareixen en els codis relatius a la infermeria. Tanmateix, un aspecte problemàtic dels principis ètics és que no donen unes normes definitives per a cada dilema, sinó que requereixen un cert grau d'interpretació. En ponderar dilemes ètics, és fonamental que el professional sanitari tingui en compte les seves obligacions morals fonamentals d'acord amb els valors

9 Adoptada per l'Associació Mèdica Mundial el 1975.

10 Adoptada per l'Associació Mèdica Mundial el 1977.

11 Adoptada el 1981 (el 1401 del calendari islàmic).

12 Adoptada pel Consell Internacional d'Infermeres el 1975.

13 Adoptada per l'Associació Mèdica Mundial el 1990.

14 Adoptada per l'Associació Mèdica Mundial el 1997.

professionals comuns, però també convé que les apliqui d'acord amb el deure bàsic d'evitar lesions al pacient.

C. Principis comuns a tots els codis d'ètica de l'atenció sanitària

56. El principi de la independència professional exigeix que el professional de la salut es concentri en tot moment en l'objectiu fonamental de la medicina, és a dir, alleujar el patiment i l'angoixa i evitar perjudicar el pacient. El professional ha d'ignorar totes les pressions. Hi ha molts altres principis ètics tan fonamentals que es troben invariablement en tots els codis i les declaracions d'ètica. Els més importants són donar assistència als qui en necessiten, no perjudicar els pacients i respectar-ne els drets. Aquests requisits són fonamentals per a tots els professionals de la salut.

1. El deure de donar assistència compassiva

57. El deure de donar assistència als qui en necessiten s'expressa de diverses maneres en els diferents codis i declaracions nacionals i internacionals. Un aspecte d'aquest deure és l'obligació mèdica de reaccionar davant la necessitat d'assistència. Això es reflecteix en el Codi internacional d'ètica mèdica¹⁵ de l'Associació Mèdica Mundial, que reconeix l'obligació moral del metge de donar atenció d'emergència com a deure humanitari. El deure de respondre a les necessitats i els patiments del pacient també apareix en les declaracions tradicionals de gairebé totes les cultures.

58. Una gran part de l'ètica mèdica moderna es basa en els principis establerts antigament, els quals obligaven els metges a donar assistència als pacients encara que això els comportés riscos. Per exemple, el Caraka Samhita, un codi hindú que data del primer segle de l'era cristiana, ordena als metges que es lliurin "en cos i ànima" a l'alleujament dels pacients i que mai no els abandonin ni perjudiquin per preservar la seguretat i el benestar propis. Els primers codis islàmics també donaven instruccions semblants, i l'esmentada Declaració de Kuwait exigeix als metges que s'ocupin dels necessitats "estiguin a prop o lluny, siguin justos o pecadors, siguin amics o enemics".

59. Els valors mèdics occidentals han estat dominats per la influència del jurament d'Hipòcrates i altres invocacions semblants, com ara la pregària de Maimònides. El jurament hipocràtic representa la promesa solemne de solidaritat amb els altres metges i el compromís de beneficiar i atendre els pacients i d'evitar-los els danys. A més, conté la promesa de respectar el secret professional. Aquests quatre conceptes, en diverses formes, es reflecteixen en tots els codis ètics moderns dels professionals de la salut. La Declaració de Ginebra¹⁶ de l'Associació Mèdica Mundial no és altra cosa que la reafirmació moderna dels valors hipocràtics. És una promesa segons la qual els metges s'obliguen a considerar la salut dels pacients la primera obligació i a consagrar-se al servei de la humanitat amb consciència i dignitat.

60. Diversos aspectes de l'obligació d'assistència es reflecteixen en nombroses declaracions de l'Associació Mèdica Mundial, en què es deixa ben clar que el metge sempre ha de fer el que sigui millor per al pacient, fins i tot quan es tracti de reclusos i presumptes delinqüents. Sovint, aquest deure s'expressa per mitjà de la noció d'independència professional, que exigeix que els metges facin ús de les millors pràctiques mèdiques siguin quines siguin les pressions a què puguin veure's sotmesos. El Codi internacional d'ètica mèdica de l'Associació Mèdica Mundial posa en relleu el deure mèdic de donar assistència "amb total independència tècnica i moral, amb compassió i amb respecte per la dignitat humana". També remarca el deure d'actuar només en interès del pacient, a qui el metge deu lleialtat total. La Declaració de Tòquio de l'Associació Mèdica Mundial i la Declaració

¹⁵ Adoptat per l'Associació Mèdica Mundial el 1949.

¹⁶ Adoptada per l'Associació Mèdica Mundial el 1948.

d'independència del metge i la llibertat professional¹⁷ deixen constància que els facultatius han de reivindicar la llibertat d'actuar en l'interès dels pacients, independentment d'altres consideracions, com ara les instruccions que poden rebre de qui els contracta, de les autoritats penitenciàries o de les forces de seguretat. Aquesta última declaració exigeix als metges que s'assegurin que "gaudeixen d'independència professional per a representar i defensar les necessitats sanitàries dels pacients contra qualsevol que pugui negar o restringir l'assistència que necessiten els malalts o els ferits". El Codi del Consell Internacional d'Infermeres estableix altres principis semblants per a les infermeres.

61. L'Associació Mèdica Mundial també expressa el deure assistencial per mitjà del reconeixement dels drets dels pacients. La Declaració de Lisboa sobre els drets dels pacients¹⁸ disposa que totes les persones, sense excepció, tenen dret a una atenció sanitària adequada i reitera que en tot moment els metges han d'actuar en el millor interès del pacient. Segons la Declaració, els pacients han de tenir garantida l'autonomia i la justícia, i tots els professionals de la salut, no tan sols els metges, han de respectar els drets del pacient. "En tots els casos en què la legislació, les mesures governamentals o altres administracions o institucions neguin aquests drets als pacients, els metges han de buscar els mitjans adequats per a assegurar-los-els o restaurar-los-els." Tothom té dret a una atenció sanitària adequada, independentment de factors com l'origen ètnic, les idees polítiques, la nacionalitat, el gènere, la religió o els mèrits individuals. Les persones acusades o condemnades per delictes tenen el mateix dret moral de rebre assistència mèdica i d'infermeria adequades. La Declaració de Lisboa de l'Associació Mèdica Mundial posa en relleu que l'únic criteri acceptable per a discriminar entre els pacients és el de la urgència relativa a les necessitats mèdiques.

2. Consentiment amb coneixement de causa

62. Totes les declaracions relatives al deure assistencial posen en relleu l'obligació d'actuar en el millor interès de l'individu que s'està examinant o tractant, la qual cosa pressuposa que els professionals de la salut saben què és el millor per al pacient. Alhora, un precepte absolutament fonamental de l'ètica mèdica moderna és que el pacient és el millor jutge dels propis interessos. Això obliga els professionals de la salut a donar preferència als desitjos d'un pacient adult i competent per sobre de l'opinió d'altres persones amb autoritat pel que fa a l'interès del pacient. Quan el pacient estigui inconscient o sigui incapaç de donar un consentiment vàlid (per la raó que sigui), el professional sanitari ha d'atenir-se al seu bon seny per protegir i promoure el millor interès de la persona. S'espera que les infermeres i els metges actuïn sempre en defensa dels seus pacients, i aquesta idea s'expressa clarament en declaracions com la Declaració de Lisboa de l'Associació Mèdica Mundial i la Declaració del Consell Internacional d'Infermeres sobre el paper de la infermera en la salvaguarda dels drets humans.¹⁹

63. La Declaració de Lisboa de l'Associació Mèdica Mundial especifica que, abans dels exàmens o els procediments, el metge té l'obligació d'obtenir el consentiment voluntari i amb coneixement de causa dels pacients mentalment competents. Això significa que els individus han de conèixer les conseqüències que poden tenir el seu consentiment i el seu rebuig. Així, convé que, abans d'examinar el pacient, el professional de la salut expliqui amb tota franquesa quin és l'objectiu de l'examen i del tractament. Un consentiment obtingut per la força o per haver donat informacions falses al pacient no té cap valor, i el metge que actuï d'aquesta manera pot estar violant l'ètica professional. Com més greus són les conseqüències del procediment per al pacient, major és l'imperatiu moral d'obtenir un consentiment amb coneixement de causa en bones condicions. És a dir, si l'examen i el tractament repercuteixen clarament en benefici terapèutic de l'individu, n'hi ha prou amb un consentiment implícit de cooperació en el procediment. En els casos en què l'examen no té com a objectiu primari donar atenció

17 Adoptada per l'Associació Mèdica Mundial el 1986.

18 Adoptada per l'Associació Mèdica Mundial el 1981; esmenada per la quaranta-setena sessió de l'Assemblea General de l'Associació, el setembre del 1995.

19 Adoptada per l'Associació Mèdica Mundial el 1983.

terapèutica, cal assegurar-se que el pacient coneix la situació i hi està d'acord, i que de cap manera no en sortiran perjudicats els seus interessos. Tal com s'ha dit anteriorment, els exàmens duts a terme per determinar si un individu està en condicions de suportar càstigs, tortures o pressions físiques durant un interrogatori és contrari a l'ètica i a l'objectiu de la medicina. Quan es tracta d'un reclús, l'única avaluació èticament correcta és la que té la finalitat de preservar-ne o millorar-ne l'estat de salut, i no pas la que en facilita el càstig. En el cas d'exploracions físiques adreçades a trobar proves en una enquesta, cal obtenir el consentiment amb coneixement de causa del pacient, en el sentit que entengui factors com, per exemple, de quina manera s'utilitzaran les dades sanitàries obtingudes en l'examen, com es desaran i qui hi tindrà accés. Si aquest i altres punts relatius a la decisió del pacient no s'especifiquen clarament per endavant, no serà vàlid el consentiment ni la informació obtinguda.

3. *El secret professional*

64. Tots els codis ètics, des del jurament hipocràtic fins als més moderns, consideren el secret professional un principi fonamental. És el cas, per exemple, de les declaracions de l'Associació Mèdica Mundial, com la Declaració de Lisboa. En alguns països, aquesta obligació es considera tan important que s'ha incorporat a la legislació nacional. No obstant això, el deure de confidencialitat no és absolut i es pot incomplir èticament en circumstàncies excepcionals quan el fet de no fer-ho pugui provocar danys greus a persones o resulti en una perversió greu de la justícia. En termes generals, però, el deure de confidencialitat referit a la informació sanitària personal que comporti o que pugui permetre la identificació del pacient només es pot eludir amb el seu permís amb coneixement de causa.²⁰ La informació no identificable, en canvi, pot ser utilitzada lliurement amb altres finalitats, preferentment en situacions en què no és essencial revelar la identitat del pacient. Aquest és el cas dels reculls de dades relatius a la tortura i altres maltractaments. El dilema es planteja quan el professional de la salut es veu pressionat o requerit per la llei perquè reveli informació que pot posar en perill un pacient. En aquests casos, prevalen, sobre totes les altres, les obligacions ètiques fonamentals de respectar l'autonomia i l'interès del pacient, de fer el bé i d'evitar els danys. Els metges han de deixar clar davant el tribunal o davant l'autoritat que li exigeix la informació que estan lligats pel deure professional de confidencialitat. Els professionals de la salut que responen d'aquesta manera tenen el dret d'obtenir el suport de les associacions professionals i dels companys. A més, en situacions de conflictes armats, el dret humanitari internacional protegeix especialment la confidencialitat entre metge i pacient, i exigeix als metges que no denunciïn les persones malaltes o ferides.²¹ En aquestes situacions, els professionals sanitaris estan protegits i no se'ls pot obligar a revelar informació sobre els pacients.

D. Professionals de la salut amb doble obligació

65. Els professionals de la salut tenen una doble obligació; una obligació principal davant el pacient de protegir el seu interès, i una obligació davant la societat d'assegurar el triomf de la justícia i d'impedir les violacions dels drets humans. Els dilemes resultants d'aquesta doble obligació es plantegen de manera especialment aguda quan els professionals de la salut treballen per a la policia, l'exèrcit o altres serveis de seguretat, o per al sistema penitenciari. Els interessos de qui contracta i de la resta de personal no sanitari poden xocar amb els interessos del pacient detingut. Siguin quines siguin les circumstàncies, els professionals de la salut tenen el deure fonamental de tenir cura de les persones que examinen o tracten. No se'ls pot obligar, ni contractualment ni per cap altre mitjà, a comprometre la seva independència professional, que els obliga a dur a terme una avaluació objectiva dels interessos sanitaris del pacient i a actuar en conseqüència.

²⁰ Tret que es tracti d'informació requerida per la salut pública, com ara la identitat dels individus amb malalties infeccioses, dels toxicòmans, de persones amb trastorns mentals, etc.

²¹ Article 16 del Protocol I (1977) i article 10 del Protocol II (1977), addicionals als Convenis de Ginebra del 1949.

1. Principis orientadors per als metges amb doble obligació

66. Els metges que actuen en nom d'una tercera part tenen l'obligació d'informar-ne clarament els pacients.²² S'han d'identificar davant els pacients i explicar-los l'objectiu de l'examen o el tractament. Fins i tot quan es tracta de metges contractats i pagats per una tercera part, tenen l'obligació indiscutible de tenir cura del pacient que examinen o tracten. S'han de negar a dur a terme els procediments que puguin perjudicar el pacient o deixar-lo físicament o psicològicament vulnerable a qualsevol dany. S'han d'assegurar que les condicions contractuals els deixen independència professional per als seus judicis clínics, per a garantir que les persones privades de llibertat tenen accés als exàmens i als tractaments mèdics que necessiten i per a protegir els drets dels detinguts menors o vulnerables. Els metges han de respectar el secret professional, evitar que cap informació pugui ser revelada sense el coneixement del pacient i, per tant, assegurar-se que no se'n divulguen els registres mèdics. Els metges tenen el deure de vigilar i denunciar els serveis que actuïn de manera immoral, abusiva, inadequada o perillosa per a la salut del pacient. En aquests casos, tenen el deure ètic de prendre mesures al més aviat possible, ja que un possible retard podria impedir que les prenguessin posteriorment. Han de comunicar l'assumpte a les autoritats competents o als organismes internacionals capacitats per a dur a terme investigacions, sense exposar-se a represàlies o exposar-hi els pacients i les seves famílies. Els metges i les associacions professionals han de donar suport als companys que adopten aquestes mesures sobre la base de proves raonables.

2. Dilemes resultants de la doble obligació

67. Quan l'ètica i la llei estan en contradicció es planteja un dilema. Pot passar que el deure ètic obligui el professional de la salut a desobeir una determinada llei, com ara una obligació legal de revelar informació mèdica confidencial sobre un pacient. Les declaracions internacionals i nacionals de preceptes ètics coincideixen a afirmar que la resta d'imperatius, fins i tot la llei, no poden obligar el professional de la salut a actuar en contra de l'ètica mèdica i de la seva consciència. En aquests casos, el professional de la salut s'ha de negar a complir una llei o un reglament abans de comprometre els preceptes bàsics o d'exposar els pacients a un perill greu.

68. Hi ha casos en què totes dues obligacions ètiques entren en conflicte. Els codis internacionals i els principis ètics exigeixen que es notifiquin a un òrgan responsable les eventuais informacions relacionades amb la tortura o els maltractaments —en alguns països fins i tot és un requisit legal. Tanmateix, hi pot haver pacients que no accedeixin a ser examinats amb aquesta finalitat o que no consentin que es reveli el resultat del reconeixement per por de represàlies contra ells o envers les seves famílies. En aquestes circumstàncies, el professional de la salut es troba amb una doble responsabilitat: cap al pacient i cap a la societat en general, que persegueix el compliment de la justícia i l'enjudiciament dels responsables dels maltractaments. El principi fonamental d'evitar el mal ha de ser en primer terme quan sorgeixen aquests dilemes. El professional de la salut ha de buscar solucions que promoguin la justícia sense violar el dret de confidencialitat de l'individu. Cal demanar consell a organismes de confiança, tot i que també es pot recórrer a l'associació mèdica nacional o a organismes no governamentals. En altres ocasions, es pot ajudar i encoratjar el pacient perquè permeti la divulgació de la informació que l'afecta, dins d'uns límits acordats.

69. Les obligacions ètiques d'un metge poden variar segons el context de la trobada entre el metge i el pacient, i segons les possibilitats del pacient d'adoptar lliurement una decisió quant a revelar la informació. Per exemple, quan el metge i el pacient són en una situació bàsicament terapèutica, com ara el tractament en un centre hospitalari, el metge té el ferm imperatiu moral de preservar les normes habituals de confidencialitat que prevalen en qualsevol relació terapèutica. El fet de revelar proves de tortura obtingudes en encontres d'aquest tipus és totalment acceptable en la mesura que el pacient no ho prohibeixi. Els metges han de revelar aquestes proves si el pacient ho demana o hi dóna el consentiment, i donar suport al pacient en la presa de decisions.

²² Aquests principis s'han extret de *Doctors with Dual Obligations*, publicat per la British Medical Association el 1995.

70. Els metges forenses tenen un altre tipus de relació amb les persones que examinen i, en general, tenen l'obligació de comunicar de manera objectiva les observacions. El pacient té menys poder i capacitat d'elecció en aquestes circumstàncies i pot ser que no pugui explicar obertament què li ha passat. Abans de començar l'examen, el metge forense ha d'explicar quines són les seves funcions davant el pacient i ha de deixar ben clar que la confidencialitat mèdica no és usual en aquest context, a diferència del que passa en un context terapèutic. Pot ser que els reglaments no permetin al pacient negar-se a ser examinat, però sí que té la possibilitat de triar si revela o no les causes de les lesions que presenti. Els metges forenses no han de falsificar els informes, però sí que hi han d'exposar dades imparcials i deixar-hi clar que hi ha proves de maltractaments.²³

71. La tasca principal dels metges de les presons és el tractament terapèutic, però també tenen la funció d'examinar els detinguts que arriben a la presó després d'haver estat a la comissaria. En el marc de les seves funcions, poden descobrir proves inacceptables de violència que els mateixos presos no estan en situació de denunciar. En aquests casos, els metges han de prendre en consideració l'interès del pacient i el seu deure de confidencialitat davant aquesta persona, i alhora la gran responsabilitat moral de denunciar els maltractaments evidents, atès que sovint els presos no estan en condicions de denunciar-los. Si els presos estan d'acord a fer-ho públic, no hi ha cap conflicte i sí que hi ha una obligació moral evident. Ara bé, si el reclus es nega a revelar el fet, el metge ha de ponderar el risc que corre el pacient davant dels beneficis que pot suposar per a la població penitenciària i per als interessos de la societat el fet d'impedir que es perpetuïn els abusos.

72. A més, els professionals de la salut han de tenir en compte que el fet de notificar aquests abusos a les autoritats del país on se suposa que han tingut lloc pot implicar risc de danys per al pacient o per a tercers, com ara els qui han divulgat la informació. Un metge no pot exposar ningú de manera conscient a represàlies. Els metges no estan exempts d'adoptar mesures, tot i que han de fer-ho amb discreció i han de considerar la possibilitat de transmetre la informació a un organisme responsable aliè a la jurisdicció implicada o, si això no comporta riscos previsibles per als professionals de la salut i els pacients, notificar-ho de manera anònima. Evidentment, si s'adopta aquesta última solució, el professional de la salut ha de tenir en compte la possibilitat que sigui pressionat perquè reveli les dades que permeten una identificació o la possibilitat que se li requisi a la força els registres mèdics. Encara que no hi hagi solucions fàcils, el professional de la salut s'ha de guiar sempre pel principi bàsic d'evitar fer mal per damunt d'altres consideracions i, quan sigui possible, ha de demanar consell a organismes mèdics nacionals o internacionals.

23 V. IACOPINO, V. [et al.]. "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey". *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 276 1996, pàg. 396-402.

Capítol III

III. INVESTIGACIÓ LEGAL DE LA TORTURA

73. El dret internacional obliga els estats a investigar de manera ràpida i imparcial les al·legacions de tortura. Quan la informació de què es disposa ho exigeixi, l'estat on es trobi una persona que presumptament ha comès una tortura o hi ha participat ha d'extradir el presumpte autor a un altre estat que tingui jurisdicció competent o bé ha de sotmetre el cas a les mateixes autoritats competents, amb l'objectiu de processar l'autor de conformitat amb el dret penal nacional o local. Els principis fonamentals de tota investigació viable sobre incidents de tortura són la competència, la imparcialitat, la independència, la rapidesa i la meticulositat. Aquests elements es poden adaptar a tots els sistemes jurídics i han de guiar totes les investigacions de presumptes tortures.

74. Quan els procediments d'investigació siguin inadequats per manca de recursos o de competència, per manca d'imparcialitat, per alguna mena d'abús o per altres raons substancials, els estats han de dur a terme investigacions valent-se d'una comissió independent o d'un altre procediment semblant. Els membres d'aquesta comissió han de ser seleccionats per la seva imparcialitat, competència i independència reconegudes. A més, han de ser independents de les institucions, les agències o les persones que puguin ser sotmeses a la investigació.

75. La secció A descriu l'objectiu general d'una investigació de tortura. L'apartat B estableix els principis bàsics per a una investigació i una documentació eficaces de la tortura i d'altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants. La secció C suggereix els procediments per a dur a terme una investigació sobre la presumpta tortura, considerant en primer lloc l'elecció de l'autoritat investigadora adequada i oferint tot seguit orientacions per a la compilació de declaracions orals de la presumpta víctima o dels testimonis i per a l'observació dels signes físics de la tortura. La secció D dóna directrius per a l'establiment d'una comissió independent d'enquesta. Aquestes directrius es basen en l'experiència de diversos països que han establert comissions independents per a la investigació de presumptes abusos de drets humans, incloent-hi les morts extrajudicials, la tortura i les desaparicions.

A. Objectius d'una investigació de tortura

76. L'objectiu general de la investigació consisteix a esclarir els fets amb relació a presumptes incidents de tortura per identificar els responsables dels incidents i facilitar-ne el processament, o bé per fer servir la informació en el context d'altres procediments adreçats a obtenir una compensació per a les víctimes. Les qüestions que es tracten aquí també poden ser útils per a d'altres tipus d'investigació de tortura. Per a aconseguir l'objectiu, cal que les persones encarregades de la investigació puguin, almenys, intentar obtenir declaracions de les víctimes de la presumpta tortura; recuperar i preservar les proves —àdhuc les proves mèdiques relacionades amb les al·legacions de tortura que puguin contribuir al processament dels responsables—; identificar els possibles testimonis i obtenir-ne declaracions relatives a la presumpta tortura, i determinar com, quan i on han tingut lloc els presumptes incidents de tortura, com també els possibles esdeveniments que hi tinguin relació.

B. Principis relatius a la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants

77. Els principis que s'exposen a continuació representen un consens entre individus i organitzacions amb experiència en la investigació de tortures. De tots els objectius de la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants (d'ara endavant tortures o maltractaments), en podem destacar els següents:

a) esclarir els fets i establir i reconèixer la responsabilitat de les persones o els estats davant les víctimes i les seves famílies;

b) determinar les mesures necessàries per a impedir que es repeteixin aquests actes;

c) facilitar el processament i, quan escaigui, el càstig amb sancions disciplinàries de les persones la responsabilitat de les quals s'hagi demostrat per mitjà de la investigació, i demostrar la necessitat que l'estat ofereixi una plena reparació a les víctimes i una indemnització financera justa i adequada, com també els mitjans que els permetin rebre atenció mèdica i rehabilitació.

78. Els estats han de vetllar perquè s'investiguin de manera ràpida i efectiva les queixes o denúncies de tortura o maltractaments. Fins i tot quan no hi hagi cap denúncia formal, cal iniciar una investigació en cas que hi hagi algun indici d'un acte de tortura o de maltractaments. Els investigadors han de ser competents, imparcials i independents dels presumptes responsables i de l'organisme al qual pertanyin aquests responsables. Han d'estar capacitats per a encarregar investigacions a experts imparcials, metges o altres persones i poder accedir als resultats d'aquestes investigacions. Els mètodes emprats per dur-les a terme han de tenir el màxim nivell de professionalitat i se n'han de fer públiques les conclusions.

79. L'autoritat investigadora ha de tenir prou poder per a obtenir la informació necessària per a la investigació i té el deure d'utilitzar-lo.¹ Les persones que duguin a terme aquesta investigació han de disposar, d'una banda, de tots els recursos pressupostaris i tècnics necessaris per a una investigació eficaç i, de l'altra, de prou autoritat per a obligar els funcionaris presumptament implicats en tortures o maltractaments a comparèixer i prestar declaració. Aquesta autoritat ha de servir també per a citar testimonis —incloent-hi els funcionaris presumptament implicats— i ordenar la presentació de proves. Les presumptes víctimes de tortures o maltractaments, els testimonis, les persones encarregades de la investigació i tots els familiars han d'estar protegits d'actes de violència, d'amenaques o d'altres formes d'intimidació que puguin sorgir arran de la investigació. Els presumptes implicats en tortures o maltractaments han de ser destituïts de les possibles posicions directes o indirectes de control o poder sobre els demandants, els testimonis i les seves famílies o sobre els qui duguin a terme les investigacions.

80. Les presumptes víctimes de tortures o maltractaments i els seus representants legals han d'estar informats de les audiències que tinguin lloc i tenir-hi accés, de la mateixa manera que han de tenir accés a tota la informació relativa a la investigació i n'han d'estar al corrent. També han de tenir el dret de presentar altres proves.

81. En els casos en què els procediments d'investigació establerts no siguin adequats a causa de la manca de competència tècnica, d'una possible manca d'imparcialitat, o per indicis de l'existència d'una conducta abusiva habitual o per altres raons, els estats han de vetllar perquè les investigacions es duguin a terme mitjançant una comissió independent o un procediment similar. Els membres d'aquesta comissió han de ser escollits segons la seva imparcialitat, competència i independència personals acreditades. En especial, han de ser independents dels presumptes culpables i de les institucions o organismes a què pertanyin. La comissió ha d'estar facultada per a obtenir tota la informació que necessiti i ha de dur a terme la investigació d'acord amb aquests principis.² A més, ha de redactar, en un període de temps raonable, un informe en el qual s'exposi l'abast de la investigació, els procediments i els mètodes emprats per avaluar les proves, com també les conclusions i les recomanacions basades en els fets i en la legislació aplicable. Un cop redactat, s'ha de fer públic. Cal fer-hi constar els esdeveniments que s'han descobert arran de la investigació i les proves en què es basen les conclusions, i cal enumerar els noms dels testimonis que hagin prestat declaració, llevat d'aquells la identitat dels quals no s'hagi de fer pública a fi de protegir-los. En un període de temps raonable, l'estat ha de respondre l'informe de la investigació i, quan escaigui, ha d'indicar les mesures que adoptarà.

¹ Hi ha circumstàncies en què l'ètica professional exigeix que la informació tingui caràcter confidencial, cosa que convé respectar.

² V. la nota 68.

82. Els experts mèdics que participin en la investigació de tortures o maltractaments s'han de comportar, en tot moment, d'acord amb les normes ètiques més estrictes i, en concret, han d'obtenir el lliure consentiment de la persona abans d'examinar-la. Els exàmens han de respectar les normes establertes per la pràctica mèdica. S'han de dur a terme en privat, sota control de l'expert mèdic i mai en presència d'agents de seguretat o d'altres funcionaris del govern. L'expert mèdic ha de redactar tot seguit un informe precís que inclogui almenys els següents elements:

a) Circumstàncies de l'entrevista. El nom del pacient i el nom i la filiació de tots els presents a l'examen; l'hora exacta, la data, la situació i el caràcter de l'avaluació, i l'adreça de la institució (quan sigui necessari, també l'habitació) on és duta a terme (per exemple, al centre de detenció, a la clínica o a casa). També s'hi han de fer constar les circumstàncies en què es troba el pacient en el moment de l'examen (per exemple, coaccions que hagi patit en arribar o durant l'examen, la presència de forces de seguretat durant l'examen, la conducta de les persones que acompanyen el detingut, possibles amenaces a l'examinador, etc.) i altres factors rellevants.

b) Historial. Una exposició detallada dels fets narrats pel pacient durant l'entrevista, incloent-hi els presumptes mètodes de tortura o maltractaments, el moment en què presumptament es van produir els actes de tortura o maltractaments i els símptomes físics o psicològics que la víctima afirmi que té.

c) Examen físic i psicològic. Una descripció de tots els resultats obtinguts després de l'examen clínic, físic i psicològic, incloent-hi les proves de diagnòstic corresponents i, sempre que es pugui, fotografies en color de totes les lesions.

d) Opinió. Una interpretació de la relació de probabilitat entre els símptomes físics o psicològics i les possibles tortures o maltractaments. També cal donar, si escau, recomanacions per a tractaments —mèdics o psicològics— o examinacions posteriors.

e) Autoria. A l'informe han de constar les persones que han dut a terme l'avaluació i les signatures corresponents.

83. L'informe ha de ser confidencial i se n'ha de comunicar el contingut al pacient o a qui el representi. S'ha de demanar l'opinió del pacient i del seu representant sobre el procés d'examinació i incloure-la en l'informe. També cal que sigui lliurat per escrit, quan escaigui, a l'autoritat encarregada d'investigar els presumptes actes de tortura o maltractaments. És responsabilitat dels estats vetllar perquè l'informe arribi als destinataris. Ningú no pot accedir a l'informe sense el consentiment de la víctima o sense l'autorització d'un tribunal competent. Al capítol IV s'exposen les observacions generals pel que fa als informes que es preparen per escrit després d'una al·legació de tortura. Els capítols V i VI descriuen amb tot detall les avaluacions físiques i psicològiques, respectivament.

C. Procediments d'investigació de la tortura

1. Determinar l'òrgan investigador adequat

84. Quan se sospiti de la intervenció de funcionaris públics, ministres, adjunts ministerials, funcionaris que actuïn amb coneixement dels ministres, funcionaris superiors de ministeris estatals o alts càrrecs militars en tortures, o fins i tot de la possibilitat que hagin ordenat l'ús de la tortura o que la tolerin, no es podrà fer una investigació objectiva i imparcial llevat que es creï una comissió especial d'enquesta. També pot ser necessària aquesta comissió quan es posi en dubte l'experiència o la imparcialitat dels investigadors.

85. Hi ha circumstàncies que reforcen la idea que l'estat està implicat en la tortura o que hi ha indicis que justifiquen la creació d'un mecanisme especial i imparcial d'investigació, com ara:

- a) quan la víctima va ser vista per última vegada sense cap dany, detinguda o en custòdia de la policia;
- b) quan el *modus operandi* és característic dels mètodes de tortura fomentats per l'estat;
- c) quan hi ha persones de l'estat o associades a l'estat que han intentat obstruir o endarrerir la investigació de la tortura;
- d) quan una enquesta independent és favorable a l'interès públic;
- e) quan la investigació duta a terme pels òrgans investigadors habituals es posa en dubte a causa de la manca d'experiència o d'imparcialitat o bé per altres motius, com la importància de l'assumpte, la possible existència de modalitats especials d'abús, les queixes de la persona i altres insuficiències o raons substancials.

86. Quan un estat decideix establir una comissió independent d'enquesta, ha de tenir en compte diverses condicions. Primerament, les persones sotmeses a l'enquesta s'han de beneficiar, durant totes les fases de la investigació, de les salvaguardes mínimes garantides pel dret internacional. En segon lloc, els investigadors han de tenir el suport del personal tècnic i administratiu adequat, a més de tenir accés a l'assessorament jurídic objectiu i imparcial, amb la qual cosa s'assegura que la investigació elabori informació admissible per al procediment penal. En tercer lloc, els investigadors han de rebre tot el suport dels recursos i les competències de l'estat. Finalment, els investigadors han de disposar del poder necessari per a demanar a la comunitat internacional l'ajut d'experts en dret i medicina.

2. Entrevistar la presumpta víctima i els altres testimonis

87. Atesa la natura dels casos de tortura i el trauma que la persona pateix com a conseqüència —que sovint inclou un devastador sentit d'impotència— és especialment important demostrar sensibilitat davant la presumpta víctima de tortura i els altres testimonis. L'estat té l'obligació de protegir les víctimes de tortura, els testimonis i les seves famílies de possibles actes de violència, d'amenaques o de qualsevol altra forma d'intimidació que pugui sorgir en el transcurs de la investigació. Els investigadors han d'informar els testimonis sobre les conseqüències que pot tenir el fet de formar part de la investigació i també sobre qualsevol altra cosa que pugui passar amb relació al cas i que pugui afectar-los.

a) Consentiment amb coneixement de causa i altres mesures de protecció de la presumpta víctima

88. Sempre que es pugui i des del primer moment, convé informar la presumpta víctima de la natura del procediment, de la raó per la qual se'n sol·licita el testimoniatge i de si s'utilitzarà, i de quina manera, la informació que faciliti. Els investigadors han d'explicar al subjecte quines parts de la investigació es publicaran i quines seran confidencials. L'individu té el dret de negar-se a cooperar en tota la investigació o en una part. Cal fer tot el possible per adaptar el procés a la seva distribució del temps i a la seva voluntat. La presumpta víctima ha de ser informada regularment del progrés de la investigació. També cal notificar-li totes les audiències importants que es faran amb motiu de la investigació i el processament del cas. Els investigadors han d'informar-la de la detenció del presumpte agent i dels grups de defensa i tractament que puguin ajudar-la. Els investigadors han de treballar conjuntament amb els grups que lluiten contra la tortura en l'àmbit local i nacional a fi d'assegurar-se que hi ha un intercanvi mutu d'informació i de formació pel que fa a la tortura.

b) Selecció de l'investigador

89. Les autoritats que investiguen el cas han de designar la persona que assumirà la responsabilitat principal de l'entrevista amb la presumpta víctima. Si aquesta necessita, per al seu cas, l'assessorament de diversos professionals jurídics i sanitaris, l'equip investigador ha de fer tot el possible per evitar que repeteixi de manera innecessària la història personal. A l'hora de seleccionar una persona com a investigador i principal responsable del cas, convé tenir en compte les preferències de l'individu pel que fa al sexe o l'origen de l'investigador o la capacitat que té per a comunicar-se en la llengua materna del pacient. L'investigador principal ha de tenir formació o experiència en documentació sobre la tortura i en el treball amb víctimes de traumatismes i maltractaments. Si no es disposa d'un investigador amb formació prèvia i experiència, l'investigador principal ha de fer tot el possible per informar-se sobre la tortura i les seves conseqüències físiques i psicològiques abans d'entrevistar el subjecte. La informació sobre aquesta matèria es pot obtenir de diverses fonts, com ara d'aquest manual, de diverses publicacions professionals i docents, de cursos de formació i de conferències professionals. A més, durant la investigació, l'investigador ha de tenir accés a l'assessorament i l'assistència d'experts internacionals.

c) Context de la investigació

90. Els investigadors han d'estudiar amb tot detall el context en què actuen i han de prendre les precaucions necessàries i les salvaguardes oportunes. En interrogar persones que són a la presó o en una situació semblant en què puguin patir represàlies, han de tenir força cura de no posar-les en perill. Quan el fet de parlar amb un investigador pugui posar en perill algú, en lloc d'una entrevista individual s'ha de fer una *entrevista en grup*. En altres casos, l'entrevistador ha de trobar un lloc on pugui fer una entrevista privada i el testimoni se senti segur per a parlar amb tota llibertat.

91. Les avaluacions poden tenir lloc en diversos contextos polítics. Això implica diferències notables en la forma en què cal dur a terme les avaluacions. A més, els requisits legals en el marc dels quals es duu a terme la investigació també queden afectats pel context. Per exemple, una investigació que culmina amb el judici d'un presumpte agent requereix proves de tortura molt més sòlides que no pas un informe adreçat a donar suport a una demanda d'asil polític a un tercer país. L'investigador ha d'adaptar aquestes directrius a la situació i la finalitat concretes de l'avaluació. A continuació donem exemples d'alguns dels contextos que influeixen sobre el procediment que cal seguir:

- i) La víctima està detinguda o reclosa al país d'origen.
- ii) Està detinguda o reclosa en un altre país.
- iii) Està en llibertat al seu país, però en un ambient opressor i hostil.
- iv) Està en llibertat al seu país, en un ambient de pau i seguretat.
- v) És a un altre país, que pot ser amistós o hostil.
- vi) És en un camp de refugiats.
- vii) Compareix davant un tribunal per crims de guerra o davant una comissió d'esclariment de la veritat.

92. El context polític pot ser hostil cap a la víctima i cap a l'examinador, per exemple, quan s'hagin d'entrevistar detinguts reclosos a la presó pels seus governs o que estan detinguts per governs estrangers amb vista a deportar-los. En països on s'investiguen demandants d'asil en cerca de proves de tortura, la resistència a admetre les acusacions de tortura pot respondre a motivacions polítiques. En algunes circumstàncies, hi ha la possibilitat molt real de posar en perill la seguretat del detingut, la qual cosa s'ha de prendre en consideració en tota avaluació. En tot cas, els investigadors han d'anar amb molt de compte quan es posin en contacte amb les presumptes víctimes

de tortura, fins i tot en el cas que no es trobin en perill imminent. El llenguatge i l'actitud que adopta l'investigador influeix considerablement sobre la capacitat i la voluntat de la víctima per a l'entrevista. El lloc que es triï per fer l'entrevista ha de ser al més còmode possible, i cal no oblidar-se de preveure la possibilitat de consumir begudes o tenir accés a instal·lacions sanitàries. S'hi ha de dedicar el temps just i necessari, així que l'investigador no ha d'esperar obtenir la història completa a la primera entrevista. Les preguntes sobre qüestions de caràcter privat poden ser traumàtiques per a la presumpta víctima. Per tant, l'investigador ha d'emprar un to de veu sensible i parar esment a la forma de les preguntes i a la manera d'encadenar-les. Cal informar els testimonis que tenen el dret d'interrompre l'interrogatori en qualsevol moment, de fer una pausa o de negar-se a respondre alguna de les preguntes.

93. La presumpta víctima, els testimonis i els membres de l'equip investigador han de poder accedir, en la mesura del possible, a serveis psicològics i a d'altres terapeutes amb experiència. El relat dels detalls de la tortura pot fer que la persona revisqui la seva experiència o pateixi altres símptomes relacionats amb el trauma (vegeu el cap. IV, secc. H). El fet de parar atenció a detalls sobre la tortura pot provocar als investigadors símptomes de trauma secundari, per la qual cosa se'ls ha d'estimular perquè discuteixin les seves reaccions entre ells, naturalment respectant els requisits professionals ètics de confidencialitat. Si és possible, tot plegat cal fer-ho amb l'ajut d'un facilitador amb experiència. Cal ser conscients que hi ha dos riscos: d'una banda, l'investigador es pot identificar amb l'individu presumptament torturat i no ser prou crític amb la història que li expliqui, i de l'altra, l'entrevistador es pot acostumar a escoltar tantes històries de tortura que arribi fins al punt de menysprear les experiències de la persona que entrevista.

d) Seguretat dels testimonis

94. L'estat té la responsabilitat de protegir les presumptes víctimes, els testimonis i les seves famílies de possibles actes de violència, d'amenaques o de qualsevol altra forma d'intimidació que pugui sorgir arran de la investigació. Les persones sospitoses d'estar implicades en la tortura han de ser allunyades dels càrrecs que exerceixin control o poder de manera directa o indirecta sobre els demandants, els testimonis i les seves famílies, o sobre el personal encarregat de fer les investigacions. Els investigadors han de tenir en compte en tot moment els efectes que la seva investigació pot tenir sobre la seguretat de la persona que al·legui tortura i els altres testimonis.

95. Una tècnica que s'ha proposat per donar una certa seguretat als entrevistats, sobretot els que es troben en presons de països en situació conflictiva, consisteix a prendre nota de les identitats de les persones visitades, de manera que els investigadors puguin assegurar-se que no han patit cap discriminació en visites futures. Els investigadors poden parlar amb qui vulguin lliurement i en privat, i se'ls permet repetir les visites a les mateixes persones sempre que convingui (d'això es dedueix la necessitat d'identificar els entrevistats). No tots els països accepten aquestes condicions i els investigadors poden ensopegar amb dificultats a l'hora d'obtenir garanties semblants. Quan sembli probable que els testimonis corren perill a causa del seu testimoniatge, l'investigador ha de mirar de trobar altres fonts d'informació.

96. Els presos corren un perill més gran que no pas les persones en llibertat i poden reaccionar de manera diferent davant de diverses situacions. En una situació determinada, els presos poden posar-se en perill inadvertidament si s'expressen amb massa vehemència, pensant que estan protegits per la presència de l'investigador *extern*. Però podria no ser el cas. En altres situacions, l'investigador pot ensopegar amb un *mur de silenci*, sobretot en casos en què els presos estan massa intimidats per confiar en algú, per més que se'ls informi que parlen en privat. En aquest últim cas, pot ser necessari començar fent entrevistes en grup, de manera que es pugui explicar clarament l'àmbit i l'objectiu de la investigació, i a continuació oferir entrevistes en privat a les persones que vulguin parlar. Si la por de les represàlies —justificada o no— és massa gran, pot ser necessari entrevistar tots els presos en un mateix lloc, de manera que no es pugui assenyalar ningú en concret. Quan una investigació condueix a un processament o a un fòrum públic d'esclariment de la veritat, l'investigador ha de recomanar l'aplicació de les

mesures adequades per a evitar tots els danys a la presumpta víctima. Aquestes mesures poden consistir, per exemple, a retirar dels registres públics el nom de la víctima i altres informacions que l'identifiquin, o bé oferir-li la possibilitat d'atestar per mitjà de dispositius emmascaradors de la imatge o de la veu, o per televisió en circuit tancat. En tot cas, aquestes mesures han de ser compatibles amb els drets de l'acusat.

e) *Utilització d'intèrprets*

97. El fet de treballar amb un intèrpret quan s'investiga una tortura no és gens fàcil, ni tan sols quan es tracta de professionals. No sempre es pot disposar d'intèrprets de tots els dialectes i totes les llengües, per la qual cosa de vegades convé recórrer a algun membre de la família de la persona o del seu grup cultural. Aquesta no és la solució ideal, ja que l'individu no sempre es troba de gust parlant de l'experiència de tortura per mitjà de persones que coneix. El millor seria que l'intèrpret formés part de l'equip d'investigació i que conegués les qüestions relatives a la tortura (vegeu el cap. IV, secc. I i el cap. VI, secc. C.2).

f) *Informació que s'ha d'obtenir de la persona que al·lega haver estat torturada*

98. L'investigador ha de mirar d'obtenir, del testimoniatge de la presumpta víctima, la major quantitat possible d'informació relacionada amb les qüestions que s'enumeren a continuació (vegeu el cap. IV, secc. E):

i) Circumstàncies que van conduir a la tortura, com l'arrest o el rapté i la detenció.

ii) Dates i moments aproximats de la tortura, amb referència a l'acte més recent. Aquesta precisió és difícil d'aconseguir perquè la tortura es pot haver desenvolupat en diversos llocs i amb la intervenció de diversos agents (o grups d'agents). De vegades cal recollir diverses històries per a cada un dels llocs. Les cronologies gairebé sempre són inexactes i de vegades bastant confuses, ja que algú que ha estat torturat difícilment conserva la noció del temps. El fet de recollir diverses històries per a cada un dels llocs de tortura pot ser útil a l'hora de formar-se una imatge global de la situació. Sovint les víctimes no saben exactament on se'ls ha dut, perquè tenen els ulls tapats o no estan plenament conscients. Reunint diversos testimoniatges convergents, es podrà establir un *quadre* dels diversos llocs, mètodes i fins i tot agents.

iii) Descripció detallada de les persones que van intervenir en l'arrest, la detenció i la tortura, especificant si l'individu ja en coneixia alguna abans dels fets relatius a la presumpta tortura: com anaven vestits, cicatrius, senyals de naixement, tatuatges, alçada, pes (la persona pot ser capaç de descriure el torturador amb relació a ella mateixa), algun detall concret pel que fa a l'anatomia, la parla i l'accent dels torturadors i si semblaven estar sota els efectes de l'alcohol o de les drogues en algun moment.

iv) Què se li va dir a la persona o què se li va preguntar. D'aquesta manera es pot obtenir informació rellevant per a identificar llocs secrets o desconeguts de detenció.

v) Descripció de les activitats diàries al lloc de detenció i de les característiques dels maltractaments.

vi) Descripció dels detalls de la tortura incloent-hi els mètodes emprats. No cal dir que de vegades és prou difícil i que l'investigador ha de saber que probablement no n'obtindrà la història completa en una sola entrevista. És important aconseguir una informació precisa, però totes les preguntes sobre humiliacions i agressions íntimes poden ser traumàtiques; sovint, extraordinàriament traumàtiques.

vii) Agressions de caire sexual. La majoria de persones, davant d'aquestes preguntes, acostuma a pensar en la violació o la sodomia. L'investigador ha de tenir en compte que sovint les víctimes no consideren agressions sexuals les agressions verbals, el fet de despullar-les, de grapejar-les, els actes obscens o humiliants, o fins i tot

els cops o les descàrregues elèctriques als genitals. Tots aquests actes violen la intimitat de l'individu i han de ser considerats part d'una agressió sexual. Sovint les víctimes d'aquest tipus d'agressions no en parlen o fins i tot neguen haver-la patit. Així, també és normal que no es completi la història fins a la segona o la tercera entrevista, i això en el cas d'haver aconseguit un contacte empàtic i sensible segons la personalitat del subjecte.

viii) Lesions físiques patides en el transcurs de la tortura.

ix) Descripció de les armes o d'altres instruments utilitzats.

x) Identitat dels testimonis de tots els actes que hagin format part de la tortura. L'investigador ha de posar atenció a l'hora de protegir la seguretat dels testimonis i tenir en compte la possibilitat d'amagar-ne les identitats o de mantenir-ne els noms en un lloc diferent de la part principal de les notes que prengui sobre l'entrevista.

g) *Declaració de la persona que al·lega haver patit tortura*

99. L'investigador ha d'enregistrar en una cinta magnetofònica una declaració detallada de la persona i després fer-la transcriure. La declaració s'ha de basar en les respostes que l'individu doni a preguntes neutres, no tendencioses. Les preguntes no tendencioses no contenen suposicions o conclusions i faciliten que la persona ofereixi un testimoni més complet i objectiu. Per exemple, una pregunta no tendenciosa seria: "Què li va passar i on?" en lloc de "El van torturar mentre era a la presó?". Aquesta darrera pregunta pressuposa que el que li ha passat al testimoni és que l'han torturat i limita el lloc de l'acció en una presó. Així, també s'han d'evitar les preguntes basades en llistes, que poden forçar l'individu a donar respostes inexactes si el que realment ha passat no correspon exactament a cap de les opcions que se li ofereixen. S'ha d'intentar que la persona utilitzi tots els sentits per descriure el que li ha passat i expliqui què ha vist, olorat, escoltat i sentit. Això és important, per exemple, en situacions en què li van tapar els ulls o la van agredir a les fosques.

h) *Declaració del presumpte autor de la tortura*

100. En la mesura del possible, els investigadors han d'interrogar els presumptes autors de la tortura. Cal que els investigadors els donin totes les proteccions jurídiques garantides pel dret internacional i nacional.

3. *Recerca i preservació de proves materials*

101. L'investigador ha d'aplegar totes les proves materials que pugui per documentar un incident o un tipus de tortura. La compilació i l'anàlisi de les proves materials constitueix un dels aspectes més importants de les investigacions acurades i imparcials de tortura. L'investigador ha de documentar tota la cadena de custòdia que ha intervingut en l'acció de recuperar i preservar les proves materials, de manera que pugui utilitzar-les en procediments jurídics futurs, incloent-hi un possible procediment penal. La tortura es practica sobretot en llocs on l'individu està sota algun tipus de custòdia, llocs on la preservació de les proves físiques o l'accés sense restriccions pot ser difícil al principi o fins i tot impossible. L'estat ha d'atorgar als investigadors prou poder per a tenir accés sense restriccions a qualsevol lloc o instal·lació i a posar sota investigació l'indret on va tenir lloc la suposada tortura. El personal investigador i els altres investigadors han de coordinar esforços per dur a terme una investigació meticulosa de l'indret on se suposa que va tenir lloc la tortura. Els investigadors han de tenir accés sense restriccions al presumpte escenari de la tortura, com també, entre d'altres, a totes les zones obertes o tancades: edificis, vehicles, oficines, cel·les de presó o altres instal·lacions en les quals presumptament s'hagi torturat.

102. L'accés als edificis o llocs que estiguin sota investigació ha d'estar reservat als investigadors i el seu

personal, de manera que no es perdi cap prova. S'ha de fer un estudi del lloc a la recerca de tota mena de proves materials. Aquestes proves s'han de recollir, tractar curosament, empaquetar, marcar i desar en un lloc segur per evitar alteracions, manipulacions o pèrdues. Si la tortura és prou recent perquè les proves puguin ser rellevants, cal recollir, etiquetar i preservar adequadament totes les mostres que es trobin de líquids orgànics (com ara sang o semen), cabell, fibres i fils. També convé recollir i preservar els instruments que s'hagin pogut utilitzar per torturar, tant si han estat dissenyats amb aquesta finalitat com si han estat utilitzats circumstancialment. Si l'acte ha estat prou recent, cal prendre i preservar totes les empremtes digitals trobades. S'ha d'elaborar un croquis a escala dels locals o llocs on presumptament s'ha practicat la tortura i fer-hi constar tots els detalls pertinents —com ara la situació de les habitacions, les entrades, les finestres, els mobles i els terrenys limítrofs a cadascun dels pisos de l'edifici. Amb el mateix objectiu cal fer fotografies en color. S'ha de preparar una llista amb la identitat de totes les persones que eren al presumpte escenari de la tortura, amb noms complets, adreces i números de telèfon, o qualsevol altra informació de contacte. Si la tortura és prou recent per a justificar-ho, cal fer un inventari de tota la roba que duia posada la presumpta víctima i, sempre que es pugui, analitzar-la en un laboratori en cerca de líquids orgànics i d'altres proves físiques. Cal obtenir informació de tots els que van ser als locals i els llocs sota investigació per tal de determinar si van ser testimonis o no dels incidents de presumpta tortura. S'han de recollir tots els escrits, registres o documents importants amb vista a un possible ús com a prova i per a anàlisis grafològiques.

4. Proves mèdiques

103. L'investigador ha d'organitzar l'examen mèdic de la presumpta víctima. En aquest aspecte és força important el factor temps. L'examen mèdic s'ha de fer independentment del temps que hagi transcorregut des del moment de la tortura, però, si el pacient al·lega que ha tingut lloc durant les darreres sis setmanes, és urgent procedir a l'examen abans que desapareguin els signes aguts. L'examen ha d'incloure l'avaluació de la necessitat de tractar lesions i malalties, d'ajut psicològic, d'assessorament i de seguiment (vegeu, al capítol V, una descripció de l'exploració física i de l'avaluació del forense). És indispensable l'avaluació psicològica de la presumpta víctima de la tortura, que pot formar part de l'exploració física o no. Tot i que no hi hagi signes físics, s'ha de procedir igualment a l'avaluació psicològica (vegeu, al capítol VI, una descripció de l'avaluació psicològica).

104. Per a establir l'existència de signes físics i psicològics de tortura, cal formular-se les sis preguntes següents:

- a) Els signes físics i psicològics concorden amb l'informe de la suposada tortura?
- b) Quines condicions físiques contribueixen al quadre clínic?
- c) Els signes psicològics, constitueixen reaccions normals o típiques a l'estrès extrem en el context cultural i social de l'individu?
- d) Atesa l'evolució variable dels trastorns mentals relacionats amb la tortura, quin és el marc temporal amb relació als actes de tortura? En quin punt del curs de recuperació és el pacient?
- e) Quins altres factors d'estrès afecten l'individu (per exemple, la persecució, la migració forçada, l'exili i la pèrdua de la família o de la funció social)? Quina repercussió tenen en l'individu?
- f) El quadre clínic, indica que hi pot haver una al·legació falsa de tortura?

5. Fotografies

105. S'han de fer fotografies en color de les lesions de les persones que al·leguen haver patit actes de tortura, dels indrets (interiors o exteriors) on suposadament es van cometre aquests actes i de tota prova material que, eventualment, es descobreixi. És primordial incloure una cinta mètrica o indicar l'escala de la fotografia amb algun element de referència. Les fotografies s'han de fer al més aviat possible, encara que només sigui amb una càmera rudimentària, ja que hi ha signes físics que s'esborren ràpidament i els locals poden ser alterats de manera deliberada. S'ha de tenir en compte que les fotografies de revelat instantani es poden esborrar amb el temps. Sempre que es disposi de l'equip necessari convé fer fotografies professionals. Preferentment, cal emprar una càmera de 35 mil·límetres que indiqui automàticament la data. S'ha de documentar amb tot detall la cadena de custòdia de la pel·lícula, els negatius i les impressions.

D. Comissió d'enquesta

1. Definir el camp d'aplicació de l'enquesta

106. Els estats o les organitzacions que estableixin una comissió d'enquesta han de determinar-ne el camp d'aplicació especificant-ne clarament les atribucions. El fet de definir les atribucions de la comissió atorga legitimitat al procediment i fa augmentar en gran mesura les probabilitats d'èxit. A més facilita el consens entre els membres de la comissió pel que fa a l'abast de l'enquesta i pel que fa als criteris aplicables a l'hora de jutjar-ne els resultats. En determinar les atribucions de la comissió cal tenir en compte les recomanacions següents:

a) Han de tenir una estructura neutral, de manera que no suggereixin un resultat predeterminat. Per a aconseguir aquesta neutralitat, cal que les competències de la comissió no limitin les investigacions en alguns àmbits que poden encobrir la responsabilitat de l'estat en la tortura.

b) Han d'establir amb precisió quins són els esdeveniments i els assumptes que s'investigaran i sobre els quals es tractarà en l'informe final de la comissió.

c) Han de permetre una certa flexibilitat en l'àmbit de l'enquesta, de manera que les investigacions de la comissió no quedin obstaculitzades per unes ordres massa restrictives o massa vagues. Es pot obtenir la flexibilitat necessària, per exemple, permetent que la comissió modifiqui les seves atribucions inicials en cas de necessitat. És important, però, que la comissió informi públicament de les modificacions que introdueixi al seu mandat.

2. El poder de la comissió

107. Els principis determinen en general quins seran els poders de la comissió. Concretament, la comissió ha d'estar capacitada per a:

a) obtenir la informació necessària per a l'enquesta, incloent-hi l'autoritat per a obtenir testimoniatges sota sanció legal, ordenar la presentació de documents —registres estatals i mèdics inclosos— i protegir els testimonis, les famílies de la víctima i qualsevol altra font;

b) emetre un informe públic;

c) visitar tots els llocs que requereixi l'enquesta, incloent-hi l'indret on se sospita que va tenir lloc la tortura;

d) rebre proves de testimonis i d'organitzacions que es trobin fora del país.

3. Criteris per a la selecció dels membres

108. Els membres de la comissió han de ser elegits segons la imparcialitat, la competència i la independència personals acreditades, qualitats que es defineixen de la manera següent:

a) Imparcialitat. Cal que els membres de la comissió no estiguin estretament associats a cap persona, entitat estatal, partit polític ni cap altra organització que pugui estar implicada en la tortura. Tampoc no han d'estar associats de manera excessivament estreta a cap organització o grup dels quals sigui membre la víctima, cosa que podria anar en detriment de la fiabilitat de la comissió. Tanmateix, això no ha de servir d'excusa per a excloure de la comissió de forma generalitzada, per exemple, membres de grans organitzacions de les quals la víctima també sigui membre o persones associades a organitzacions dedicades al tractament i la rehabilitació de les víctimes de tortura.

b) Competència. Els membres de la comissió han de ser capaços d'avaluar i ponderar les proves que es presentin i exercir un judici raonable. En la mesura del possible, les comissions d'enquesta han d'incloure persones expertes en dret, medicina i altres especialistes pertinents.

c) Independència. Els membres de la comissió han de ser coneguts, dins de la seva comunitat, per ser honorats i justos.

109. L'objectivitat de l'enquesta i de les conclusions de la comissió poden dependre, entre altres coses, del fet que la comissió consti de tres o més membres, i no sols d'un o dos. En general, una comissió d'un sol membre no està en condicions d'investigar la tortura. Si un sol membre actués aïlladament i en solitari, no estaria en condicions de fer una investigació en profunditat. A més, es veuria obligat a adoptar decisions discutibles i importants sense cap mena de debat i seria especialment vulnerable davant l'estat i altres pressions exteriors.

4. El personal de la comissió

110. Les comissions d'enquesta han de disposar d'un assessor expert i imparcial. Si la comissió ha d'investigar acusacions contra el comportament de l'estat, convé nomenar un assessor que no formi part del ministeri de justícia. L'assessor principal de la comissió ha de ser lliure d'influències polítiques, tant si es tracta d'un representant del ministeri públic com d'un membre independent de l'advocacia. La investigació requereix sovint assessors experts. La comissió ha de disposar d'accés al servei d'experts en sectors com ara la patologia, la medicina forense, la psiquiatria, la psicologia, la ginecologia i la pediatria. En la majoria dels casos, per a dur a terme una investigació totalment imparcial i acurada, la comissió necessita que els seus investigadors segueixin les pistes i cerquin proves. La credibilitat d'una enquesta depèn, en gran part, de la mesura en què la comissió pugui basar-se en els propis investigadors.

5. Protecció dels testimonis

111. L'estat ha de protegir els demandants, els testimonis, els investigadors i les seves famílies dels actes de violència, amenaces o de qualsevol altra forma d'intimidació (vegeu la secció C.2.d *supra*). Si la comissió conclou que hi ha una temença raonable de persecució, assetjament o agressió a qualsevol testimoni o possible testimoni, pot considerar convenient recollir les proves a porta tancada, preservar confidencialment la identitat de l'informador o del testimoni, utilitzar només les proves que no exposin la identitat del testimoni i adoptar altres mesures adequades.

6. Procediments

112. Dels principis generals del procediment penal es dedueix que les audiències s'han de fer en públic, tret dels procediments a porta tancada que siguin necessaris per a protegir la seguretat d'un testimoni. Els procediments a porta tancada han de ser enregistrats, i cal desar el document, segellat i sense publicar, en un lloc conegut. De vegades, però, pot ser que calgui el màxim secret per a obtenir un testimoniatge determinat. En aquests casos, la comissió pot preferir escoltar el testimoni en privat, de manera informal o sense registrar-lo.

7. Avís d'enquesta

113. S'ha de difondre al màxim l'establiment de la comissió i el tema d'enquesta. L'avís ha d'incloure una invitació perquè es presenti a la comissió tota la informació pertinent i les corresponents declaracions escrites, com també les instruccions per a les persones que vulguin testimoniar. L'avís ha de ser publicat en diaris, revistes, butlletins i cartells, i difós a la ràdio i a la televisió.

8. Recepció de proves

114. La comissió d'enquesta ha de tenir prou poder per a exigir testimoniatsges i elaborar documents, a més de prou autoritat per a obligar a testificar els funcionaris suposadament implicats en la tortura. Des del punt de vista pràctic, aquesta autoritat implica la capacitat d'imposar multes o sentències si els funcionaris oficials o altres persones es neguen a obeir. La comissió d'enquesta ha de convidar els subjectes a testimoniar o presentar declaracions escrites com un primer pas per a la compilació d'informació. Les declaracions escrites poden esdevenir una font important de proves si els autors no poden testificar —ja sigui perquè tenen por, perquè no poden viatjar o per altres motius. La comissió d'enquesta ha d'examinar qualsevol altre document que pugui contenir informació important.

9. Drets de les parts

115. Totes les persones que hagin al·legat haver estat torturades i els seus representants legals han d'estar informats de les audiències que tinguin lloc i tenir-hi accés, de la mateixa manera que han de tenir accés a tota la informació relativa a la investigació i n'han d'estar al corrent. També han de tenir el dret de presentar altres proves. L'èmfasi que s'atorga al paper de la víctima com a part del procediment reflecteix el protagonisme que tenen els interessos de la víctima en el desenvolupament de la investigació. No obstant això, les altres parts també han de tenir l'oportunitat d'expressar-se. L'òrgan investigador pot convocar els testimonis —incloent-hi els funcionaris presumptament implicats— i exigir que es presentin les proves. S'ha de permetre que tots els testimonis rebin assessorament jurídic en cas que l'enquesta pugui perjudicar-los, per exemple, quan el testimoniatge els exposi a acusacions penals o de responsabilitat civil. En cap cas s'ha d'obligar el testimoni a testificar contra ell mateix. La comissió ha de tenir la possibilitat d'interrogar de manera eficaç els testimonis. A les parts de l'enquesta se'ls ha de permetre presentar preguntes escrites a la comissió.

10. Avaluació de les proves

116. La comissió ha d'avaluar tota la informació i totes les proves que rebí per determinar-ne la fiabilitat i probitat, i també ha d'avaluar els testimoniatsges orals, tenint en compte la conducta i la credibilitat general del testimoni. La comissió ha de ser sensible a les qüestions socials, culturals i de gènere que influeixin sobre el comportament de l'individu. Una informació corroborada per diverses fonts té més valor demostratiu i més seguretat que no pas altres informacions transmeses, com ara "vaig sentir dir". La comissió ha d'examinar acuradament la fiabilitat d'aquest tipus d'informació abans d'acceptar-la com un fet. Els testimoniatsges no comprovats mitjançant exàmens creuats

s'han de considerar amb la màxima precaució. Pel que fa als testimonis confidencials conservats en secret o no enregistrats, no solen ser sotmesos a exàmens creuats i, per consegüent, han de tenir menys pes demostratiu.

11. Informe de la comissió

117. La comissió ha d'emetre un informe públic en un termini de temps raonable. A més, quan no arribi a una conclusió unànime a partir de les proves, el grup minoritari també ha d'expressar la seva opinió discordant. Els informes de la comissió d'enquesta han de contenir, almenys, la informació següent:

- a) l'àmbit de l'enquesta i les atribucions;
- b) els procediments i mètodes d'avaluació de les proves;
- c) una llista de tots els testimonis que hagin testificat, amb constància de l'edat i el sexe —llevat d'aquells que mantinguin la identitat en secret per qüestions de seguretat o els que hagin testificat en secret—, com també tot el material utilitzat com a prova;
- d) el moment i el lloc de cada sessió (aquesta informació es pot adjuntar a l'informe);
- e) l'ambient en què es desenvolupa l'enquesta, per exemple, les condicions socials, polítiques i econòmiques més importants;
- f) els fets que, segons la investigació, van tenir lloc i les proves en què es basen aquests descobriments;
- g) el marc jurídic en què ha operat la comissió;
- h) les conclusions dels membres de la comissió basades en el dret aplicable i en el descobriment dels fets;
- i) les recomanacions basades en els descobriments de la comissió.

118. L'estat ha de respondre públicament l'informe de la comissió i, quan escaigui, indicar quines mesures es proposa adoptar en resposta a l'informe.

Capítol IV

IV. OBSERVACIONS GENERALS RELATIVES A LES ENTREVISTES

119. En entrevistar una persona que al·legui haver estat torturada, convé tenir en compte un cert nombre de qüestions i factors pràctics. Aquestes observacions es poden aplicar a totes les persones que duen a terme entrevistes, ja siguin juristes, metges, psicòlegs, psiquiatres, defensors dels drets humans o altres professionals. A continuació es descriu aquest *terreny comú* situant-lo en els diferents contextos amb què hom es pot trobar durant la investigació de la tortura i les entrevistes a les víctimes.

A. L'objectiu de l'enquesta, de l'examen i de la documentació

120. L'objectiu general de la investigació és determinar els fets relatius als presumptes incidents de tortura (vegeu el cap. III, secc. D). Les avaluacions mèdiques de la tortura poden aportar proves útils en contextos legals, com ara:

- a) identificar els agents responsables de la tortura i portar-los davant la justícia;
- b) donar suport a les sol·licituds d'asil polític;
- c) determinar les condicions en què certs funcionaris de l'estat han pogut obtenir confessions falses;

d) precisar les zones on es duen a terme pràctiques determinades de tortura. Les avaluacions mèdiques també poden servir, d'una banda, per a identificar les necessitats terapèutiques dels pacients i, de l'altra, de testimoniatge per a les investigacions de drets humans.

121. L'objectiu del testimoniatge del metge, ja sigui escrit o oral, és donar una opinió professional sobre el grau de correlació entre els signes establerts per l'exploració mèdica i l'al·legació d'abús del pacient, i comunicar amb eficàcia aquests signes i les interpretacions a les autoritats judicials o altres autoritats competents. A més a més, sovint el testimoniatge mèdic serveix per a donar a conèixer als funcionaris judicials, a d'altres funcionaris governamentals i a les comunitats nacionals i internacionals, quines són les seqüeles físiques i psicològiques de la tortura. L'examinador ha de ser apte per a:

a) avaluar possibles lesions i abusos (encara que no hi hagi acusacions concretes de la víctima, de representants de les forces de l'ordre o de funcionaris del poder judicial);

b) documentar els senyals físics i psicològics de lesió i abús;

c) correlacionar el grau de coherència entre els signes trobats a l'examen i les al·legacions concretes d'abús formulades pel pacient;

d) avaluar el grau de correlació entre els signes establerts per l'exploració mèdica i la informació sobre els mètodes de tortura eventualment utilitzats en la regió en qüestió i els efectes secundaris més comuns;

e) donar una interpretació professional de les conclusions d'avaluacions medicolegals i facilitar una opinió professional respecte a possibles causes d'abús en els processos de petició d'asil, en judicis penals i en procediments civils;

f) fer un bon ús de la informació obtinguda per donar a conèixer millor la tortura i documentar-la més a fons.

B. Salvaguardes de procediment respecte als detinguts

122. L'avaluació mèdica forense dels detinguts s'ha de dur a terme com a resposta a una sol·licitud oficial escrita que provingui del ministeri públic o d'una altra autoritat competent. Les sol·licituds d'avaluació mèdica formulades per funcionaris que s'encarreguen de l'aplicació de la llei no es consideren vàlides, tret que se sol·licitin per ordre escrita d'un representant del ministeri públic. Amb tot, els mateixos detinguts, com també els seus advocats i familiars, tenen el dret de sol·licitar una avaluació mèdica per mirar de trobar proves de tortura i maltractaments. Els funcionaris que pertanyin a l'exèrcit o a la policia no poden acompanyar el detingut a l'examen forense, ja que la tortura i els maltractaments es podrien haver dut a terme sota el seu control i, per això, ells mateixos imposarien una pressió coercitiva inacceptable sobre el detingut o sobre el metge, amb l'objectiu que no documentés efectivament la tortura o els maltractaments. Els funcionaris que supervisin el transport dels detinguts han d'estar relacionats amb el ministeri públic i no pas amb altres funcionaris encarregats de l'aplicació de la llei. L'advocat del detingut ha d'estar present durant la sol·licitud de l'examen i durant el transport ulterior del detingut. Durant el període de detenció i posteriorment, el detingut ha de tenir el dret de rebre una segona avaluació mèdica a càrrec d'un metge qualificat.

123. Tots els detinguts han de ser examinats en privat. Mai no hi ha d'haver a la sala d'examen cap funcionari de policia ni cap altre funcionari encarregat de l'aplicació de la llei. Aquesta salvaguarda de procediment només pot ser infringida quan, segons el parer del metge examinador, hi hagi signes feaents que el detingut planteji un risc greu per a la seguretat del personal de salut. En aquestes circumstàncies, i si ho demana el metge examinador, es pot disposar del personal de seguretat de la instal·lació sanitària, però mai de policies ni d'altres funcionaris encarregats de l'aplicació de la llei. De tota manera, el personal de seguretat s'ha de situar de tal manera que només pugui establir contacte visual amb el pacient, però no sentir allò que diu. L'avaluació mèdica dels detinguts s'ha de dur a terme al lloc que el metge consideri més adequat. En certs casos, és millor insistir que l'avaluació es faci a les instal·lacions mèdiques oficials i no a la presó o a la cel·la. En altres casos, el pres pot preferir ser examinat dins la relativa seguretat de la pròpia cel·la; per exemple, quan consideri que les instal·lacions mèdiques poden estar vigilades. L'elecció del millor lloc depèn de nombrosos factors, però en tots els casos l'investigador ha d'assegurar-se que el pres no s'hagi vist forçat a acceptar un lloc on no es trobi de gust.

124. A l'informe mèdic oficial del facultatiu s'ha de fer constar, si escau, la presència de policies, soldats, funcionaris de presons o altres funcionaris encarregats de l'aplicació de la llei a la sala d'examen, per la raó que sigui. Aquesta presència durant l'examen pot ser la base per a descartar un informe mèdic negatiu. També s'hi han d'esmentar les identitats i els títols de tots els presents a la sala durant l'avaluació mèdica. Per a l'avaluació medicolegal de detinguts, cal emprar un formulari estàndard (vegeu a l'annex IV les directrius que s'utilitzen per preparar el formulari estàndard).

125. Un cop acabada l'avaluació, s'ha de transmetre l'original directament a la persona que havia sol·licitat l'informe, generalment el fiscal. També cal facilitar un informe mèdic als detinguts que ho sol·licitin o als seus advocats. L'examinador ha de conservar còpies de tots els informes mèdics. És possible que una associació mèdica nacional o una comissió d'enquesta vulgui inspeccionar els informes mèdics per assegurar-se que s'han complert adequadament les salvaguardes previstes per al procediment i les normes de documentació, sobretot quan es tracta de metges que treballen per a l'estat. Els informes s'han d'enviar a l'organització sempre que s'hagin resolt les qüestions d'independència i confidencialitat. No s'ha d'enviar, sota cap circumstància, cap còpia de l'informe mèdic a funcionaris encarregats de l'aplicació de la llei. És obligatori fer un examen mèdic al detingut en el moment de la detenció i un altre examen i avaluació quan sigui alliberat.¹ A més, el detingut ha de poder disposar del servei d'un advocat al moment de fer l'examen mèdic. En la majoria de situacions pròpies de les presons no es pot disposar de cap presència exterior mentre es duu a terme l'examen. En aquests casos, s'ha d'estipular que el metge de la presó que estigui treballant amb presos respecti l'ètica mèdica i sigui capaç de desenvolupar

¹ V. els Principis bàsics de les Nacions Unides per al tractament de reclusos (cap. I, secc. B)

les seves tasques professionals independentment de qualsevol mena d'influència partidista. Si l'examen mèdic forense referma l'al·legació de tortura, el detingut no pot tornar al lloc de detenció, sinó que ha de ser presentat al fiscal o al jutge perquè determinin quina ha de ser la posició legal del detingut.²

C. Visites oficials als centres de detenció

126. Les visites als presos no s'han de prendre a la lleugera. En alguns casos pot ser molt difícil dur-les a terme de forma objectiva i professional, sobretot a països on encara es practica la tortura. Una única visita, sense un seguiment que garanteixi la seguretat ulterior dels entrevistats, pot ser perillosa; en alguns casos, fins i tot pitjor que no fer cap visita. Hi ha investigadors que, amb bona voluntat, cauen al parany de visitar una presó o un altre lloc de detenció sense saber exactament què estan fent. Poden obtenir una visió incompleta o falsa de la realitat. Involuntàriament, poden posar en perill uns presos que després no han de tornar a veure. També pot servir de coartada als torturadors, ja que més endavant podrien respondre que hi ha persones de l'exterior que han visitat la presó i no hi han trobat res a objectar.

127. És millor que les visites es confiïn a investigadors que puguin dur a terme tant la visita com el seguiment de forma professional i que per la seva experiència hagin establert certes salvaguardes de procediment per al seu treball. El principi segons el qual sempre és millor tenir un element de prova que no pas no tenir-ne cap és erroni quan es treballa amb presos que han pogut estar en perill per haver donat el seu testimoniatge. Les visites que fan alguns representants d'institucions oficials i no governamentals ben intencionadament als llocs de detenció de persones poden ser difícils i, fins i tot, contraproductes. En aquest context, convé distingir entre una visita de bona fe exigida per l'enquesta, que no es qüestionarà, i una visita no essencial que transcendeix la primera i que, si està feta per algú que no és especialista, pot causar més mal que bé en un país on es practica la tortura. Les comissions independents constituïdes per juristes i metges han de tenir garantit un accés periòdic als llocs de detenció i a les presons.

128. Les entrevistes a persones detingudes que possiblement són en mans dels torturadors, evidentment són molt diferents de les que es fan en privat i en una instal·lació mèdica externa i segura. En aquestes situacions és molt important poder guanyar-se la confiança de la víctima, però és encara més important no traïr aquesta confiança, ni tan sols involuntàriament. S'ha de prendre tot tipus de precaucions perquè el detingut no s'exposi per si mateix a cap perill. Als detinguts que hagin estat torturats se'ls ha de demanar si es pot utilitzar la informació que facilitin i de quina manera. És molt probable que, per por que hi hagi represàlies, tinguin una certa prevenció per a permetre que els seus noms siguin utilitzats. Els investigadors, els clínics i els intèrprets estan obligats a respectar tot el que hagin promès al detingut.

129. Pot sorgir un dilema, per exemple, quan sigui evident que en un lloc determinat s'ha torturat un gran nombre de presos però que, per por, aquests no acceptin que els investigadors utilitzin els seus testimoniages. Davant l'opció de traïr la confiança del pres per evitar altres tortures o la de respectar aquesta confiança i mantenir aquesta pràctica en secret, cal trobar una manera útil de sortir del dilema. En una situació en què un cert nombre de presos presentin signes evidents de fuetades, cops, laceracions fetes amb llaunes, etc., però tots rebutgin que s'esmentin els seus casos per por de represàlies, convé organitzar una *inspecció sanitària* col·lectiva al pati i a la vista de tothom. D'aquesta manera, l'investigador mèdic visitant pot recórrer les fileres de presos i veure els senyals evidents de tortura a les esquenes de les víctimes. Amb això pot preparar un informe de tot el que ha vist i sense haver de dir que els presos s'han queixat de tortura. Aquest primer pas assegura la confiança dels presos per a futures visites de seguiment.

130. És evident que hi ha d'altres formes més subtils de tortura, psicològiques o sexuals, per exemple, que no

2 "Health care for prisoners: Implications of Kalk's refusal". *Lancet*, 337 1991, pàg. 647 i 648.

es poden tractar de la mateixa manera. En aquests casos potser convé que l'investigador no formuli cap comentari durant una o més visites fins que les víctimes, encoratjades per les circumstàncies o l'evolució de la situació, donin l'autorització perquè s'utilitzin els seus testimoniatges. El metge i l'intèrpret han de donar els seus noms i explicar quin és el seu paper en la investigació. La documentació dels signes mèdics de tortura requereix coneixements específics propis dels agents de salut. A més a més, es poden obtenir coneixements sobre la tortura i les seves conseqüències físiques i psicològiques mitjançant publicacions, cursos de formació, conferències professionals i experiència. També és important conèixer les pràctiques locals en matèria de tortura i maltractaments, ja que aquesta informació pot corroborar certs testimoniatges. Es pot adquirir experiència en entrevistes i exàmens de víctimes a l'hora de buscar signes físics i psicològics de tortura i de documentar-los, però sempre sota la supervisió de clínics amb experiència.

131. De vegades, les persones detingudes es poden mostrar excessivament confiades en situacions en què un entrevistador no els pot garantir que no hi hagi represàlies, per exemple si no s'ha negociat que hi hagi una visita de seguiment posterior i les autoritats competents l'hagin acceptada plenament o si no s'ha registrat la identitat de la persona per tal d'assegurar-ne un seguiment. Convé prendre totes les precaucions que calguin per a assegurar que els presos no s'exposen a cap risc innecessari en confiar ingènuaument que la persona de l'exterior els podrà protegir.

132. A l'hora de visitar detinguts, és millor que els intèrprets vinguin de l'exterior i que no estiguin reclutats localment. Es tracta d'evitar que ells i les seves famílies es vegin sotmesos a pressions per part de les autoritats inquisitives que desitgin saber quina informació s'ha facilitat als investigadors. La qüestió encara pot ser més complicada quan els detinguts no pertanyin al mateix grup ètnic que els seus carcellers. D'una banda, ens podem demanar si és convenient que l'intèrpret local pertanyi al mateix grup ètnic que el presoner i així guanyar-se'n la confiança; tot i que en aquest cas les autoritats podrien desconfiar-ne i mirar d'intimidar-lo. A més, pot ser que l'intèrpret no vulgui actuar en un ambient hostil que podria posar-lo en perill. D'altra banda, convé que també ens demanem si no és millor que l'intèrpret pertanyi al mateix grup ètnic que els carcellers, amb la qual cosa es guanyaria la seva confiança a canvi de perdre la del pres; encara que l'intèrpret seguiria essent vulnerable a la intimidació de les autoritats. La resposta és evident, cap de les dues solucions és la ideal. L'intèrpret ha de ser aliè a la regió i tothom ha de considerar-lo tan independent com l'investigador.

133. Una persona entrevistada a les vuit de la tarda mereix la mateixa atenció que una altra d'entrevistada a les vuit del matí. Els investigadors s'han d'organitzar de manera que puguin disposar del temps necessari i evitar la sobrecàrrega de feina. No és just que la persona entrevistada a les vuit de la tarda, que ha estat esperant tot el dia per narrar la seva història, tingui una entrevista més curta a causa de la manca de temps. Així mateix, l'enèsim testimoniatge de *falanga* mereix tanta atenció com el primer. És possible que els presos que no solen trobar-se amb gent de l'exterior no arribin a tenir mai la possibilitat de parlar sobre la seva tortura (suposar que els presos parlen contínuament entre ells sobre la tortura és erroni). Els presos que no tenen res de nou per a aportar a la investigació mereixen el mateix temps que la resta.

D. Tècniques aplicables a l'entrevista

134. S'han de respectar certes regles bàsiques (vegeu el cap. III, secc. C.2.g). La informació és, sens dubte, important, però encara ho és més la persona que està essent entrevistada. També és més important escoltar que no pas demanar. Si hom es limita a formular preguntes, només obtindrà respostes. Per al detingut pot ser més important parlar de la família que no pas de la tortura. Això s'ha de tenir molt en compte i s'ha de deixar prou temps per a parlar de qüestions personals. La tortura, i sobretot la tortura sexual, és un acte molt íntim i pot ser que no s'exterioritzi fins després de la primera visita o fins i tot més tard. No s'ha d'exigir a ningú que parli de cap tipus de tortura si se sent incòmode a l'hora de fer-ho.

E. Documentació del context

1. Històries psicossocial i prèvia a l'arrest

135. Si una presumpta víctima de tortura ja no està detinguda, l'examinador s'ha d'interessar per la seva vida quotidiana personal, les relacions amb amics i familiars, la feina o els estudis, l'ocupació, els interessos, els plans de futur i el consum d'alcohol i de drogues. També s'ha d'obtenir informació sobre la història psicossocial de la víctima després de la detenció. Quan la persona encara estigui detinguda, n'hi ha prou amb una història psicossocial més limitada, referent a l'ocupació i la formació. És important saber si la víctima segueix algun tractament a base de medicaments, ja que, si està detinguda, pot ser que se'n vegi privada, cosa que podria tenir conseqüències adverses per a la salut. Les preguntes sobre activitats, idees i opinions polítiques també són importants, ja que poden ser l'explicació de les tortures i de la detenció de la persona. Ara bé, és millor que aquesta informació s'obtingui mitjançant preguntes indirectes, per exemple: "Quin creu que és el motiu de la seva acusació?" o "Per què creu que ha estat detingut i torturat?".

2. Resum de la detenció i de l'abús

136. Abans d'obtenir una relació detallada dels successos s'ha d'obtenir un resum dels esdeveniments, incloent-hi les dates, els llocs, la durada de la detenció i la freqüència i la durada de les sessions de tortura. L'elaboració d'un resum ajuda a emprar el temps amb eficàcia. Sovint, quan les víctimes han estat torturades en diverses ocasions, són capaces de recordar què ha succeït però no en poden precisar el lloc i el moment. Quan es donin aquestes circumstàncies, és millor obtenir una relació històrica segons els mètodes de maltractaments que no pas una sèrie d'actuacions durant cadascuna de les detencions. De la mateixa manera, cal mirar d'establir al més clarament possible què ha succeït i on. Els llocs de detenció solen ser administrats per diferents cossos de seguretat, per la policia o per l'exèrcit, i el que hagi succeït a cada lloc pot ser útil per a obtenir la imatge completa del sistema de tortura. Per a reconstruir les històries de cada persona pot ser molt útil el fet d'obtenir un mapa dels llocs on ha estat torturada. Tot plegat facilita considerablement la investigació.

3. Circumstàncies de la detenció

137. Podeu plantejar les preguntes següents:

Quina hora era? On era? Què feia? Qui hi havia amb vostè? Descrigui l'aspecte de les persones que el van detenir. Eren militars o civils? Duien uniforme o roba de carrer? Quin tipus d'armes duien? Què es van dir? Hi havia testimonis? Va ser un arrest formal, una detenció administrativa o una desaparició? Van recórrer a la violència? El van amenaçar? Es va produir alguna interacció amb els membres de la seva família? Anoteu també si el van lligar o si li van embenar els ulls, els mitjans de transport utilitzats, la destinació i, si és possible, els noms dels funcionaris.

4. Lloc i condicions de la detenció

138. Indiqueu quines possibilitats tenia la víctima de menjar i beure, l'estat de les instal·lacions sanitàries i de l'enllumenat, la temperatura i si hi havia ventilació, amb les descripcions consegüents. També és convenient documentar els contactes amb familiars, advocats o professionals sanitaris, l'espai vital (cel·les comunes o aïllament), les dimensions del lloc de detenció i la descripció d'altres persones que puguin corroborar la detenció. Es poden formular les preguntes següents: En primer lloc, què va succeir? On era quan el van detenir? Hi va haver algun procés d'identificació (registre d'informació personal, empremtes digitals, fotografies)? Li van demanar que signés alguna cosa? Pot descriure les característiques de la cel·la o habitació (dimensió, presència d'altres persones, llum, ventilació, temperatura, presència d'insectes, de rosegadors, descripció del llit i possibilitat d'accés

a aliments, aigua i sanitaris). Va sentir o veure alguna cosa? Va percebre alguna olor? Va tenir algun contacte amb persones de l'exterior o algun tipus d'atenció mèdica? Quines són les característiques físiques del lloc on va estar detingut?

5. Mètodes de tortura i maltractaments

139. Per a obtenir informació bàsica sobre tortura i maltractaments, convé ser prudents a l'hora de suggerir modalitats d'abús a què s'hagi vist sotmesa la víctima. D'aquesta manera se separen els possibles embelliments de les experiències vertaderes. De tota manera, el fet que s'obtinguin respostes negatives a preguntes relatives a les diferents formes de tortura pot contribuir a consolidar la credibilitat de la persona. Les preguntes s'han de formular de manera que obtinguin una relació coherent. Per exemple, les preguntes següents: On el van maltractar? Quan i durant quant de temps? Li van embenar els ulls? Abans d'examinar les diverses formes d'abús, és convenient prendre nota de les persones que hi eren presents (donar noms i càrrecs). Pot descriure la sala o el lloc? Quins objectes hi va veure? Demaneu al testimoni que descrigui detalladament cadascun dels instruments de tortura; si es tracta de tortures elèctriques, el corrent, el dispositiu, el nombre i la forma dels elèctrodes. Demaneu-li quina roba portava, si el van despullar o si es va canviar de roba. Preneu nota de tot el que es va dir durant l'interrogatori, com ara insults, converses entre els torturadors, etc.

140. S'ha de prendre nota dels següents detalls de cada forma d'abús: la posició del cos, les lligades, la natura de tots els contactes, la durada, la freqüència, la localització anatòmica i els llocs afectats del cos. Va patir hemorràgies o traumatismes cranials? Si va perdre el coneixement, va ser a causa d'un traumatisme cranial, de l'asfíxia o del dolor? També podeu demanar com estava la víctima després de cada sessió. Podia caminar? Va necessitar ajut per a tornar a la cel·la? Va poder llevar-se, l'endemà? Quant de temps va tenir els peus inflats? Tots aquests detalls faciliten una descripció més completa que no pas la que hauríem obtingut mitjançant una llista de mètodes de tortura. El testimoniatge ha de precisar les dates i la durada de les tortures i, en el cas de les tortures de tipus posicional, el tipus de suspensió (lineal inversa, cobert amb una manta gruixuda o directament lligat a una corda, amb pes sobre els cames o estirant-lo cap avall, etc.) o la posició. En casos de tortura per suspensió, cal preguntar quin tipus de material es va utilitzar (la corda, el filferro o els draps poden deixar diferents marques sobre la pell després de la suspensió). És necessari que l'examinador tingui en compte que tot el que digui la víctima sobre la durada de les sessions és subjectiu, i és probable que no sigui correcte, ja que en general s'ha observat que la tortura altera les nocions temporals i espacials. Va patir algun tipus d'agressió de caire sexual, fins i tot verbalment? Demaneu-li de què es parlava durant les sessions de tortura; per exemple, durant la tortura per descàrrega elèctrica als genitals, els agents solen dir a les víctimes que quedaran totalment incapacitades per a tota mena d'actes sexuals i coses semblants. Per veure una exposició detallada de l'avaluació d'una al·legació de tortura sexual, inclosa la violació, vegeu el capítol V, secció D.8.

F. Avaluació del context

141. A les víctimes de tortures els pot resultar difícil donar detalls concrets sobre el que va succeir per diverses raons, entre les quals:

a) factors propis de la tortura en si mateixa, com ara dur els ulls embenats, perdre el coneixement, l'efecte de les drogues, etc.;

b) por de posar-se en perill o de fer perillar la seguretat dels altres;

c) manca de confiança en el clínic examinador o en l'intendent;

d) l'impacte psicològic de la tortura i el trauma (per exemple la hiperexcitació emocional i els problemes de

memòria causats per trastorns mentals relacionats amb el trauma, com ara la depressió i el trastorn per estrès posttraumàtic);

e) pèrdua neuropsiquiàtrica de memòria a causa de cops al cap, asfíxia, ofec o privació d'aliments;

f) mecanismes compensatoris protectors, com ara la denegació i l'evitació;

g) inhibicions de tipus cultural, segons les quals només es pot desvetllar l'experiència traumàtica en un ambient estrictament confidencial.³

142. Qualsevol d'aquests factors pot explicar les incoherències que s'observen en els testimoniatges de les víctimes. En la mesura del possible, l'investigador s'ha d'esforçar a esclarir els punts dubtosos amb el testimoni. Ara bé, si això no és possible, ha de cercar altres proves que confirmen o invalidin aquests punts. Una xarxa d'indícis coherents pot corroborar i esclarir el testimoniatge de la persona. És possible que la víctima no sigui capaç de donar els detalls que l'investigador voldria obtenir, com ara dates, moments, freqüències i identitats exactes dels agents, però a mesura que el temps avanci aniran sorgint i s'estructuraran les característiques generals dels esdeveniments traumàtics i de la tortura.

G. Estudi dels mètodes de tortura

143. Un cop obtinguda la relació detallada dels esdeveniments, convé revisar si hi ha hagut altres mètodes de tortura. És essencial saber quines són les pràctiques regionals de tortura i adaptar-hi les directrius locals. És útil investigar sobre formes concretes de tortura quan:

a) els símptomes psicològics pertorbin els records;

b) el trauma s'hagi associat a una reducció de la capacitat sensorial;

c) hi hagin possibles danys orgànics cerebrals;

d) hi hagin, a més a més, factors educatius i culturals atenuants.

144. La distinció entre mètodes de tortura físics i psicològics és artificial. Per exemple, la tortura sexual gairebé sempre provoca símptomes físics i psicològics, encara que no hi hagi hagut cap agressió física. La següent llista de mètodes de tortura mostra algunes de les categories de possibles maltractaments. L'objectiu no és el de servir de llista de comprovacions per als investigadors o de model per a fer una llista de mètodes de tortura en els informes. Un enfocament basat en una llista pot ser contraproduent, ja que el quadre clínic total resultant de la tortura conté molt més que una simple suma de lesions produïdes pels mètodes que puguin aparèixer en un document com aquest. De fet, l'experiència ha demostrat que davant d'aquest sistema de *paquet* de tortura, tot sovint els torturadors se centren en un dels mètodes i refusen qualificar-lo de forma de tortura. Entre els mètodes que convé tenir en compte hi ha els següents:

a) cops de puny, puntades de peu, bufetades, fuetades, cops amb porres o filferros i altres tractaments que causen contusions o caigudes a terra;

b) tortures posicionals, com ara suspendre el pacient, mantenir-li els membres tibants, limitar-li de manera

³ MOLLICA, R.F.; CASPI-YAVIN, Y. "Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms". A: BAŞOĞLU, M. [ed.]. *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pàg. 38-55.

prolongada els moviments o obligar-lo a restar en una postura forçada;

c) cremades amb cigarrets, instruments escalfats, líquids bullents o substàncies càustiques;

d) descàrregues elèctriques;

e) asfíxia, ofec, sufocació, estrangulació o ús de substàncies químiques;

f) lesions per aixafament (dels dits, de les cuixes o de l'esquena, per mitjà de corrons pesats, per exemple);

g) lesions penetrants (d'arma blanca, de bala o causades per la introducció de filferros sota les ungles);

h) cremades a causa de l'aplicació de sal, pebre, benzina o altres substàncies en ferides o cavitats orgàniques;

i) violència sexual (cops als genitals, vexacions, introducció d'instruments, violacions);

j) lesions per aixafament o amputació traumàtica de dits i membres;

k) amputació mèdica de dits o membres, extracció quirúrgica d'òrgans;

l) tortura farmacològica per mitjà de l'administració de sedants, neurolèptics, paralitzants, etc.;

m) condicions de detenció cruels o inhumanes (cel·les petites o molt atapeïdes, confinament en solitari, condicions antihigièniques, manca d'instal·lacions sanitàries, administració irregular o contaminada dels aliments i l'aigua, exposició a temperatures extremes, negació d'intimitat i nuesa forçada);

n) privació o manipulació dels estímuls sensorials, com ara sons, llum, noció del temps, aïllament, son, aliment, aigua, instal·lacions sanitàries, bany, activitats motrius, atenció mèdica, contactes socials, aïllament a la presó, pèrdua de contacte amb el món exterior (sovint es manté les víctimes aïllades per evitar la formació de vincles o la identificació mútua, i fomentar així una vinculació traumàtica amb el torturador);

o) humiliacions verbals i físiques;

p) amenaces de mort, de violència contra la família, de noves tortures, d'empresonament, simulacres d'execucions;

q) amenaces d'atacs d'animals com ara gossos, gats, rates o escorpins;

r) tècniques psicològiques adreçades a destruir la personalitat de la víctima (forçar-la a traïr, demostrar-li la seva impotència, exposar-la a situacions ambigües o adreçar-li missatges contradictoris);

s) violació de tabús;

t) comportaments forçats, com ara obligar l'individu a violar els preceptes de la pròpia religió (per exemple, forçar els musulmans a menjar porc), a infligir tortures o maltractaments a d'altres persones, a destruir propietats, a traïr altres persones exposant-les a riscos;

u) inducció forçada a presenciar tortures o atrocitats que s'infligeixin a d'altres persones.

H. Risc de tornar a traumatitzar l'entrevistat

145. Tenint en compte que els mètodes de tortura utilitzats poden produir diversos tipus i nivells de lesions, les dades obtingudes mitjançant una història mèdica completa i els resultats de l'exploració física han de ser avaluats conjuntament amb tests adequats de laboratori i exàmens radiològics. És important facilitar informació i donar explicacions sobre els diferents processos aplicats durant l'exploració mèdica, i també donar a conèixer a fons els mètodes de laboratori que s'utilitzin (vegeu el cap. VI, secc. B.2.a).

146. La presència de seqüeles psicològiques en els qui han sobreviscut a la tortura, especialment les diverses manifestacions de la síndrome d'estrès posttraumàtic, poden fer que la víctima tingui por de reviure l'experiència de tortura durant l'entrevista, l'exploració física o els estudis de laboratori. Abans de començar és important explicar a la víctima en què consisteix el reconeixement mèdic. Pot ser que les persones que hagin sobreviscut a la tortura i encara siguin al seu país temin que se'ls torni a arrestar, i sovint es veuen forçats a passar a la clandestinitat per evitar-ho. D'altra banda, els exiliats o els refugiats es veuen obligats a deixar enrere l'idioma nadiu, la cultura, la família, els amics, la feina i tot el que els era familiar.

147. Les reaccions personals d'una víctima de la tortura davant l'entrevistador (i, eventualment, davant l'intèrpret) poden influir en el procés de l'entrevista i, més endavant, en el resultat de la investigació. Passa el mateix amb les reaccions personals de l'investigador davant la persona. Cal ser conscients de quines barreres s'oposen a una comunicació efectiva i comprendre que aquestes reaccions personals poden afectar la investigació. L'investigador ha de mantenir contínuament una crítica del procés de les entrevistes i de la investigació mitjançant consultes i discussions amb companys que estiguin familiaritzats amb el camp de l'avaluació i el tractament psicològic de les víctimes de tortures. Aquest tipus de supervisió per mitjà de companys pot ser un mitjà eficaç per a vigilar el procés de l'entrevista i la investigació amb l'objectiu d'evitar els obstacles cap a una comunicació efectiva i obtenir així informació precisa (vegeu el cap. VI, secc. C.2).

148. Tot i les precaucions que s'hagin pres, els exàmens físics i psicològics poden tornar a causar un trauma al pacient i provocar o agreujar els símptomes d'estrès posttraumàtic, ja que es fan reviure memòries i efectes dolorosos (vegeu el cap. VI, secc. B.2). En la majoria de les societats tradicionals hi ha un tabú al voltant de les preguntes relatives a tot tipus d'angoixa psicològica i, especialment, a les qüestions sexuals, i formular aquest tipus de preguntes es considera molt poc respectuós o fins i tot insultant. Si la víctima ha patit una tortura sexual, pot sentir-se irremeiablement estigmatitzada quant a la seva integritat moral, religiosa, social o psicològica. Per a dur a terme una bona entrevista, és fonamental que s'acceptin aquestes condicions de manera respectuosa i que quedi clar el concepte de confidencialitat i els seus límits. L'avaluador ha de sospesar en quina mesura la seva insistència per a obtenir detalls és necessària per a l'efectivitat de l'informe al tribunal, sobretot si el demandant presenta mostres evidents d'angoixa durant l'entrevista.

I. L'ús d'intèrprets

149. En alguns casos convé recórrer a un intèrpret perquè l'entrevistador pugui comprendre què s'està dient. Tot i que és possible que l'entrevistador tingui nocions de la llengua del pacient, es tracta d'obtenir informació prou important perquè es pugui córrer el risc de cometre errors per culpa de malentesos. S'ha d'advertir l'intèrpret de l'estricta confidencialitat de tot el que es digui a les entrevistes. L'intèrpret és qui obtindrà la informació de primera mà i sense cap tipus de censura. Cal garantir a la víctima que ni l'investigador ni l'intèrpret faran un mal ús de la informació (vegeu el cap. VI, secc. C.2).

150. Quan l'intèrpret no sigui professional, hi ha el risc que l'investigador perdi el control de l'entrevista. El testimoni i l'intèrpret poden deixar-se arrossegar cap a una conversa pròpia que es desviï de l'objectiu de la investigació. També hi ha el risc que els prejudicis de l'intèrpret influeixin sobre l'entrevistat o en distorsionin les respostes. En recórrer a la interpretació, és inevitable que es perdi alguna informació, de vegades pertinent i de

vegades no. En casos extrems, fins i tot podria ser necessari que l'investigador dividís les entrevistes en diverses sessions breus. D'aquesta manera, en lloc de prendre notes durant les entrevistes, tindria temps d'anotar els punts tractats entre sessió i sessió.

151. L'investigador no ha d'oblidar que és ell qui es dirigeix a la persona i que ha de mantenir el contacte visual amb ella, fins i tot si la víctima té una tendència natural a dirigir-se a l'intèrpret. És convenient que, quan es parli per mitjà d'un intèrpret, s'utilitzi la pregunta directa, per exemple: "Què va fer després?" en lloc de la indirecta "Pregunti-li què va fer després". Massa sovint els investigadors prenen nota mentre l'intèrpret tradueix la pregunta o l'entrevistat respon. N'hi ha que sembla que no segueixin l'entrevista perquè es desenvolupa en un idioma que no comprenen. Tanmateix, és fonamental que l'investigador estigui atent no sols a les paraules, sinó també a l'expressió corporal, les expressions facials, el to de veu i els gests de l'entrevistat. Només així n'obtindrà una imatge completa. L'investigador ha de familiaritzar-se amb les paraules relacionades amb la tortura en l'idioma de la víctima per poder demostrar que té coneixements en aquesta matèria. El fet de reaccionar, en comptes de restar impassible, quan es pronuncien paraules relacionades amb la tortura, com ara *submarí* o *darmashakra*, fa que l'investigador adquireixi encara més credibilitat.

152. En visitar un presoner, convé no servir-se d'intèrprets locals si hi ha la possibilitat de despertar la desconfiança de l'entrevistat. A més, seria injust per a l'intèrpret local, ja que després de la visita podria ser interrogat per les autoritats locals o sotmès a pressions per estar relacionat amb els presos polítics. Així, doncs, és millor recórrer a intèrprets independents que es vegi clarament que vénen de fora. En el millor dels casos l'entrevistador hauria de conèixer bé l'idioma local, però, si això no pot ser, l'opció següent seria treballar amb un intèrpret intel·ligent i capacitat que sigui sensible a la qüestió de la tortura i a la cultura local. En general, no és convenient recórrer a un altre presoner per fer la interpretació, només en el cas que sigui evident que l'entrevistat tria algú en qui confia. Moltes d'aquestes regles també es poden aplicar a persones que no estan detingudes, encara que en aquests casos els serveis d'una persona de l'exterior solen ser més fàcils d'obtenir.

J. Qüestions de gènere

153. És preferible que a l'equip d'investigació hi hagi especialistes de tots dos gèneres perquè la víctima pugui triar el sexe de l'investigador i, quan calgui, el de l'intèrpret. Aquest fet és important especialment en el cas de dones que han estat detingudes en condicions que posen de manifest l'existència d'una violació, malgrat que encara no ho hagin denunciat. Tanmateix, tot i que no hi hagi hagut cap agressió sexual, la majoria de les tortures tenen aspectes sexuals (vegeu el cap. V, secc. D.8). Si la dona es veu obligada a descriure la seva experiència a una persona físicament similar als seus torturadors —que la majoria de vegades són exclusivament homes—, pot ser que torni a quedar traumatitzada. En alguns entorns culturals, un investigador del sexe masculí no pot fer preguntes a una víctima del sexe femení; característica cultural que cal respectar. En la majoria de les cultures, però, moltes dones prefereixen adreçar-se a un metge (quan només n'hi ha un de disponible) més que no pas a una dona d'una altra professió, amb l'esperança d'obtenir-ne així la informació i els consells mèdics que desitgen. En aquests casos, és fonamental que, si s'utilitza un intèrpret, sigui una dona. A més a més, hi ha entrevistes que prefereixen que l'intèrpret no sigui del seu entorn immediat, no sols perquè certes qüestions podrien recordar-li la tortura, sinó també per raons de confidencialitat (vegeu el cap. IV, secc. I). Si no cal cap intèrpret, s'ha de recórrer a un membre femení de l'equip d'investigadors perquè hi sigui present, com a mínim, durant l'exploració física i, si la pacient ho vol, durant tota l'entrevista.

154. Si la víctima és un home que ha estat agredit sexualment, la situació és més complexa, ja que, de segur, també ha estat atacat sexualment sobretot o exclusivament per homes. Així, n'hi ha que prefereixen descriure la seva experiència a dones, a causa de la por que li produeix la resta d'homes; mentre que n'hi ha d'altres que no volen tractar assumptes tan personals en presència d'una dona.

K. Recórrer a d'altres especialistes

155. En la mesura del possible, els exàmens per a documentar la tortura per raons medicolegals han de combinar-se amb l'avaluació d'altres necessitats. És per això que convé enviar la víctima a d'altres metges especialitzats, psicòlegs, fisioterapeutes o altres persones que puguin facilitar-li assessorament i suport socials. Cal que l'investigador conegui els serveis locals de rehabilitació i suport. Si el clínic considera necessari que en una avaluació es faci algun tipus de consulta o examen, ha d'insistir perquè es dugui a terme. La recerca de proves clíniques de tortura i altres maltractaments no eximeix els metges de les seves obligacions ètiques. Tothom qui necessiti atenció mèdica o psicològica més especialitzada ha de ser reenviada als serveis corresponents.

L. Interpretació de les proves i conclusions

156. Les manifestacions físiques de la tortura poden variar segons la intensitat, la freqüència i la durada dels maltractaments, de la capacitat d'autoprotecció que tingui la víctima i del seu estat físic previ a la tortura. Pot ser que alguns tipus de tortura no deixin marques físiques, però poden associar-se a d'altres processos. Així, per exemple, els cops al cap que provoquen la pèrdua del coneixement poden causar una epilèpsia posttraumàtica o una disfunció orgànica cerebral. De la mateixa manera, una alimentació i una higiene deficients durant la detenció poden provocar símptomes de deficiències vitamíniques.

157. Hi ha formes de tortura estretament associades a determinades seqüeles. Per exemple, els cops al cap que provoquen la pèrdua del coneixement juguen un paper important en el diagnòstic clínic d'una disfunció orgànica cerebral, i els traumatismes genitals solen associar-se a ulteriors disfuncions sexuals.

158. Cal ser conscients que els torturadors poden provar d'ocultar els seus actes. Per evitar senyals físics de cops, la tortura es practica sovint amb objectes amples i esmussos, i de vegades es cobreix la víctima amb una catifa —o, en el cas de la *falanga*, se li posen sabates— de manera que es reparteixi la força de cada cop. La tortura per estirament, aixafament i asfíxia són altres mètodes amb els quals es mira de provocar un màxim de dolor i patiment deixant un mínim de proves. Per la mateixa raó, és probable que s'emprin tovalloles humides en el cas de les descàrregues elèctriques.

159. L'informe ha d'indicar les qualificacions i l'experiència de l'investigador. En la mesura del possible, s'hi han d'esmentar els noms dels testimonis o del pacient. Ara bé, si aquesta indicació comporta un risc seriós per a la víctima, es pot utilitzar un pseudònim o altres senyals identificadors que permetin a l'equip investigador saber qui és la persona de qui es parla a l'informe sense que ningú més pugui identificar-la. També s'hi ha d'indicar el nom de les persones presents a la sala durant tota l'entrevista o durant una part. S'ha de descriure —detalladament i evitant els rumors— la informació obtinguda i, quan calgui, especificar les conclusions dels investigadors. L'informe ha d'estar signat i datat, i s'hi han d'incloure les declaracions que pugui exigir la jurisdicció a la qual està destinat (vegeu l'annex IV).

Capítol V

V. PROVES FÍSQUES DE TORTURA

160. Les declaracions dels testimonis i de les víctimes són components indispensables de la documentació de la tortura. Les proves físiques, en la mesura que hi siguin, són informacions importants que confirmen que la persona ha estat torturada. Tanmateix, en cap cas no s'ha de considerar que l'absència de senyals físics indiqui que no hi ha hagut tortura, ja que sovint aquests actes de violència contra les persones no deixen marques ni cicatrius permanents.

161. Cal que l'avaluació mèdica amb finalitats legals sigui objectiva i imparcial i estigui basada en l'habilitat clínica i l'experiència professional del metge. L'obligació ètica de beneficència requereix exactitud i imparcialitat sense compromís per tal d'establir i mantenir la credibilitat professional. Sempre que es pugui, els clínics que avaluin detinguts han de tenir uns coneixements mínims especialitzats en documentació forense de tortura i altres tipus de maltractaments físics i psicològics. Cal que coneguin les condicions de les presons i els mètodes de tortura utilitzats a la zona on es va empresonar el pacient i les seqüeles més freqüents de la tortura. L'informe mèdic, que ha d'estar redactat amb molta cura, s'ha de cenyir als fets i ha d'evitar el lèxic professional. Cal definir la terminologia mèdica que hi aparegui per tal de fer-la entenedora als lectors no especialitzats. El metge mai no pot basar-se en el supòsit que una petició oficial d'avaluació medicolegal ja hagi revelat totes les dades materials, sinó que és ell qui té la responsabilitat de descobrir i notificar aquestes dades quan ho cregui convenient, fins i tot quan puguin ser considerades trivials o adverses per la part que hagi sol·licitat l'examen mèdic. Siguin quines siguin les circumstàncies, mai no s'han d'excloure de l'informe medicolegal les proves que puguin indicar tortures o altres formes de maltractaments.

A. Estructura de l'entrevista

162. Aquests comentaris s'apliquen especialment a les entrevistes a persones que ja no estan detingudes. El lloc on es facin l'entrevista i l'examen ha de ser al més segur i còmode possible. Cal deixar prou temps perquè es pugui fer amb tot detall l'entrevista i el reconeixement. Per a avaluar els signes físics o psicològics de la tortura, potser no n'hi ha prou només amb una entrevista de dues a quatre hores. A més a més, es pot donar el cas que, en qualsevol moment, algunes variables específiques de la situació —com ara la dinàmica de l'entrevista, la sensació d'impotència de la víctima davant de la intromissió en la intimitat personal, la por de futures persecucions, la vergonya de tot el que li passa i el sentiment de culpabilitat— li puguin recordar aspectes d'una experiència de tortura. Això pot fer créixer l'angoixa del pacient i la seva resistència a revelar la informació desitjada. Per a completar l'avaluació pot ser que calgui una segona i possiblement una tercera entrevista.

163. La confiança és un component essencial a l'hora d'obtenir una relació fidedigna dels maltractaments. Per a guanyar-se la confiança d'algú que ha estat víctima de tortures o d'altres formes de maltractaments, caldrà una atenció activa, una comunicació meticulosa i cortesia, a més d'empatia i honestat sinceres. Els metges han de ser capaços d'establir un ambient de confiança en què es puguin revelar fets transcendents que de vegades causen dolor o vergonya. Cal ser conscients que sovint aquests fets són secrets íntims que la persona revela per primera vegada en aquell moment. A més de procurar un entorn còmode, un espai de temps adient per a les entrevistes, refrescos i accés als serveis, cal que el clínic expliqui al pacient què és el que pot esperar de l'avaluació. També cal que sigui conscient del to que adopta, de les frases que diu i de l'ordre de les preguntes (les més sensibles només les podrà formular quan ja hi hagi un cert grau de relació) i que compregui que el pacient ha de poder descansar si ho necessita o no respondre alguna pregunta, si així ho vol.

164. Els metges i els intèrprets tenen l'obligació de mantenir la confidencialitat de la informació, que només pot ser revelada amb el consentiment amb coneixement de causa del pacient (vegeu el cap. III, secc. C). Cal examinar cada persona individualment i respectant-ne la intimitat. Se l'ha d'informar dels límits que l'estat o les autoritats

judicials puguin imposar al caràcter confidencial de l'avaluació i exposar-li clarament l'objectiu de l'entrevista. Els metges s'han d'assegurar, d'una banda, que aquest consentiment es basa en una informació adequada i en la comprensió dels possibles beneficis o conseqüències adverses que pot comportar una avaluació mèdica; i de l'altra, que el consentiment ha estat voluntari, sense cap tipus de coerció d'altres parts, en concret d'autoritats judicials o de policia. La persona té el dret de rebutjar l'avaluació. En aquest cas, el clínic ha d'exposar les raons d'aquest rebuig. A més, si la persona està detinguda, el seu advocat i un funcionari de sanitat han de signar l'informe.

165. De vegades els pacients temen que no es pugui impedir que els governs persecutors tinguin accés a la seva avaluació. La por i la desconfiança poden augmentar en els casos en què hi hagi metges o altres agents de salut que han participat en la tortura. Sovint l'avaluador serà un membre de la cultura i ètnia majoritàries, mentre que el pacient, en la situació i el lloc de l'entrevista, té moltes possibilitats de pertànyer a una cultura o grup minoritaris. Aquesta dinàmica de la desigualtat pot enfortir el desequilibri entre el poder que la víctima percep i el real, i pot incrementar la possible sensació de por, desconfiança i submissió del pacient.

166. L'empatia i el contacte humà poden ser el més important que els detinguts reben de l'investigador. La investigació per si mateixa no sempre contribueix al benefici personal de l'entrevistat, ja que en la majoria de casos la tortura ja s'ha produït, però el consol de saber que la informació pot ser útil en un futur es reforçarà si l'investigador demostra l'empatia necessària. Pot semblar evident però, massa sovint, els investigadors, en les visites a presons, s'obliden d'establir una relació d'empatia amb el presoner que entrevisten perquè estan més interessats a obtenir informació.

B. Historial mèdic

167. Obteniu un historial mèdic complet de la persona en qüestió, incloent-hi informació sobre antecedents mèdics, quirúrgics o psiquiàtrics. Assegureu-vos que deixeu constància de totes les lesions patides abans del període de detenció i dels possibles efectes posteriors. Eviteu les preguntes tendencioses que ja suggereixin una resposta i structureu l'enquesta amb l'objectiu d'obtenir un relat obert i cronològic de les experiències que la víctima ha viscut durant la detenció.

168. Per a establir una correlació entre les pràctiques locals de tortura i les al·legacions individuals d'abús, pot ser útil el coneixement general de les pràctiques de tortura. Entre els exemples d'informació útil hi ha la descripció d'instruments de tortura, posicions del cos, mètodes de subjecció, descripcions de ferides i invalideses agudes o cròniques i qualsevol tipus d'informació que permeti identificar els autors de la tortura i els llocs de detenció. Tot i que és fonamental obtenir informació precisa sobre les experiències de tortura d'una víctima, cal que el pacient les reveli lliurement i amb paraules seves. Algú que ha sobreviscut a la tortura pot tenir dificultats a l'hora d'expressar verbalment les seves experiències i símptomes. En alguns casos, pot ajudar-hi el fet d'utilitzar llistes de control o qüestionaris sobre esdeveniments traumàtics i símptomes. Si l'entrevistador en necessita, n'hi ha molts de diferents, per bé que cap d'específic per a les víctimes de tortures. Totes les queixes d'un testimoni són significatives, i cal notificar-les totes, encara que no sigui segura la correlació amb les proves físiques. S'ha de deixar constància documental de tots els símptomes aguts o crònics associats a formes concretes de maltractament, i també de possibles invalideses i processos de curació posteriors.

1. Símtomes aguts

169. Cal demanar al pacient que descrigui tots els danys que puguin resultar de l'aplicació de mètodes concrets als suposats maltractaments, com ara hemorràgies, hematomes, inflamacions, ferides obertes, laceracions, fractures, dislocacions, elongacions tendinoses, hemoptisis, pneumotòrax, perforacions de la membrana timpànica, lesions del sistema genitourinari, cremades (marques a la pell, butllofes o necrosis segons el grau de la cremada),

lesions causades per electrocucions (cal descriure'n la mida, el nombre, les marques i les característiques de la superfície), lesions químiques (marques, signes de necrosi), dolor, adormiment, restrenyiment i vòmits. Cal anotar la intensitat, la freqüència i la duració de cada símptoma i descriure, d'una banda, l'evolució de possibles lesions cutànies que apareguin posteriorment i, de l'altra, si deixen cicatriu o no. També s'ha de preguntar al pacient sobre el seu estat de salut en el moment de l'alliberament: podia caminar o va haver de fer llit? Durant quant de temps? Quant van tardar a curar-se-li les ferides? Es van infectar? Quin tractament va seguir? Se'n va ocupar un professional de la medicina o un remeier tradicional? Cal tenir en compte que la tortura o les seqüeles poden comprometre la capacitat del detingut a l'hora de fer aquestes observacions i, si és el cas, prendre'n nota.

2. Síntomes crònics

170. Obteniu informació sobre lesions físiques que, segons el parer del pacient, estiguin associades a la tortura i als maltractaments. Cal prendre nota de la gravetat, la freqüència i la duració de cada invalidesa o símptoma associats i de la necessitat d'atenció mèdica o psicològica. Tot i que no s'observin efectes secundaris de les lesions agudes fins i tot durant mesos o anys, és possible que quedin senyals físics com ara crostes de cremades elèctriques o tèrmiques, deformitats esquelètiques, consolidacions incorrectes de fractures, lesions dentals, pèrdua de cabell i miofibrosi. Entre les molèsties físiques més freqüents hi ha el mal de cap, el mal d'esquena, la disfunció sexual, els dolors musculars i les molèsties gastrointestinals. Entre els símptomes psicològics més freqüents trobem estats depressius, angoixa, insomni, malsons, records sobtats i problemes de memòria (vegeu el cap. VI, secc. B.2).

3. Resum de l'entrevista

171. Les víctimes de tortures poden presentar lesions ben diferents d'aquelles que deriven d'altres formes de traumatismes. Tot i que les lesions agudes poden ser característiques dels traumatismes provocats per la suposada tortura, la majoria de vegades es guareixen al cap de sis setmanes de l'acte de tortura, sense deixar cicatrius o, com a màxim, deixant-ne d'inespecífiques, sovint quan els torturadors han utilitzat tècniques que eviten o limiten els signes de traumatisme detectables. En aquests casos, el fet que el reconeixement físic no reveli anomalies no contradiu de cap manera l'al·legació de tortura. De vegades, la relació detallada de les observacions del pacient sobre lesions agudes i el seu procés de guariment són una font d'informació important que pot confirmar al·legacions concretes de tortura o maltractaments.

C. L'exploració física

172. Un cop hagi acabat l'entrevista i el pacient hi hagi donat el consentiment —sempre i quan se l'hagi informat de manera correcta—, cal que un metge qualificat faci un examen físic complet. Sempre que sigui possible, el pacient ha de poder escollir el gènere del metge i, si és necessari, l'interpret. Si el metge no pertany al mateix sexe que el pacient, i sempre que aquest últim no s'hi oposi, s'hi afegirà un testimoni del mateix gènere que el pacient. Aquest testimoni ha de ser conscient que controla la situació i que té el dret de limitar les exploracions o fins i tot d'aturar l'examen en qualsevol moment (vegeu el cap. IV, secc. J).

173. En aquesta secció es fan moltes referències a derivacions a especialistes i a investigacions posteriors. Tret que el pacient estigui detingut, és important que els metges tinguin accés a les instal·lacions adequades per a dur a terme tractaments físics i psicològics, de manera que puguin satisfer les necessitats que observin en el pacient. En moltes situacions no es podrà disposar d'algunes tècniques per a proves de diagnòstic, però cal que aquesta absència no invalidi l'informe (per més detalls sobre possibles proves de diagnòstic, vegeu l'annex II).

174. Davant d'una al·legació de tortura recent i quan la víctima dugui encara posada la mateixa roba que

durant la tortura, cal recollir-la sense haver-la netejat per examinar-la i facilitar-li la nova roba que necessiti. Sempre que sigui possible, la sala d'examen ha d'estar prou il·luminada i dotada de l'equip mèdic necessari per al reconeixement. Altrament, cal detallar qualsevol mancança en l'informe. L'examinador ha de prendre nota tant de les proves positives com de les negatives utilitzant diagrames de cos, en els quals s'ha d'indicar la localització i la natura de totes les lesions (vegeu l'annex III). Algunes formes de tortura, com ara les descàrregues elèctriques o els traumatismes causats per cops, no es poden detectar en un primer moment, tot i que acaben per manifestar-se en exàmens posteriors. Malgrat que sovint no es pot fer un registre fotogràfic de les lesions dels presos que encara són a mans dels seus torturadors, la fotografia ha de ser una part habitual dels exàmens. Sempre que disposeu d'una càmera, utilitzeu-la, encara que el resultat sigui de baixa qualitat, ja que és millor que no tenir cap fotografia. Amb tot, cal fer fotografies professionals tan aviat com es pugui (vegeu el cap. III, secc. C.5).

1. Pell

175. Cal examinar tota la superfície del cos a la recerca de signes de malalties cutànies generalitzades —per exemple mancança de vitamines A, B i C— i lesions causades per la tortura o anteriors a la detenció (com ara abrasions, contusions, laceracions, ferides per punció, cremades de cigarretes o d'instruments calents, lesions causades per descàrregues elèctriques, alopecàcia, arrencaments d'ungles, etc.). Les lesions causades per la tortura s'han de descriure esmentant-ne la localització, la simetria, la forma, la mida, el color i la superfície (per exemple, escatosa, amb crosta o ulcerada), com també la delimitació i el nivell amb relació a la pell circumdant. En la mesura del possible, cal recórrer a la fotografia com a element essencial. Finalment, l'examinador pot opinar sobre l'origen de les lesions: provocades o autoprovocades, accidentals o resultants d'un procés morbós.^{12, 3}

2. Cara

176. Cal palpar els teixits facials a la recerca de signes de fractura, crepitació, inflamació o dolor i examinar els components motors i sensorials —inclosos l'olfacte i el gust— de tots els nervis cranials. La tomografia per ordinador (també anomenada TAC) és un mitjà més complet que les radiografies convencionals a l'hora de determinar alineaments i de diagnosticar fractures facials, lesions associades i complicacions dels teixits tous. Sovint, els traumatismes facials estan relacionats amb lesions intracranials i de la columna cervical.

a) Ulls

177. Hi ha molts tipus diferents de traumatismes oculars, com ara l'hemorràgia conjuntival; l'hemorràgia retrobulbar, subhioïdal o retinal, la luxació del cristal·lí, i la pèrdua de camp visual. A causa de les greus conseqüències de la manca de tractament o d'un tractament inadequat, sempre que hi hagi la sospita d'un traumatisme o una malaltia ocular, cal recórrer a un oftalmòleg. La tomografia per ordinador és el millor instrument per a diagnosticar fractures orbitals i lesions de teixits tous amb implicacions bulbars i retrobulbars. La imatge obtinguda per ressonància magnètica nuclear pot ajudar a identificar les lesions de teixits tous. Els ultrasons d'alta resolució són un mètode alternatiu per a avaluar els traumatismes al globus ocular.

b) Orelles

178. Els traumatismes a l'orella, en concret la ruptura de la membrana timpànica, són sovint conseqüència

1 RASMUSSEN, O.V. "Medical aspects of torture". *Danish Medical Bulletin*, suplement 37, 1 1990, pàg. 1-88.

2

3 BUNTING, B. "Clinical examinations in the police context". A: MACLAY, W.D.S. *Clinical Forensic Medicine*. Londres: Greenwich Medical Media, 1996, pàg. 59-73.

de cops forts. Cal examinar els canals auditius i les membranes timpàniques amb un otoscopi i descriure'n les lesions. Una forma de tortura freqüent, coneguda a l'Amèrica Llatina com a *teléfono*, és la de donar un cop fort amb el palmell de la mà sobre una o totes dues orelles, fet que fa augmentar ràpidament la pressió del canal auditiu i d'aquesta manera trenca el tambor. Per a detectar ruptures de membrana d'un diàmetre inferior a dos mil·límetres cal que l'examen es faci ràpidament, ja que aquestes ruptures es poden curar en un lapse de deu dies. Pot ser que s'observi la presència de líquid a l'orella mitjana o externa. Si les anàlisis del laboratori confirmen que hi ha otorrea, cal recórrer a la ressonància magnètica o a la tomografia per ordinador per tal de determinar el lloc de la fractura. La pèrdua d'audició s'ha d'investigar utilitzant mètodes simples de detecció. Si és necessari, s'ha de recórrer a un tècnic qualificat en audiometria perquè faci les proves audiomètriques adients. Per a fer un examen radiogràfic de les fractures de l'os temporal o de la ruptura de la cadena d'ossets, és millor recórrer primer a la tomografia per ordinador, després a la tomografia hipocicloïdal i, finalment, a la tomografia lineal.

c) Nas

179. En l'exploració del nas cal tenir en compte l'alineació, les crepitacions i les desviacions del septe nasal. En el cas de fractures nasals simples n'hi ha prou amb radiografies nasals estàndards, però quan es tracti de fractures nasals més complexes i quan el septe cartilaginós estigui desplaçat, cal utilitzar la tomografia per ordinador. Si hi ha rinorrea es recomana la tomografia per ordinador o la ressonància magnètica.

d) Mandíbula, orofaringe i coll

180. Les fractures o les luxacions de la mandíbula poden ser una conseqüència dels cops rebuts. La síndrome de l'articulació temporomaxil·lar és sovint una conseqüència dels cops a la part inferior de la cara i a la mandíbula. Cerqueu signes de crepitació de l'hoïde o del cartílag de la laringe que puguin resultar de cops al coll. Cal anotar amb detall tots els signes relatius a l'orofaringe —incloent-hi les lesions que puguin resultar de cremades per descàrrega elèctrica o d'altres cops—, l'estat de les genives i si hi ha hemorràgies gingivals.

e) Cavitat oral i dents

181. L'exploració per part d'un dentista, que sovint es considera poc important, ha de ser un component dels reconeixements periòdics durant la detenció. De vegades es nega expressament l'atenció dental perquè les càries, les gingivitis i els abscessos empitjorin. El responsable de l'avaluació mèdica ha de demanar al pacient quins són els seus antecedents odontològics i, si n'hi ha, sol·licitar-ne l'historial. Els cops directes o les descàrregues elèctriques poden arrencar dents a la víctima, provocar-li fractures a la dentadura, dislocacions d'empastaments i trencaments de pròtesis. Cal anotar totes les càries dentals i gingivitis i comprovar si el deteriorament de la dentadura és una conseqüència de les condicions de la detenció o si ja era en mal estat abans de l'arrest. Cal examinar detalladament la cavitat oral. Durant l'aplicació de corrent elèctric es poden produir mossegades a la llengua, a les genives o als llavis, tot i que les lesions també poden ser causades per la introducció forçada d'objectes a la boca. Per a determinar la importància dels traumatismes als teixits tous, la mandíbula i les dents, s'aconsella l'ús dels raigs X i de la ressonància magnètica.

3. Tòrax i abdomen

182. En l'exploració del tronc, cal cercar, a més de lesions cutànies, zones doloroses o sensibles i molèsties que puguin ser el reflex de lesions subjacents de la musculatura, de les costelles o dels òrgans abdominals. L'examinador ha de tenir en compte la possibilitat que hi hagi hematomes intramusculars, retroperitoneals i intraabdominals, com també laceracions o ruptures d'algun òrgan intern. Per confirmar aquestes lesions, sempre que es pugui, s'ha de recórrer a l'ecografia, la tomografia per ordinador i l'escintil·lografia òssia. Els exàmens rutinaris del sistema cardiovascular, dels pulmons i de l'abdomen s'han de fer de la manera habitual, ja que hi ha trastorns respiratoris preexistents que tendeixen a agreujar-se durant la detenció i, sovint, se'n desenvolupen de

nous.

4. Sistema musculoesquelètic

183. Les queixes de dolors musculoesquelètics són freqüents en víctimes de tortures.⁴ Aquests dolors poden ser el resultat de cops repetits, suspensió o altres tortures de tipus posicional o bé el resultat de l'ambient físic general de la detenció.⁵ També poden tenir un origen psicossomàtic (vegeu el cap. VI, secc. B.2). Tot i que aquests dolors —que sovint responen bé a la fisioteràpia del sistema simpàtic— no siguin específics, s'han de documentar.⁶ L'exploració física de l'esquelet ha d'incloure la comprovació de la mobilitat de les articulacions, la columna i les extremitats. Cal prendre nota dels dolors derivats de la mobilitat, de contractures, de tensions, de signes de síndrome compartimental, de fractures amb deformitat o sense i de dislocacions. S'ha d'avaluar la possibilitat que hi hagin dislocacions, fractures i osteomielitis mitjançant radiografies. En el cas de possibles osteomielitis, n'hi ha prou amb les radiografies convencionals seguides d'escintil·lografies òssies en tres fases. Les lesions als tendons, lligaments i músculs es poden avaluar millor amb ressonàncies magnètiques, tot i que també es pot recórrer a l'artrografia. En la fase aguda, l'artrografia pot detectar hemorràgies i possibles esquinços musculars. Normalment, els músculs es guareixen del tot sense cicatritzar i, per tant, qualsevol tècnica de diagnòstic per imatge posterior donarà un resultat negatiu. Amb la ressonància magnètica i la tomografia per ordinador, els músculs enervats i la síndrome compartimental crònica apareixen com a fibrosis musculars. Les contusions òssies es poden detectar mitjançant o bé una ressonància magnètica o bé una escintil·lografia i, generalment, no deixen marques.

5. Sistema genitourinari

184. Per a fer l'exploració genital és imprescindible el consentiment exprés del pacient i, si les circumstàncies ho exigeixen, convé posposar-la fins a un examen posterior. Si el metge examinador és del sexe oposat al del pacient, l'exploració s'ha de fer en presència d'un acompanyant. Per més informació, vegeu el capítol IV, secció J i, per més informació sobre l'examinació de víctimes d'agressions sexuals, vegeu la secció D.8. Per a detectar traumatismes genitourinaris es pot utilitzar la ultrasonografia i l'escintil·lografia dinàmica.

6. Sistema nerviós central i perifèric

185. L'examen neurològic ha d'avaluar els nervis cranials, els òrgans sensorials i el sistema nerviós perifèric, a la recerca de neuropaties motrius o sensorials relacionades amb possibles traumatismes, deficiències vitamíniques o malalties. Alhora, també cal examinar la capacitat cognitiva i l'estat mental del pacient (vegeu el cap. VI, secc. C). En individus que hagin patit una tortura per suspensió, cal posar èmfasis en l'exploració d'una possible plexopatia braquial (més força en una mà que en l'altra, caiguda del canell, debilitat del braç amb reflexos sensorials i tendinosos variables). Les conseqüències dels traumatismes relacionats amb la tortura poden ser radiculopaties, altres neuropaties, deficiències dels nervis cranials, hiperalgèsia, parestèsia, hiperestèsia, canvis de postures, sensació de febre, alteracions de la funció motriu, de la deambulació i de la coordinació. Als pacients amb un historial de mareigs i vòmits se'ls ha de fer una exploració vestibular i examinar la possibilitat que hi hagi nistagme. L'avaluació radiològica ha d'incloure la ressonància magnètica o la tomografia per ordinador. Per a l'avaluació radiològica del cervell i de les fosses posteriors és més adequada la ressonància magnètica que no pas la tomografia per ordinador.

4 V. la nota 73.

5 FORREST, D. "Examination for the late physical after effects of torture". *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 6 1999, pàg. 4-13.

6 V. la nota 73.

D. Examen i avaluació després de l'aplicació de formes específiques de tortura

186. La següent exposició no és una descripció exhaustiva de totes les formes de tortura, sinó que intenta descriure amb detall els aspectes mèdics de moltes de les formes més freqüents de tortura. De cada lesió i conjunt de lesions, el metge n'ha d'indicar el grau de relació amb l'atribució que hi dona el pacient. Els termes que s'utilitzen en general són els següents:

- a) No és compatible: la lesió no pot haver estat causada pel traumatisme descrit.
- b) És compatible: la lesió pot haver estat causada pel traumatisme descrit, però no és específica i hi ha altres causes possibles.
- c) És molt compatible: la lesió pot haver estat causada pel traumatisme descrit, tot i que hi ha altres causes possibles.
- d) Lesió típica: aquest és el quadre que es troba normalment amb aquest tipus de traumatismes, per bé que hi podria haver altres causes.
- e) Relació patognomònica: aquest quadre no pot haver estat causat per cap traumatisme diferent del que ha descrit el pacient.

187. Tanmateix, el que compta a l'hora d'avaluar una tortura és l'avaluació general de totes les lesions, més que no pas la relació de cada una amb una forma concreta de tortura (vegeu-ne la llista dels mètodes al cap. IV, secc. G).

1. Cops i altres tipus de contusions

a) Lesions a la pell

188. Sovint les lesions agudes són característiques de la tortura, ja que revelen un quadre de la lesió causada per maltractament que difereix de les altres, com ara la forma, la repetició o la distribució pel cos. Com que la major part de les lesions es guareixen al cap d'unes sis setmanes de la tortura i sense deixar cicatrius o deixant-ne d'inespecífiques, un historial de les lesions agudes i el seu desenvolupament fins al guariment podria ser l'únic suport d'una al·legació de tortura. Generalment les contusions no provoquen marques permanents a la pell, no són específiques i, sovint, no tenen valor diagnòstic. Una seqüela de violència amb objectes esmussos o sense punta —que és una prova que el pacient ha estat fortament lligat durant bastant temps— és una zona lineal que s'estén de manera circular al voltant dels braços o les cames, sovint a l'alçada del canell o del turmell. Si aquesta zona té pocs pèls o fol·licles pilosos, serà probablement una forma d'alopecia cicatricial, ja que no hi ha cap altre tipus de malaltia cutània espontània que pugui plantejar un diagnòstic diferent i és difícil d'imaginar que en la vida quotidiana es pugui donar un traumatisme d'aquesta mena.

189. Entre les lesions agudes, les abrasions resultants de lesions superficials per fricció poden aparèixer en forma d'esgarrapades, cremades per contacte lleu o lesions per fricció més grans. De vegades, hi ha abrasions que poden presentar un quadre que reflecteix la forma de l'instrument o la superfície que ha causat la lesió i, quan han estat repetides i profundes, poden crear zones d'hipopigmentació o d'hiperpigmentació, segons el tipus de pell de què es tracti. Això passa sovint a la part interior dels canells quan la persona ha estat fortament lligada de mans.

190. Les contusions i els hematomes corresponen a zones d'hemorràgia en els teixits tous causades pel trencament de vasos sanguinis derivat d'un cop. L'extensió i la gravetat d'una contusió no sols depenen de la força amb què es colpeja, sinó també de l'estructura i la vascularització del teixit contús. Les contusions es produeixen amb més facilitat en àrees on la pell és més fina i cobreix un os o en llocs de teixit adipós. Moltes malalties —entre les quals, la manca de vitamines o d'altres substàncies nutricionals— poden estar associades a la facilitat amb què es produeixen els hematomes o els blaus. Uns elements que ens indiquen que sobre una determinada àrea s'hi ha aplicat pressió amb un objecte esmús són les contusions o les abrasions, però l'absència d'aquests elements no indica el contrari. Les contusions poden adoptar la forma que reflecteix la de l'objecte que les ha provocat —per exemple, quan s'ha utilitzat una porra o un pal, poden adoptar una forma allargada. Durant tot el procés de guariment, les contusions experimenten una sèrie de canvis de coloració. La majoria presenten, en un primer moment, un color blau fosc, morat o vermellós; però, a mesura que es descompon l'hemoglobina de l'hematoma, el color va canviant poc a poc cap al violat, verd, groc fosc o clar i després desapareix. Tanmateix, és molt difícil de determinar la data precisa en què es va produir la contusió. En alguns tipus de pell, aquesta contusió pot provocar una hiperpigmentació que pot durar uns quants anys. Algunes contusions que evolucionen en teixits subcutanis profunds no apareixen fins que la sang extravasada arriba a la superfície, cosa que pot passar uns quants dies després de la lesió. Si en algun cas hi ha una al·legació però la víctima no presenta contusions, cal tornar-la a examinar al cap d'uns quants dies. També cal tenir en compte que la posició final i la forma dels hematomes no té cap relació amb el traumatisme original i que les lesions poden haver desaparegut en el moment de la nova examinació.⁷

191. Les laceracions —esquinços o aixafaments de la pell i dels teixits tous subjacents per la pressió de la força d'un objecte esmús— es desenvolupen fàcilment en les parts prominents del cos, ja que la pell es troba compresa entre l'objecte que la colpeja i la superfície òssia situada sota els teixits subdèrmics. Tanmateix, amb prou força, la pell es pot esquinçar en qualsevol part del cos. Les cicatrius que siguin asimètriques, que estiguin en llocs poc habituals o que estiguin molt escampades indiquen lesions deliberades.⁸

192. Les marques que deixa la flagel·lació no són més que laceracions cicatritzades. Aquestes cicatrius sovint són hipertròfiques, i estan despigmentades i envoltades de tires estretes i hiperpigmentades. L'únic diagnòstic diferencial és la dermatitis per plantes, en què domina la hiperpigmentació i les cicatrius són més curtes. En canvi, algunes marques simètriques, atròfiques i despigmentades de l'abdomen, les aixelles i les cames, que de vegades es confonen amb senyals de tortura, corresponen a estries de distensió que normalment no tenen cap relació amb la tortura.⁹

193. La tortura per cremades és la forma de maltractament que més sovint deixa senyals permanents a la pell. Aquestes marques, de vegades, tenen valor patognomònic. Les cremades de cigarretes solen deixar unes cicatrius maculars de cinc a deu mil·límetres de longitud, circulars o ovoides, amb un centre hiperpigmentat o hipopigmentat i una perifèria hiperpigmentada i poc definida. També s'han denunciat casos de tortura en què s'han fet desaparèixer tatuatges cremant-los amb cigarretes. La forma de la cicatriu que n'ha resultat i les restes que quedin del tatuatge poden facilitar el diagnòstic.¹⁰ Les cremades amb objectes calents provoquen cicatrius marcadament atròfiques que reflecteixen la forma de l'instrument que es va utilitzar. Aquestes cremades queden definides per zones hipertròfiques o hiperpigmentades més petites, que corresponen a una zona inicial d'inflamació. Això es pot observar, per exemple, després d'una cremada amb una vareta de metall escalfada elèctricament o amb un encenedor de gas. Si hi ha moltes cicatrius, el diagnòstic diferencial és difícil. Els processos inflamatoris

7 GÜRPINAR, S; FİNCANCI, Ş. Korur. "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu" [Violacions dels drets humans i la responsabilitat del metge]. A: *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı* [Manual de medicina forense per a metges generalistes]. Ankara: Associació Mèdica Turca, 1999.

8 V. la nota 73.

9 DANIELSEN, L. "Skin changes after torture". *Torture*, suplement 1, 1992, pàg. 27-28.

10 V. la nota 80.

espontanis no presenten aquesta zona característica i rarament presenten una pèrdua pronunciada de teixit. La cremada pot provocar cicatrius hipertròfiques o queloides, com també passa amb les cremades produïdes per cautxú ardent.

194. Quan es crema la matriu de l'ungla, la que creix posteriorment produeix ungles ratllades, fines, deformades i de vegades partides en segments longitudinals. Si s'ha arrencat l'ungla, a partir del plec unguial proximal es pot produir una proliferació de teixits que forma un pterigi. Per al diagnòstic diferencial només cal tenir en compte els canvis que pot causar el líquen pla a l'ungla, però normalment van acompanyats de lesions cutànies més esteses. D'altra banda, les infeccions fúngiques es caracteritzen per unes ungles engruixides, groguenques i trencadisses, diferents dels senyals descrits més amunt.

195. Les ferides incises es produeixen quan es talla la pell amb un objecte esmolat com ara un ganivet, una baioneta o un vidre trencat, i inclouen ferides profundes, ferides incises o tallants i ferides punxants. En general, l'aspecte agut d'aquestes ferides és fàcil de distingir de l'aspecte irregular i esquinçat de les laceracions, i les cicatrius trobades en examinacions posteriors poden ser distintives. Els quadres regulars de petites cicatrius incisives podrien ser deguts a la intervenció de remeiers tradicionals.¹¹ Si a la ferida oberta s'hi ha posat alguna substància nociva —com el pebre—, la cicatriu pot esdevenir hipertròfica. Un quadre asimètric i cicatrius de diverses mides donen un diagnòstic de probabilitat de tortura.

b) *Fractures*

196. Les fractures produeixen una pèrdua de la integritat de l'os a causa de l'efecte d'una força mecànica sense punxa en diversos plans vectorials. La fractura directa es produeix en el lloc de l'impacte o en el lloc on s'ha aplicat la força. La situació, el contorn i altres característiques d'una fractura reflecteixen el tipus i la direcció de la força aplicada. De vegades es pot distingir les fractures provocades d'aquelles accidentals només amb la radiografia. Per tal de determinar l'antiguitat de fractures relativament freqüents, cal recórrer a un radiòleg amb experiència en traumatismes. En l'avaluació del tipus i l'antiguitat de les lesions traumàtiques per cops, cal evitar els judicis especulatius, ja que una lesió pot variar segons l'edat, el sexe, les característiques dels teixits, la situació i la salut del pacient i la gravetat del traumatisme. Per exemple, els individus en bones condicions, musculosos i joves són més resistents als cops que no pas les persones més grans i més dèbils.

c) *Traumatismes cranials*

197. Els cops al cap constitueixen una de les formes més freqüents de tortura. En casos de traumatismes cranials repetits, encara que no sempre siguin de gran intensitat, es pot esperar una atròfia cortical i dany axonal. En el cas de traumatismes causats per caigudes podem observar lesions encefàliques per contracop (localitzades al punt oposat del traumatisme), mentre que en el cas dels traumatismes directes trobem les contusions del cervell just a sota de la regió colpejada. Els hematomes al cuir cabellut sovint no són visibles, tret que vagin acompanyats d'una inflamació. També poden ser difícils de veure en individus de pell fosca, però es poden detectar palpant la zona afectada.

198. Una víctima de tortura que hagi estat exposada a cops al cap pot patir de mals de cap continus. Sovint, aquests mals de cap són somàtics i poden pujar des del coll (vegeu la secció C). És possible que la víctima es queixi en tocar-li aquesta regió: palpant el cuir cabellut es podrà apreciar una inflamació difusa o local o una major fermesa. Si hi ha hagut laceracions al cuir cabellut, s'hi podran detectar les cicatrius. El mal de cap pot ser el símptoma inicial d'un hematoma subdural en expansió. Pot estar associat a un principi agut de trastorns mentals i, per tant, cal fer urgentment una tomografia per ordinador. Sovint, la inflamació de teixits tous o les hemorràgies es poden detectar amb la tomografia per ordinador o amb la ressonància magnètica. També pot ser convenient

11 V. la nota 76.

sol·licitar assessorament psicològic o neuropsicològic (vegeu el cap. VI, secc. C.4).

199. Les batzegades violentes com a forma de tortura poden provocar lesions cerebrals sense marques exteriors, tot i que de vegades es formen hematomes a la part superior del tòrax o de les espatlles, que corresponen a les parts per on es va agafar la víctima o la seva roba. En els casos més extrems, les batzegades poden provocar lesions idèntiques a les que es produeixen en nadons: edemes cerebrals, hematomes subdurals i hemorràgies retinals. Tanmateix, més sovint, les víctimes es queixen de mals de cap, desorientació o alteracions mentals. Els episodis de batzegades solen ser curts, com a màxim uns quants minuts, però es poden repetir molts cops durant un període de dies o setmanes.

d) *Traumatismes toràcics o abdominals*

200. Les fractures de costelles són una conseqüència habitual dels cops al tòrax. Si les costelles es desplacen, les fractures poden anar acompanyades de laceracions al pulmó i possibles pneumotòraxs. Els cops directes poden provocar fractures dels pedicles vertebrals.

201. En casos de traumatismes abdominals aguts, cal cercar signes de lesions als òrgans abdominals i al tracte urinari. Tanmateix, sovint aquest examen resulta negatiu. La forta hematuria és el signe que indica més clarament una contusió renal. Un rentatge peritoneal pot detectar una possible hemorràgia abdominal oculta. Els vessaments abdominals detectats per tomografia per ordinador després d'un rentatge peritoneal poden derivar bé del mateix rentatge, bé d'una hemorràgia, i per tant no permeten confirmar aquest diagnòstic. En la tomografia per ordinador, l'hemorràgia abdominal aguda sol ser isointensa o de la mateixa densitat que l'aigua, a diferència de les hemorràgies agudes del sistema nerviós central, que són hipertenses. Les lesions als òrgans es poden manifestar per la presència d'aire, de fluid extravasat o de zones de poca atenuació, i poden presentar edemes, contusions, hemorràgies o laceracions. L'edema peripancreàtic és un dels signes de traumatisme agut, però també de pancreatitis no traumàtica. Els ultrasons són ben útils a l'hora de detectar hematomes subcapsulars de la melsa. Després de fortes pallisses, pot aparèixer una insuficiència renal aguda causada per una síndrome d'aixafament. Una complicació tardana de la lesió renal pot ser la hipertensió renal.

2. *Cops als peus*

202. *Falanga* és la paraula que s'utilitza més sovint per referir-se als cops als peus (o, més rarament, a les mans o als malucs), generalment amb porres, trossos de canonades o instruments similars. La complicació més greu de la *falanga* és la síndrome compartimental, que pot causar necrosis musculars, obstruccions vasculares o gangrenes a la porció distal dels peus o talons. Per bé que no són habituals, també es poden produir deformacions permanents dels peus i fractures als ossos carpians, als metacarpians i a les falanges. Com que sovint les lesions es limiten als teixits tous, la tomografia per ordinador o la ressonància magnètica són els millors mètodes per a la seva documentació radiogràfica, però cal tenir en compte que, en la fase aguda, el diagnòstic ha d'estar basat en l'exploració física. La *falanga* pot produir invalideses cròniques i el caminar es pot tornar dolorós i difícil. Els ossos del tars poden quedar fixats (espàstics) o amb massa mobilitat. La pressió sobre la planta del peu i la dorsiflexió del dit gros poden ser doloroses. En palpar-la, podem notar que l'aponeurosi plantar és excessivament tova tot al llarg de la base, i les insercions distals poden estar esquinçades, en part a la base de les falanges proximals i en part a la pell. L'aponeurosi perd la flexibilitat habitual, amb la qual cosa el caminar es fa més difícil i pot anar seguit de fatiga muscular. L'augment passiu del dit gros del peu pot revelar un esquinç a l'aponeurosi. Si està intacta, el pacient hauria de sentir que l'aponeurosi es comença a tensar quan se li torça el dit gros vint graus en dorsiflexió (l'extensió normal màxima és d'uns setanta graus). Valors més elevats indiquen que hi ha lesions en les fixacions

de l'aponeurosi.^{1213, 1415, 1617, 18} D'altra banda, la dorsiflexió limitada i el dolor o la hiperextensió del dit gros del peu indiquen la presència d'hàil-lux rígid, que resulta d'un osteòfit dorsal en un o ambdós caps del primer os metatarsià o a la base de la falange proximal.

203. Hi pot haver diverses complicacions i síndromes:

a) Síndrome compartimental. Aquesta és la complicació més greu. Un edema en un compartiment tancat provoca obstruccions vasculars i necrosis musculars, de les quals poden resultar fibrosis, contractures o gangrenes a la part distal del peu o dels dits del peu. Habitualment es diagnostica mesurant les pressions al compartiment.

b) Aixafament del taló i dels coixinets anteriors. Les falanges proximals i els coixinets elàstics sota l'os calcani són aixafats durant la *falanga*, bé directament, bé com a resultat d'un edema associat al traumatisme. A més, s'esquincen les faixes de teixit conjuntiu que s'estenen pel teixit adipós i connecten l'os a la pell. Així, el teixit adipós queda privat d'irrigació sanguínia i s'atrofia. Es perd l'efecte amortidor i els peus no absorbeixen les tensions que es produeixen en caminar.

c) Després d'aplicar la *falanga*, podem observar cicatrius rígides i irregulars que afecten la pell i els teixits subcutanis del peu. En un peu normal, els teixits dèrmics i subdèrmics estan connectats a l'aponeurosi plantar per mitjà d'unes faixes de teixit conjuntiu. Aquestes faixes, però, poden quedar parcialment o totalment malmeses a causa de l'edema que deriva de l'exposició a la *falanga*.

d) Trencament de l'aponeurosi plantar i dels tendons del peu. L'edema propi del període posterior a la *falanga* pot trencar aquestes estructures. Quan desapareix la funció de suport necessària per al manteniment de l'arc del peu, es fa més difícil el caminar i els músculs del peu, especialment els quadrats plantars llargs, es forcen de manera excessiva.

e) Fascitis plantar. Aquesta pot ser una altra complicació d'aquest tipus de lesions. En casos de *falanga* la irritació s'estén sovint a tota l'aponeurosi i provoca d'aquesta manera una aponeurosis crònica. En estudis sobre aquest tema, s'han pogut observar escàners ossis positius de punts hiperactius al calcani o als metatars en presos alliberats després de quinze anys de detenció i que afirmaven que havien estat sotmesos a *falanga* quan se'ls va detenir.¹⁹

204. Alguns mètodes radiogràfics, com ara la ressonància magnètica, la tomografia per ordinador i els ultrasons, sovint confirmen casos de traumatismes resultants de *falanga*. També s'hi poden trobar signes radiològics derivats d'altres malalties o traumatismes. Com a examinació inicial, es recomanen les radiografies convencionals. La ressonància magnètica és el millor mètode radiològic per a detectar lesions als teixits tous. Les ressonàncies magnètiques o les escintil·lografies poden detectar lesions òssies en forma d'hematoma que han passat per alt

12 SKLYV, G. "Physical sequelae of torture". A: BAŞOĞLU, M [ed.]. *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pàg. 38-55.

13

14 V. la nota 76.

15

16 PRIP, K; TIVED, L.; HOLTEN, N. *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction*. Copenhagen: IRCT, 1995.

17

18 BOJSEN-MOLLER, F.; FLAGSTAD, K. E. "Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot". *Journal of Anatomy*, 121 1976, pàg. 599-611.

19 LÖK, V. [et al.]. "Bone scintigraphy as clue to previous torture". *Lancet*, 337(8745) 1991, pàg. 846-847.

V. també LÖK, V.; TUNCA, M. "Bone scintigraphy in screening of torture survivors". *Lancet*, 352(9143) 1998, pàg. 1859.

als exàmens rutinaris per mitjà de radiografies o de la tomografia per ordinador.²⁰

3. Suspensió

205. La suspensió és una forma molt comuna de tortura que pot produir un dolor extraordinari però que deixa pocs senyals visibles —si és que en deixa. Algú que encara està detingut pot ser reticent a admetre que està patint tortures, però els dèficits neurològics perifèrics i els diagnòstics de patologia del plexe braquial pràcticament demostren que hi ha hagut tortura per suspensió. Aquest mètode es pot aplicar de diverses maneres:

a) La suspensió creuada: s'aplica lligant els braços estesos de la víctima a una barra horitzontal.

b) Suspensió de carnisseria: s'aplica fixant les mans en posició alçada, juntes o per separat.

c) Suspensió de carnisseria inversa: s'aplica per fixació dels peus amunt i el cap avall.

d) Suspensió *palestina*: s'aplica penjant la víctima pels avantbraços, lligats per l'esquena, d'una barra horitzontal, amb els colzes flexionats noranta graus. Una altra variant consisteix a penjar el presoner d'una lligadura fixada al voltant dels braços o canells, amb els braços lligats rere l'esquena.

e) Suspensió *perxa de lloro*: s'aplica penjant la víctima pels genolls flexionats d'una barra que li passa per sota de la zona poplítica, sovint amb els canells lligats als turmells.

206. La suspensió pot durar des de quinze o vint minuts fins a unes quantes hores. La suspensió *palestina* pot causar en molt poc temps lesions permanents al plexe braquial. La *perxa de lloro* pot produir esquinçaments als lligaments creuats del genoll. Les víctimes, sovint, reben cops o abusos mentre estan penjades. En la fase crònica, normalment persisteixen el dolor i la sensibilitat a les articulacions de l'espatlla. Aquest dolor es pot prolongar durant anys, a causa de l'excés de pes i dels moviments de rotació que ha suportat el pacient. Hi ha algunes complicacions del període agut derivat de la suspensió, entre les quals: debilitat a les mans i als braços, dolors i parestèsies, adormiment, insensibilitat al tacte, dolor superficial i pèrdua dels reflexos tendinosos. Un dolor profund intens pot emascarar debilitat muscular. En la fase crònica, pot ser que la debilitat perdi i avanci cap a una pèrdua de musculatura. S'hi pot observar adormiment i, més sovint, parestèsia. El fet d'aixecar pes o, simplement, d'aixecar els braços pot ser dolorós i causar adormiment o debilitat. A més de lesions neurològiques, pot haver-hi esquinçaments dels lligaments de les articulacions de l'espatlla, luxacions de l'omòplat i lesions musculars en aquesta regió. En inspeccionar visualment l'esquena, s'hi pot observar una *escàpula alada* (la vora vertebral de l'omòplat prominent) en cas de lesió del nervi toràcic llarg o de dislocació de l'escàpula.

207. Les lesions neurològiques dels braços solen ser asimètriques. La lesió del plexe braquial es manifesta en disfuncions motrius, sensorials i reflexes.

a) Exploració de la motricitat. El signe més important n'és la debilitat muscular asimètrica, més prominent en sentit distal. L'agudesa del dolor pot dificultar la interpretació de l'examinació de la força muscular. Si la lesió és greu, en la fase crònica s'hi podrà apreciar una atrofia muscular.

b) Exploració sensorial. És freqüent la pèrdua completa de sensibilitat o la presència de parestèsies al llarg de les vies nervioses sensorials. També cal examinar la percepció postural, la discriminació de dos punts, l'avaluació de la sensació de punxades i la percepció de calor i fred. Si després d'un mínim de tres setmanes

20 V. les notes 76 i 83 i Lök, V. [et al.]. "Bone scintigraphy as an evidence of previous torture". A: *Treatment and Rehabilitation Center Report of HRFT*. Ankara: 1995, pàg. 91-96.

encara hi ha deficiències, reduccions o pèrdua de reflexos, cal recórrer a un neuròleg expert que faci els estudis d'electrofisiologia que calguin i pugui interpretar-los.

c) Exploració de reflexos. Cal observar si hi ha reducció o pèrdua de reflexos i si hi ha diferències entre els d'una extremitat i els de l'altra. En la suspensió *palestina*, encara que tots dos plexos braquials estiguin sotmesos a un traumatisme, pot aparèixer una plexopatia asimètrica a causa del tipus de suspensió que hagi patit la víctima, depenent de quin braç hagi tingut més amunt o de la manera que se l'hagi lligada. Tot i que les investigacions indiquen que les plexopaties braquials sovint són unilaterals, la nostra experiència indica més aviat que és freqüent la lesió bilateral.

208. Entre els teixits de la regió de l'espatlla, el plexe braquial és l'estructura més sensible a les lesions per tracció. La suspensió *palestina* provoca una lesió del plexe braquial mitjançant l'extensió posterior forçada dels braços. Tal com s'observa en el tipus clàssic de suspensió *palestina*, quan el cos queda suspès pels braços en hiperextensió posterior, si la força exercida sobre el plexe és prou forta, normalment queden afectades les fibres del plexe inferior, després del plexe mitjà i, finalment, les del plexe superior. Si es tracta d'una suspensió del tipus *crucifixió*, però sense hiperextensió, el més probable és que l'afecció comenci per les fibres del plexe mitjà a causa de la hiperabducció. Les lesions del plexe braquial es poden classificar de la manera següent:

a) Lesions del plexe inferior. Les deficiències estan localitzades als músculs de l'avantbraç i de la mà. S'hi poden observar deficiències sensorials a l'avantbraç i als dits anular i menut de la banda medial de la mà en cas que el nervi cubital quedi afectat.

b) Lesions del plexe mitjà. Queden afectats els músculs extensors de l'avantbraç, el colze i els dits. Debilitat a la pronació de l'avantbraç i a la flexió radial de la mà. Hi ha pot haver deficiències sensorials a l'avantbraç i a la cara dorsal del polze, de l'índex i del dit del mig de la mà, en cas que el nervi radial quedi afectat, a més de la possibilitat de pèrdua de reflexos dels tríceps.

c) Lesions del plexe superior. Queden afectats especialment els músculs de l'espatlla. L'abducció de l'espatlla, la rotació axial i la pronació-supinació de l'avantbraç poden ser deficients. La deficiència sensorial es localitza a la zona deltoide i pot estendre's al braç i a les parts exteriors de l'avantbraç.

4. Altres tortures posicionals

209. Hi ha molts tipus diferents de tortures posicionals. Tots, però, consisteixen a lligar o retenir la víctima en posicions recargolades, hiperesteses o antinaturals, cosa que provoca molt de dolor i pot produir lesions als lligaments, als tendons, als nervis i als vasos sanguinis. Tots aquests tipus de tortura es caracteritzen per deixar pocs senyals externs o signes radiolòdics o no deixar-ne, tot i que després són freqüents les discapacitats cròniques greus.

210. Totes les tortures posicionals afecten directament els tendons, les articulacions i els músculs. N'hi ha de diversos tipus: a més dels esmentats anteriorment (la motocicleta, la *suspensió de lloro*, la *posició de banana* o el clàssic *lligament de banana* sobre una cadira o directament a terra), n'hi ha d'altres que consisteixen a estar-se dret a peu coix o amb tots dos peus; a estar-se de cara a la paret amb les mans i els braços estesos amunt; a estar-se llargues estones a la gatzoneja, o a estar-se immobilitzat dins d'una petita gàbia. Segons les característiques de cadascuna d'aquestes posicions, les queixes es refereixen a dolors en regions concretes del cos, limitacions del moviment de les articulacions, mals d'esquena, a les mans o a les parts cervicals del cos o inflamacions de la part inferior de les cames. A totes aquestes formes de tortura posicional s'hi apliquen els mateixos principis d'exploració neurològica i musculoesquelètica que a la suspensió. Per a l'avaluació de les lesions associades a totes aquestes formes de tortura de posició, el millor tipus d'exploració radiològica és la ressonància magnètica.

5. Tortura per descàrregues elèctriques

211. El corrent elèctric es transmet per mitjà d'elèctrodes col·locats a qualsevol part del cos. Els llocs més freqüents són les mans, els peus, els dits (tant de les mans com dels peus), les orelles, els mugrons, la boca, els llavis i l'àrea genital. L'electricitat pot provenir d'una dinamo, d'un generador, de la xarxa elèctrica domèstica, de la pistola d'atordir, de l'agullada elèctrica dels ramats o d'altres dispositius elèctrics. El corrent elèctric segueix el camí més curt entre els dos elèctrodes. Els símptomes que provoca l'aplicació de corrent elèctric tenen aquesta característica; per exemple, si s'han col·locat els elèctrodes en un dit del peu dret i a la zona genital, es produirà dolor, contracció muscular i rampes als músculs de la cuixa dreta i al panxell de la cama dreta, a més d'un dolor insuportable als genitals. Com que tots els músculs per on passa el corrent elèctric estan contrets tetànicament, hi pot haver una dislocació de l'espatlla i radiculopaties lumbars i cervicals si el corrent és prou alt. Tanmateix, l'exploració física de la víctima no permet determinar el tipus i el moment de l'aplicació ni la intensitat i el voltatge de l'energia utilitzada. Sovint, els torturadors utilitzen aigua o gels per augmentar l'eficàcia de la tortura, ampliar el punt d'entrada del corrent i eludir l'aparició de cremades elèctriques que puguin ser detectades. L'indici observable de les cremades elèctriques sol ser una lesió circular d'un color bru rogenc, d'un a tres mil·límetres de diàmetre i, generalment, sense inflamació, que pot deixar una cicatriu hiperpigmentada. Cal examinar curosament la superfície de la pell, ja que aquestes lesions solen ser difícils de detectar. Es qüestiona la conveniència de fer biòpsies de les lesions recents amb l'objectiu de determinar-ne l'origen. Les cremades elèctriques poden produir —per bé que no sempre— canvis histològics específics, i cal tenir en compte que l'absència d'aquests signes mai no s'ha d'interpretar com un prova que la lesió no és una cremada elèctrica. Per tant, convé adoptar la decisió sobre una base individual, ponderant si els resultats del procediment poden compensar el dolor i les molèsties que causa la biòpsia cutània (vegeu l'annex II, secc. 2).

6. Tortura dental

212. La tortura dental pot adoptar la forma de trencament o extracció de les dents o d'aplicació de corrent elèctric. Pot resultar en pèrdua o trencament de les dents, inflamació de les genives, hemorràgies, dolor, gingivitis, estomatitis, fractures de la mandíbula o pèrdua d'empastaments. La síndrome de l'articulació temporomaxil·lar produeix dolor en aquesta articulació, limitació dels moviments de la mandíbula i, en alguns casos, subluxacions causades per espasmes musculars derivats de l'aplicació de corrent elèctric o cops a la cara.

7. Asfíxia

213. L'ofegament fins a arribar quasi a l'asfíxia és un mètode de tortura cada cop més freqüent. Generalment no deixa marques i la recuperació és ràpida. Aquest mètode de tortura es va utilitzar tant a l'Amèrica Llatina que el seu nom en castellà, *submarino*, va passar a formar part del vocabulari dels drets humans. Es pot evitar la respiració normal amb diversos mètodes, com ara cobrir el cap amb una bossa de plàstic, obturar la boca i el nas, pressionar el coll (fins i tot amb cordes) o obligar la víctima a aspirar pols, ciment, pebre, etc. Aquestes modalitats es coneixen com a *submarí sec* i poden provocar diverses complicacions com petèquies a la pell, hemorràgies del nas o de l'orella, congestió de la cara, infeccions a la boca i problemes respiratoris aguts o crònics. La immersió forçada del cap en aigua —sovint contaminada d'orina, excrements, vòmits, etc.— pot resultar en ofec o gairebé. L'aspiració d'aigua al pulmó pot provocar una pulmonia; aquest mode de tortura és conegut com a *submarí humit*. L'ofec i altres formes d'asfíxia per lligament deixen sovint abrasions o contusions característiques al voltant del coll. L'hoïde i el cartílag laringi poden estar trencats per una estrangulació parcial o per cops al coll.

8. Tortura sexual, incloent-hi la violació

214. La tortura sexual comença amb la nuesa forçada, que en molts països és un factor constant en les situacions de tortura. Mai no s'és tan vulnerable com quan s'està nu i desvalgut. La nuesa fa augmentar el terror psicològic de cada aspecte de la tortura, ja que sempre hi ha un rerefons de possible abús, violació o sodomia. A més, les amenaces, els maltractaments i les burles formen part de la tortura sexual, ja que incrementen la humiliació. Tot això forma part del procés. Per a la dona, els tocaments —considerats una forma de tortura— són sempre traumàtics.

215. Hi ha algunes diferències entre la tortura sexual dels homes i la de les dones, tot i que molts aspectes són comuns. La violació sempre implica el risc de desenvolupar malalties de transmissió sexual, especialment el virus d'immunodeficiència humana (VIH).²¹ Actualment, l'única profilaxi eficaç contra el VIH s'ha d'aplicar en les hores següents a l'incident, i generalment no està disponible en països on la tortura és habitual. En la major part dels casos hi ha un component sexual pervers i n'hi ha d'altres en què la tortura va dirigida als genitals. En el cas dels homes, la majoria de vegades, és en aquesta part on s'apliquen les descàrregues elèctriques i els cops, independentment de si alhora hi ha tortura anal. Al traumatisme físic que en resulta cal afegir-hi el maltractament verbal. Sovint s'amenaça amb la pèrdua de masculinitat als homes i la consegüent pèrdua de respecte en la societat. De vegades es col·loquen els presos nus a les cel·les amb membres de la família, amics o desconeguts, amb l'objectiu de violar tabús culturals; però la situació encara pot empitjorar si no hi ha intimitat a l'hora d'utilitzar els serveis. A més, de vegades s'obliga les víctimes a abusar sexualment d'altres presos, amb la qual cosa és prou difícil de conviure emocionalment. Pel que fa a les dones, al trauma s'hi afegeix la por d'una possible violació —a causa del profund estigma cultural que s'hi associa— i cal prendre en consideració la por de quedar embarassades (una por que, òbviament, els homes no pateixen), de perdre de la virginitat i de quedar incapacitades per a tenir fills (fins i tot si aconsegueixen amagar la violació a un possible marit i a la resta de la societat).

216. Si en casos d'abusos sexuals, la víctima no vol que se sàpiga (per pressions socioculturals o raons personals), el metge encarregat de l'examinació, els organismes investigadors i els tribunals tenen l'obligació de cooperar per mantenir la intimitat de la víctima. Establir una relació amb víctimes que hagin estat assetjades recentment exigeix una formació i un suport psicològics adequats. Cal evitar els tractaments que puguin incrementar el trauma psicològic de l'individu. Abans de començar l'examen, el pacient ha de donar-hi el seu consentiment i reiterar-lo abans dels aspectes més íntims de l'exploració. A més, se l'ha d'informar de la importància de l'examinació i els seus resultats de manera clara i entenedora.

a) Revisió dels símptomes

217. Tal com hem descrit en pàgines anteriors (vegeu la secció B), cal escriure una història clínica detallada de la suposada agressió. Hi ha, però, algunes qüestions concretes que només es relacionen amb l'al·legació d'abús sexual. Amb aquestes qüestions es vol determinar quins símptomes deriven d'un abús recent, per exemple hemorràgies, fluxos vaginals o anals i localització del dolor, hematomes o ferides. En casos d'abusos sexuals passats, cal informar-se sobre els símptomes que van resultar de l'agressió, com ara la freqüència de la micció, enuresi o disúria, irregularitats menstruals, problemes amb l'activitat sexual —incloent-hi la copulació i el dolor anal—, hemorràgies, restrenyiment o incontinència i també cal consultar la història d'embarassos, d'avortaments o d'hemorràgies vaginals posteriors.

218. El millor és disposar d'instal·lacions físiques i tècniques adients per a poder explorar adequadament les víctimes de violacions sexuals mitjançant un equip d'infermeres, psiquiatres, psicòlegs i ginecòlegs especialitzats en aquest camp. Un dels objectius de les entrevistes a víctimes d'agressions sexuals és el d'oferir-los suport, consell i, si cal, consol. També cal tractar temes com ara les malalties de transmissió sexual, el VIH, l'embaràs en el cas de les dones i altres danys físics permanents. Els torturadors sovint diuen a les víctimes que mai més no

21 LUNDE, D.; ORTMANN, J. "Sexual torture and the treatment of its consequences". A: *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*. BAŞOĞLU, M. [ed.]. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pàg. 310-331.

tornaran a servir per al sexe. Cal evitar, doncs, que aquesta amenaça es compleixi per culpa de l'autoconvicció de l'individu.

b) *Exploració després d'un abús sexual recent*

219. És estrany que una víctima de violació durant el curs d'una tortura sigui alliberada quan encara es puguin detectar signes aguts de l'agressió. En aquests casos, hi ha molts factors que cal tenir en compte, ja que poden impedir una avaluació mèdica. Les víctimes assetjades recentment poden estar inquietes i confoses a l'hora de cercar assistència mèdica o jurídica a causa de les seves pors, inquietuds socioculturals o per la mateixa natura destructiva de l'abús. En aquests casos, el metge ha d'explicar a la víctima totes les opcions mèdiques i judicials possibles i ha d'actuar d'acord amb la voluntat de la víctima. Entre els deures del metge hi ha el d'obtenir el consentiment amb coneixement de causa i voluntari del pacient per a l'exploració, el de registrar tots els descobriments mèdics relacionats amb l'abús i el d'obtenir mostres per a l'estudi forense. Sempre que sigui possible, aquest reconeixement ha de ser dut a terme per un expert en documentació d'agressions sexuals. Si no és així, el metge examinador ha de parlar amb un expert o consultar algun dels textos habituals de medicina forense clínica.²² Quan el metge no sigui del mateix sexe que la víctima, se li ha d'oferir la possibilitat de sol·licitar la presència d'un acompanyant del seu mateix sexe a la sala. Si s'utilitza un intèrpret, ell mateix pot fer el paper d'acompanyant. A causa del caràcter sensible de la investigació d'agressions sexuals, els familiars de la víctima no solen ser els millors acompanyants (vegeu el cap. IV, secc. I), ja que el pacient s'ha de sentir còmode i relaxat abans de l'exploració. Cal fer un examen físic acurat que inclogui documentació meticulosa de tots els signes físics; informació sobre la mida, la situació i el color d'aquests signes, i, sempre que es pugui, fotografies i mostres per a examinar-los.

220. Mai no s'ha d'iniciar l'exploració física per la zona genital. Cal prendre nota de les deformitats que s'observin i parar una atenció especial a l'examinació de la pell, ja que s'hi poden trobar lesions cutànies que hagin pogut derivar de l'agressió sexual —per exemple hematomes, laceracions, equimosis i petèquies derivades de succions o mossegades. Això pot contribuir a la relaxació del pacient amb vista a l'examinació completa. Quan les lesions genitals siguin mínimes, les d'altres parts del cos poden constituir les proves més importants d'una agressió sexual. Fins i tot en l'examinació dels genitals femenins immediatament després d'una violació, hi ha danys identificables en menys de la meitat dels casos. L'exploració anal d'homes i dones després d'una violació anal presenta lesions en menys del 30% dels casos. Evidentment, quan s'hagin utilitzat objectes força grans per penetrar la vagina o l'anus, la probabilitat de trobar danys identificables serà molt més alta.

221. Quan es disposi d'un laboratori forense, cal posar-se en contacte amb els responsables de la instal·lació abans de l'examen per tal d'informar-se dels tipus d'espècimens que s'hi poden analitzar i, per tant, saber quines mostres cal prendre i de quina manera. Molts laboratoris faciliten estoigs amb els quals el metge pot prendre totes les mostres necessàries de les possibles víctimes de violació. En cas que no es disposi de cap laboratori, convé obtenir frotis humits i deixar-los assecat a l'aire. Aquestes mostres es poden utilitzar posteriorment per a les proves d'ADN. L'esperma es pot detectar fins a cinc dies després a les mostres vaginals preses amb escovilló i fins a tres dies si es tracta d'un mostratge rectal. Quan s'hagin pres mostres de diverses víctimes, cal prendre precaucions estrictes per a prevenir les al·legacions de contaminació creuada, especialment si també se n'han pres dels presumptes autors. Totes les mostres forenses han d'estar del tot protegides i la cadena de custòdia, perfectament documentada.

c) *Examinació després de la fase immediata*

222. Quan la possible violació hagi tingut lloc al cap de més d'una setmana i no hi hagi signes d'hematomes o

22 V. HOWITT, J.; ROGERS, D. "Adult Sexual Offenses and Related Matters". A: McLAY, W.D.S [ed.]. *Clinical Forensic Medicine*. Londres: Greenwich Medical Media, 1996, pàg. 193-218.

laceracions, l'exploració de la pelvis és menys urgent. Cal cercar amb deteniment, d'una banda, la persona més ben qualificada perquè documenti els signes de tortura i, de l'altra, el millor entorn per a entrevistar el pacient. Amb tot, sempre que es pugui, cal fotografiar adequadament les lesions romanents.

223. Cal registrar els antecedents tal com hem descrit abans, i després examinar i documentar els signes físics generals. En el cas de dones que hagin donat a llum abans de la violació —i especialment en aquelles que ho hagin fet després— no se solen trobar signes patognomònics, si bé un metge amb experiència en l'exploració de dones pot percebre dades importants en observar el comportament de la dona mentre descriu la seva història.²³ Pot passar un cert temps fins que l'individu estigui disposat a narrar aquells aspectes de la tortura que troba més violents. El mateix pot passar en l'examinació de les parts sexuals, i per això el pacient ha de tenir la possibilitat de posposar-ne l'examinació, sempre que el temps i les circumstàncies ho permetin.

d) Seguiment

224. L'agressió sexual pot transmetre moltes malalties infeccioses, com ara malalties de transmissió sexual (la gonorrea, la clamidiosi, la sífilis, la sida, l'hepatitis B i C, herpes simples i condilomes acuminats —berrugues venèries—), vulvovaginitis associades a l'abús sexual (com ara tricomonos, moniliosi vaginal, gardnerel·la vaginal i oxiürosi —cuc intestinal—) i també infeccions del tracte urinari.

225. En tots els casos d'agressió sexual s'han de prescriure les proves de laboratori adequades i el tractament corresponent. En casos de gonorrea i clamidiosi, cal tenir en compte la possibilitat que hi hagi una infecció concomitant de l'anus o de l'orofaringe. En casos d'agressió sexual, cal obtenir cultius inicials i proves serològiques i començar la teràpia corresponent. Les disfuncions sexuals són freqüents entre els torturats, especialment —tot i que no de manera exclusiva— entre les víctimes que han patit tortures sexuals o violacions. Els símptomes poden tenir un origen físic o psicològic —o tots dos alhora— i inclouen:

i) Aversió cap a membres de l'altre sexe o reducció de l'interès en l'activitat sexual.

ii) Por de l'activitat sexual —ja que la parella pot descobrir que la víctima ha patit una agressió d'aquesta mena— o d'un possible dany sexual. De vegades, aquestes pors resulten de les amenaces dels torturadors, que també inculquen la por de l'homosexualitat a homes que han patit abusos anals. Hi ha homes heterosexuales que han tingut ereccions i, algun cop, fins i tot han ejaculat durant un coit anal forçat. En aquest cas, cal tranquil·litzar-los informant-los que és només una reacció fisiològica.

iii) Incapacitat de confiar en una parella sexual.

iv) Dificultat d'excitació sexual i disfunció erèctil.

v) Disparèunia (relacions sexuals doloroses en la dona) o infertilitat provocada per una malaltia de transmissió sexual, per un cop directe als òrgans reproductors o per un avortament mal practicat de l'embaràs resultant de la violació.

e) Exploració genital de la dona

226. En moltes cultures és del tot inacceptable que s'introdueixi res a la vagina d'una dona verge, fins i tot un espèculum, un dit o un tampó. Si la dona presenta proves clares de violació en la inspecció externa, pot ser que no calgui una examinació de l'interior de la pelvis. Entre els signes trobats en un examen genital hi podem trobar:

²³ HINSELWOOD, G. *Gender-based persecution*. Toronto: United Expert Group Meeting on Gender-based Persecution, 1997.

i) Petites laceracions o esquinçades de la vulva. Poden ser agudes i són causades per una dilatació excessiva. Normalment es guareixen del tot però, si el traumatisme ha estat repetit, hi poden quedar cicatrius.

ii) Abrasions dels genitals femenins. Les abrasions poden ser causades pel contacte amb objectes durs com ara unghes o anells.

iii) Laceracions vaginals. Tot i que no són freqüents, poden estar associades a una atròfia dels teixits o a una operació quirúrgica prèvia. No es poden diferenciar d'incisions causades per la introducció d'objectes esmolats.

227. Rarament es troben proves físiques quan l'examinació dels genitals femenins es fa al cap de més d'una setmana de l'agressió. Més endavant, si la dona reprèn l'activitat sexual —voluntàriament o no— o pareix, pot ser gairebé impossible d'atribuir els signes que es descobreixin a un incident concret de possible abús. Per tant, en aquests casos, el component més important d'una avaluació mèdica serà la valoració que l'examinador faci, d'una banda, de la informació proporcionada pel pacient sobre les lesions després de la tortura (per exemple, la correlació entre les al·legacions d'abús i les lesions agudes observades per l'individu) i, de l'altra, del comportament de la persona, tenint en compte el context cultural de l'experiència de la dona.

f) *Exploració genital de l'home*

228. Els homes sotmesos a tortures a la regió genital —que inclouen les accions d'esclafar l'escrot, de retòrcer-lo o de donar-hi estrebades— sovint senten dolor i sensibilitat durant el període agut. S'hi pot observar hiperèmia, inflamacions marcades i equimosi. L'orina pot contenir un gran nombre d'eritròcits i de leucòcits. Si es detecta una tumefacció, caldrà determinar si es tracta d'una hidrocele, d'una hematocele o d'una hèrnia engonal. En cas que es tracti d'una hèrnia engonal, l'examinador no podrà palpar el cordó espermàtic per sobre de la tumefacció, contràriament al que passa en els altres dos casos. L'hidrocele es produeix per l'acumulació excessiva de fluid a la túnica vaginal, a causa o bé de la inflamació dels testicles i els apèndixs o bé de la disminució del drenatge resultant d'una obstrucció limfàtica o venosa al cordó o a l'espai retroperitoneal. Una hematocele és una acumulació de sang, derivada d'un cop, a la túnica vaginal i, a diferència de l'hidrocele, no transil·lumina.

229. La torsió dels testicles també pot derivar d'un traumatisme a l'escrot. Amb aquesta lesió es torça la base del testicle, fet que obstrueix el fluid sanguini i provoca molt de dolor i inflamació. Aquesta lesió constitueix una emergència quirúrgica. Si no es redueix la torsió immediatament, es pot produir un infart testicular. Si el pacient està en període de detenció —que és quan es pot denegar l'atenció mèdica— es poden observar seqüeles tardanes d'aquesta lesió.

230. Els individus sotmesos a tortura escrotal poden patir una infecció crònica del tracte urinari, una disfunció erèctil o una atròfia testicular. Són freqüents els símptomes de trastorn d'estrès posttraumàtic. Durant la fase crònica, pot ser impossible distingir entre una patologia escrotal causada per tortura i una de causada per altres processos morbosos. Si en una exploració urològica completa no s'hi troben anormalitats físiques, podem pensar que els símptomes urinaris, la impotència o d'altres trastorns sexuals tenen un origen psicològic. Les cicatrius a la pell de l'escrot i del penis no són fàcils de veure; per això, l'absència de cicatrius en aquests llocs no justifica l'absència de tortura. D'altra banda, però, la seva presència sovint indica que l'individu ha patit un traumatisme important.

g) *Examinació de la regió anal*

231. Després d'una violació anal o de la inserció d'objectes a l'anus —independentment del sexe de la persona—, el dolor i l'hemorràgia poden durar dies o fins i tot setmanes. Això resulta sovint en restrenyiment, que es pot agreujar a causa de l'alimentació deficient a molts llocs de detenció. També hi poden haver símptomes urinaris i gastrointestinals. Durant la fase aguda, tota exploració que vagi més enllà de la inspecció ocular exigeix anestèsia local o general i ha de ser duta a terme per un especialista. Durant la fase crònica, molts dels símptomes

poden persistir, i per tant cal examinar-los. Pot ser que hi hagi cicatrius anals de mida o posició atípiques. En aquest cas, cal documentar-les. Les fissures anals poden persistir durant molts anys, tot i que generalment és impossible diferenciar les que van ser causades per tortura de les que van ser causades per altres mecanismes. En examinar l'anús, cal cercar i documentar els signes següents:

i) fissures. Solen ser signes no específics, ja que poden produir-se en moltes situacions *normals* (restrenyiment o poca higiene). Amb tot, en situació aguda (per exemple, abans de les primeres 72 hores), les fissures són un signe més específic i poden ser considerades una prova de penetració;

ii) esquinços anals amb hemorràgia o sense;

iii) superfícies llises de pell en forma de ventall en una zona d'arrugues. Si aquestes cicatrius són fora de la línia del mig (és a dir, quan les agulles del rellotge són fora dels punts de les 12 o les 6 hores), poden ser un indicatiu de traumatisme per penetració;

iv) marques a la pell (poden ser el resultat de traumatismes curats);

v) exsudació purulenta de l'anús. Amb tot, en els casos d'al·legació de penetració rectal, tant si s'hi observa exsudació com si no, cal dur a terme cultius per a comprovar si hi ha gonorrea o clamidiosi.

E. Proves de diagnòstic especialitzades

232. Les proves de diagnòstic no són una part essencial de l'avaluació clínica d'algú que al·lega haver patit tortures. En molts dels casos, n'hi ha prou amb una història mèdica i una examinació física. Tanmateix, hi ha situacions en què aquestes proves poden ser de gran ajut; per exemple, quan s'ha presentat una denúncia contra membres de l'autoritat o una demanda d'indemnització. En aquests casos, una prova positiva pot ser determinant perquè la demanda prosperi. D'altra banda, si les proves de diagnòstic tenen una finalitat terapèutica, els resultats s'han d'adjuntar a l'informe clínic. Cal tenir en compte que l'absència d'un resultat positiu en una prova de diagnòstic mai no s'ha d'interpretar com un indicatiu que no hi ha hagut tortura, tal com passa amb les observacions físiques. En moltes situacions no es poden fer proves de diagnòstic per raons tècniques, tot i que això mai no pot invalidar un informe que, d'altra banda, està redactat adequadament. Quan les possibilitats de disposar d'instal·lacions per a proves de diagnòstic siguin limitades, les necessitats clíniques han de tenir prioritat sobre l'estudi de ferides amb finalitats estrictament legals (vegeu-ne més detalls a l'annex II).

Capítol VI

VI. PROVES PSICOLÒGIQUES DE TORTURA

A. Observacions de caràcter general

1. El paper cabdal de l'avaluació psicològica

233. Està molt estesa la idea que la tortura és una experiència extrema que pot provocar tot un ventall de danys físics i psicològics. La majoria de metges i investigadors coincideix a dir que el caràcter extrem de la tortura és prou dur per a causar conseqüències mentals i emocionals independentment de l'estat psicològic previ de la víctima. Tanmateix, les conseqüències psicològiques de la tortura tenen lloc en el context del significat que cada víctima hi doni, del desenvolupament de la personalitat i dels factors socials, polítics i culturals. És per això que no es pot assumir que totes les formes de tortura tenen les mateixes conseqüències. Per exemple, les conseqüències psicològiques d'una execució simulada no són les mateixes que les causades per una agressió sexual, i el confinament en solitari i l'aïllament no tenen els mateixos efectes que els actes físics de tortura. De la mateixa manera, no es pot assumir que els efectes de la detenció i la tortura en un adult són els mateixos que en un nen. No obstant això, hi ha una sèrie de símptomes i reaccions psicològiques que s'han observat i documentat amb regularitat en tots els qui han sobreviscut a la tortura.

234. Els autors sovint intenten justificar els seus actes de tortura i maltractaments dient que són necessaris per a l'obtenció d'informació. Aquesta idea emmascara l'objectiu real de la tortura i les seves conseqüències intencionades. Un dels objectius principals de la tortura és reduir la víctima a una postura d'indefensió i angoixa extremes que pot arribar a deteriorar-li les funcions cognitives, emocionals i de conducta.¹ Així, la tortura és un mitjà d'atac als mecanismes fonamentals de psicològics i socials de la persona. Sota aquestes circumstàncies el torturador no solament mira d'incapacitar físicament la víctima, sinó que també intenta desintegrar-ne la personalitat. El torturador prova de derrocar-li la idea que està arrelada en una família i en una societat com a ésser humà amb somnis, esperances i aspiracions de futur. Gràcies a aquesta deshumanització i ruptura de la voluntat de les seves víctimes, el torturador estableix un exemple aterridor per a tots aquells que més tard es posin en contacte amb la víctima. D'aquesta manera, la tortura és capaç de trencar o malmetre la voluntat i la coherència de comunitats senceres. A més, pot perjudicar profundament les relacions íntimes entre cònjuges, pares i fills i altres membres de la família, com també les relacions entre les víctimes i el seu entorn.

235. És important tenir en compte que no tots els que han estat torturats desenvolupen una malaltia mental diagnosticable. Amb tot, hi ha moltes víctimes que experimenten reaccions emocionals profundes i símptomes psicològics. Els principals trastorns psiquiàtrics associats a la tortura són el trastorn per estrès posttraumàtic i la depressió profunda. Tot i que aquests trastorns són presents en tota la població, el nombre de casos s'incrementa entre les poblacions traumatitzades. Les repercussions culturals, socials i polítiques que la tortura té per a cada persona influeixen sobre la seva habilitat de descriure-la i parlar-ne. Aquests són factors importants que contribueixen a l'impacte psicològic i social de la tortura i que cal prendre en consideració a l'hora d'avaluar pacients d'altres cultures. La investigació transcultural revela que els mètodes fenomenològics o descriptius són els més indicats per a avaluar els trastorns psicològics o psiquiàtrics. El que es considera un trastorn de comportament

¹ FISCHER, G.; GURRIS, N.F. "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung". A: SENF, W.; BRODA, W. [ed.]. *Praxis der Psychotherapie-Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme, 1996.

o una malaltia en una cultura pot ser que no ho sigui per a una altra.^{2 3 4} Des de la segona guerra mundial s'ha progressat en la comprensió de les conseqüències psicològiques de la violència. Entre les víctimes de tortura i d'altres tipus de violència, s'han observat i documentat certs símptomes o conjunts de símptomes psicològics.

236. En els últims anys, la diagnosi del trastorn per estrès posttraumàtic s'ha aplicat cada cop més a pacients que pateixen les conseqüències de tipus molt variats de violència, tot i que encara no se n'ha determinat la utilitat en cultures no occidentals. Tanmateix, les proves indiquen que hi ha elevats índexs de trastorn per estrès posttraumàtic i de depressió entre les poblacions traumatitzades de refugiats d'origens ètnics i culturals molt diferents.^{5 6 7 8} L'estudi transcultural de la depressió dut a terme per l'Organització Mundial de la Salut n'aporta informació important.⁹ Tot i que hi ha símptomes que poden ser presents en diferents cultures, pot ser que no siguin els que més preocupen la víctima.

2. El context de l'avaluació psicològica

237. Les avaluacions s'emmarquen en contextos polítics variables, cosa que provoca diferències importants en la manera de dur-les a terme. El metge o psicòleg ha d'adaptar les següents directrius a la situació i l'objectiu concrets de cada avaluació (vegeu el cap. III, secc. C.2).

238. Segons el grau de confidencialitat i seguretat, hi ha certes preguntes que no es poden fer de manera segura. Per exemple, l'exploració d'un metge que visita una presó amb un límit de quinze minuts no pot seguir la mateixa direcció que l'exploració forense d'un metge privat en una consulta i sense límit de temps. Encara sorgeixen més problemes quan s'intenta esbrinar si els símptomes psicològics o el comportament d'un pacient són patològics o adaptatius —és a dir, provocats per la situació. En examinar algú que està detingut o que viu en un ambient d'amenaça o d'opressió, cal tenir en compte que hi ha símptomes que poden ser adaptatius. Per exemple, la pèrdua d'interès en algunes activitats i un sentiment d'indiferència o de distanciació és raonable en algú que es trobi en una situació de confinament solitari. De la mateixa manera, un comportament d'hipervigilància i evitació poden ser normals en persones que viuen en una societat repressiva.¹⁰ Amb tot, les limitacions o les condicions imposades en les entrevistes no han d'impedir que es mirin d'aplicar les directrius establertes en aquest manual. En circumstàncies difícils, és molt important que les autoritats i els governs implicats respectin aquestes normes al màxim possible.

2 KLEINMAN, A. "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", estudi presentat al simposi regional de l'Associació Mundial de Psiquiatria sobre la psiquiatria i les disciplines relacionades el 1986.

3 ENGELHARDT, H.T. "The concepts of health and disease". A: ENGELHARDT, H.T.; SPICKER, S.F. [ed.]. *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co., 1975, pàg. 125-141.

4 WESTERMEYER, J. "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries". *American Journal of Psychiatry*, 142(7) 1985, pàg. 798-805.

5 MOLLICA, R.F. [et al.], "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps". *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993, pàg. 581-586.

6 KINZIE, J.D. [et al.]. "The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees". *American Journal of Psychiatry*, 147(7) 1990, pàg. 913-917.

7

8 ALDEN, K. [et al.]. "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile". *American Journal of Public Health*, 86 1996, pàg. 1561-1569.

9 SARTORIUS, N. "Cross-cultural research on depression". *Psychopathology*, 19(2) 1987, pàg. 6-11.

10 SIMPSON, M.A. "What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa". A: KLEBER, R.J.; FIGLEY, C.R.; GERSONS, B.P.R. [ed.]. *Beyond Trauma-Cultural and Societal Dynamics*. Nova York: Plenum Press, 1995, pàg. 188-210.

B. Seqüeles psicològiques de la tortura

1. Advertiments

239. Abans de començar a fer una descripció tècnica de símptomes i classificacions psiquiàtriques, cal recordar que les classificacions psiquiàtriques generalment es consideren un concepte mèdic occidental i que l'aplicació a gent no occidental presenta certes dificultats, tant implícites com explícites. Es podria dir que en les cultures occidentals s'abusa dels medicaments en els processos psicològics. La idea que el dany psicològic representa un trastorn que té un individu i que presenta una sèrie de símptomes típics pot ser inacceptable per a moltes persones que provenen de societats no occidentals. Això no obstant, hi ha proves que demostren que en els trastorns per estrès posttraumàtic es produeixen canvis biològics i, des d'aquest punt de vista, aquest trastorn es pot diagnosticar i tractar tant biològicament com psicològicament.¹¹ El metge o psicòleg que dugui a terme l'avaluació s'ha d'esforçar a establir una relació entre el problema psicològic i el context de les creences i les normes culturals de l'individu, incloent-hi el respecte cap al context polític i cap a les creences religioses i culturals. Com que la tortura i les seves conseqüències són molt greus, en les avaluacions psicològiques, cal no precipitar-se a establir diagnòstics i classificacions i adoptar una actitud d'aprenentatge. El millor seria que aquesta actitud transmetés a la víctima la seguretat que les seves queixes i els seus patiments són reconeguts com a reals i normals. De la mateixa manera, una actitud de comprensió pot donar a la víctima un sentiment d'alleujament respecte a la seva experiència d'alienació.

2. Reaccions psicològiques més freqüents

a) Reviure el trauma

240. La víctima pot tenir records sobtats o intrusius, en els quals viu una altra vegada els esdeveniments traumàtics —fins i tot estant desperta i conscient—, o malsons recurrents que inclouen elements originals o simbòlics de l'esdeveniment traumàtic. L'angoixa per l'exposició a elements que simbolitzen el trauma o que s'hi assemblen es manifesta amb freqüència en forma de por i desconfiança de persones dotades d'autoritat, fins i tot de metges i psicòlegs. En països o situacions en què les autoritats participen en les violacions dels drets humans, no s'han de considerar com a patològiques la por i la manca de confiança en els representants de l'autoritat.

b) Evitació i confusió emocional

- i) Evitació de pensaments, converses, activitats, llocs o persones que recordin al trauma viscut;
- ii) profund aïllament emocional;
- iii) profunda desafecció personal i aïllament social;
- iv) incapacitat de recordar aspectes importants i concrets del trauma.

c) Hiperexcitació

¹¹ FRIEDMAN, M.; JARANSON, J. "The applicability of the posttraumatic concept to refugees". A: MARSELLA, T. [ed.]. *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press, 1994, pàg. 207-227.

- i) Dificultats per a adormir-se o per a romandre adormit;
- ii) irritabilitat o brots de còlera;
- iii) dificultats de concentració;
- iv) hipervigilància, reaccions sobtades exagerades;
- v) ansietat generalitzada;
- vi) manca d'aire, sudoració, sequedat de boca, mareigs i problemes gastrointestinals.

d) *Síntomes de depressió*

241. Se solen manifestar els següents símptomes de depressió: estat d'ànim depressiu, anhedonia (clara reducció de l'interès o del plaer en qualsevol activitat), trastorns de la gana, pèrdua de pes, insomni o hipersòmia, agitació o retard psicomotrius, fatiga i pèrdua d'energia, sensació d'inutilitat, sentiment excessiu de culpabilitat, dificultats per a parar atenció, per a concentrar-se o per a recordar algun esdeveniment, pensaments de mort, idees o intents de suïcidi.

e) *Disminució de l'autoestima i desesperança respecte del futur*

242. La víctima té la sensació d'haver estat maltractada de manera irremeiable i d'estar patint un canvi irreversible de personalitat.¹² Pensa que ha perdut part del seu avenir i no té perspectives de futur quant a treballar, casar-se, tenir fills o dur una vida normal.

f) *Dissociació, despersonalització i comportament atípic*

243. La dissociació és la ruptura de la unitat formada per la consciència, la percepció d'un mateix, la memòria i les accions. La persona pot sentir-se aïllada o ignorar algunes accions, o pot sentir-se dividida en dos com si s'observés a si mateixa des de fora. La despersonalització és la sensació d'estranyesa d'un mateix o del propi cos. Els problemes a l'hora de controlar els impulsos donen lloc a comportaments que el pacient considera molt atípics respecte de la seva personalitat pretraumàtica. Una persona que abans era prudent pot tenir comportaments d'alt risc.

g) *Queixes somàtiques*

244. Els símptomes somàtics com ara dolor, mal de cap o altres símptomes físics —tant amb signes objectius com sense— són freqüents entre les víctimes de tortures. El dolor pot ser l'única queixa manifesta, i pot variar-ne la localització i la intensitat. Els símptomes somàtics poden ser deguts directament a les conseqüències físiques de la tortura o tenir un origen psicològic, com és el cas de tots els tipus de dolor. Entre les queixes somàtiques més freqüents hi ha mals d'esquena, dolors musculoesquelètics i mals de cap —sovint a causa de traumatismes cranials. Els mals de cap són normals entre les víctimes de tortura i moltes vegades es converteixen en cefalees cròniques posttraumàtiques, tot i que també poden ser causats o exacerbats per la tensió i el patiment.

h) *Disfunció sexual*

¹² HOLTAN, N.R. "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care". A: JARANSON, J.M.; Popkin, M.K. [ed.]. *Caring for Victims of Torture*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1998, pàg. 107-113.

245. La disfunció sexual és freqüent entre els qui han sobreviscut a la tortura, sobretot —tot i que no exclusivament— entre els qui han patit tortures sexuals o violacions (vegeu el cap. V, secc. D.8).

i) *Psicosi*

246. Les diferències culturals i lingüístiques es poden confondre amb símptomes psicòtics. Abans de qualificar algú de psicòtic, cal avaluar-ne els símptomes dins del context cultural propi. Les reaccions psicòtiques poden ser breus o prolongades i els símptomes es poden donar tant abans com després de la detenció i la tortura. Els possibles símptomes són els següents:

i) deliris;

ii) al·lucinacions auditives, visuals, tàctils i olfactives;

iii) idees i comportaments estranys;

iv) il·lusions o distorsions perceptives que poden adoptar la forma de pseudoal·lucinacions i vorejar estats psicòtics. Les falses percepcions i les al·lucinacions a l'hora d'adormir-se i de llevar-se són freqüents entre la població general i no denoten l'existència d'una psicosis. També sol passar que algunes víctimes de tortura afirmen que han sentit xiscles o que les criden pel seu nom o bé asseguruen que veuen ombres i, tot i així, no presenten cap signe o símptoma evident de psicosi;

v) paranoia i deliris de persecució;

vi) els pacients que ja han patit una malaltia mental poden experimentar la reaparició del mateix trastorn psicòtic o també trastorns de caràcter amb trets psicòtics. Els que han patit trastorns bipolars, depressions recurrents amb trets psicòtics, esquizofrènia i trastorns esquizoafectius poden tornar a patir un episodi del mateix trastorn.

j) *Abús de substàncies tòxiques*

247. Els qui han sobreviscut a la tortura sovint recorren de manera abusiva a l'alcohol i les drogues per esborrar els records traumàtics, regular les emocions i controlar l'ansietat.

k) *Deteriorament neuropsicològic*

248. La tortura pot provocar un traumatisme físic que doni lloc a diferents graus de deteriorament cerebral. Els cops al cap, l'asfíxia o la malnutrició prolongada poden tenir conseqüències neurològiques i neuropsicològiques a llarg termini que no són fàcils de detectar durant un reconeixement mèdic. Com en tots els casos de deteriorament cerebral que no es poden documentar per mitjà de les tècniques de diagnòstic per imatge de l'encèfal o altres tècniques mèdiques, l'avaluació i els tests neuropsicològics són l'única forma segura de documentar aquests efectes. Sovint, els símptomes que resulten d'aquestes avaluacions són similars als de l'estrès posttraumàtic i als de la depressió. Les fluctuacions o deficiències en el nivell de consciència, orientació, atenció, concentració, memòria i capacitat manipulativa poden ser degudes a trastorns tant funcionals com orgànics. Per tant, per a poder donar un diagnòstic diferencial, cal tenir coneixements especialitzats sobre l'avaluació neuropsicològica i prendre en consideració els problemes de l'ús dels instruments neuropsicològics en pacients d'altres cultures (vegeu la secció C.4).

3. *Classificació dels diagnòstics*

249. Com que les queixes i les observacions principals dels que han sobreviscut a la tortura són molt variades i estan relacionades amb les experiències personals i el context cultural, social i polític propis, cal que els avaluadors estiguin familiaritzats amb els trastorns més freqüents d'aquests pacients. A més, no és gens estrany trobar més d'un trastorn mental, ja que hi ha força comorbiditat entre els trastorns mentals relacionats amb traumatismes. Els símptomes més freqüents derivats de la tortura són les diverses manifestacions d'angoixa i de depressió. Sovint, aquesta simptomatologia es classifica en les categories d'angoixa i de trastorns depressius. Els dos sistemes de classificació més destacats són, d'una banda, la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10) de trastorns mentals i del comportament i, de l'altra, el *Manual de diagnòstic i estadística de trastorns mentals* (DSM-IV), de l'Associació Americana de Psiquiatria.^{13 14} Per obtenir les descripcions completes i les categories dels diagnòstics, el lector pot recórrer a la CIM-10 i al DSM-IV. Aquesta publicació se centra en els diagnòstics més freqüents relacionats amb els traumatismes: el trastorn per estrès posttraumàtic, la depressió profunda i els canvis de personalitat duradors.

a) *Trastorns depressius*

250. Els estats depressius són gairebé universals entre les víctimes de tortura. En el context de l'avaluació de les conseqüències de la tortura és problemàtic suposar que el trastorn per estrès posttraumàtic i la depressió profunda són dues malalties diverses amb etiologies clarament diferenciables. Entre els trastorns depressius podem trobar la depressió major, els episodis aïllats i les depressions recurrents (més d'un episodi). Els trastorns depressius també poden anar acompanyats de manifestacions psicòtiques, catatòniques, melancòliques o atípiques. Segons el DSM-IV, perquè es pugui fer el diagnòstic d'episodi de depressió major, és necessari que durant un mateix període de dues setmanes persisteixin conjuntament un mínim de cinc dels símptomes esmentats a continuació i que representin un canvi respecte a l'estat anterior del pacient (almenys un dels símptomes ha de ser un estat d'ànim depressiu o una pèrdua d'interès o de plaer): 1) estat d'ànim depressiu; 2) clara manca d'interès o de plaer en totes o quasi totes les activitats; 3) pèrdua de pes o desordres de la gana; 4) insomni o hipersòmia; 5) agitació o retard psicomotor; 6) fatiga o pèrdua d'energia; 7) sensació d'inutilitat o sentiment de culpa excessiu o inadequat; 8) reducció de la capacitat de pensament o de concentració, i 9) idees recurrents de mort o de suïcidi. Per a formular aquest diagnòstic, cal que els símptomes produeixin una angoixa considerable o que pertorbin la vida social o professional del pacient, que no obeeixin a un trastorn fisiològic i que no s'expliquin en el marc d'un altre diagnòstic del DSM-IV.

b) *Trastorn per estrès posttraumàtic*

251. El diagnòstic que més sovint s'associa a les conseqüències psicològiques de la tortura és el trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT). Últimament s'ha estès molt l'associació entre la tortura i aquest diagnòstic entre els agents de la salut, els tribunals d'immigració i el públic no especialitzat. Això ha creat la impressió errònia i simplista que el TEPT és la principal conseqüència psicològica de la tortura.

252. La definició que dona el DSM-IV del TEPT es basa sobretot en la presència de trastorns de la memòria amb relació al trauma, com ara records intrusius, malsons i incapacitat de recordar aspectes importants del trauma. L'individu pot ser incapaç de recordar amb precisió detalls específics de la tortura, però ben segur que sí que pot recordar els aspectes principals de l'experiència. Per exemple, la víctima pot recordar que ha estat violada diverses vegades però no pot donar-ne les dates exactes, els llocs i els detalls sobre l'entorn o els seus torturadors. En aquestes circumstàncies, la incapacitat de recordar detalls concrets reforça, més que no pas debilita, la credibilitat de la narració del torturat. Els aspectes principals de la història de segur que mantenen la coherència en les diferents entrevistes. El diagnòstic que dona la CIM-10 del TEPT és molt semblant a la del DSM-

¹³ ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT. *La Clasificación CIE-10 de Trastornos Mentales y del Comportamiento y Directrices para el Diagnóstico*. Ginebra: 1994.

¹⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4a ed. Washington, D.C.: 1994.

IV, segons el qual, el TEPT pot ser agut, crònic o diferit. Els símptomes poden durar més d'un mes i el trastorn pot causar una angoixa considerable o un deteriorament en el funcionament de la víctima. Per a diagnosticar el trastorn per estrès posttraumàtic, cal que la víctima hagi estat exposada a un esdeveniment traumàtic que inclogui experiències amenaçadores per a la seva vida o per a la d'altri i hagi causat por, desesperança o horror intensos. Els pacients amb TEPT tornen a experimentar aquest esdeveniment de manera persistent com a mínim d'una d'aquestes maneres: o bé amb records intrusius angoixants, malsons angoixants recurrents, angoixa psicològica intensa davant de l'exposició a records de l'esdeveniment, reaccions fisiològiques en veure's exposat a situacions semblants o de simbologia semblant a l'esdeveniment, o bé actuarà o se sentirà —amb al·lucinacions, records sobtats i il·lusions— com si l'esdeveniment tornés a produir-se.

253. De segur, el pacient demostra de manera persistent que evita els estímuls associats a l'esdeveniment traumàtic o presenta un amortiment general de la reactivitat, cosa provocada per l'acumulació d'un mínim de tres dels següents signes: 1) esforços per evitar pensaments, sentiments o converses associades al trauma; 2) esforços per evitar activitats, llocs o persones que li recordin el trauma; 3) incapacitat de recordar algun aspecte important de l'esdeveniment; 4) disminució de l'interès per activitats importants; 5) separació o distanciament dels altres; 6) disminució de l'afectivitat, i 7) desesperança quant al futur. Una altra raó per a diagnosticar el TEPT segons el DSM-IV és la persistència de símptomes d'excitació que no hi eren abans del trauma, tal com indica la coexistència de dos dels signes següents: dificultats per a agafar el son o mantenir-lo, irritabilitat o brots de còlera, dificultats per a la concentració, hipervigilància i reaccions sobtades exagerades.

254. Els símptomes del TEPT poden ser crònics o fluctuar durant llargs períodes de temps. Durant alguns intervals, el quadre clínic està dominat pels símptomes d'excitabilitat i irritabilitat. En aquests moments, el pacient, sovint experimenta un augment dels records intrusius, dels malsons i dels records sobtats. En altres moments la víctima pot presentar-se relativament asimptomàtica o coaccionada i tancada emocionalment. Convé recordar que el fet de no complir els criteris del diagnòstic del TEPT no vol dir que no hi hagi hagut tortura. Segons la CIM-10, en una certa proporció de casos, el TEPT pot evolucionar crònicament durant uns quants anys amb transicions eventuals cap a un canvi de personalitat durador.

c) Canvi de personalitat durador

255. Després d'un estrès catastròfic o prolongat de caràcter extrem, pot ser que hi hagi persones que, sense que mai no hagin patit cap trastorn de personalitat, ara en comencin a patir un. Entre els tipus d'estrès extrem que poden canviar la personalitat hi figuren les experiències en camps de concentració, les catàstrofes, la captivitat prolongada amb la possibilitat imminent de ser assassinat, l'exposició a situacions que amenacen la vida —com ara ser víctima del terrorisme— i la tortura. Segons la CIM-10, el diagnòstic d'un canvi de personalitat durador s'ha de fer només quan hi hagi proves d'un canvi evident, significatiu i persistent en la manera que la víctima té de percebre, parlar o pensar sobre el seu entorn o sobre si mateix, i que estigui associat a comportaments inflexibles i de mala adaptació que no es manifestaven abans de l'experiència traumàtica. El diagnòstic exclou els canvis que són una manifestació d'un altre trastorn mental o un símptoma residual d'altres trastorns mentals previs, com també els canvis de personalitat i de comportament a causa d'una malaltia, una disfunció o un dany cerebral.

256. Per tal de fer el diagnòstic de canvi de personalitat durador d'acord amb la CIM-10 després d'una experiència catastròfica, és necessari que els canvis de la personalitat es mantinguin durant un mínim de dos anys després de l'exposició a l'estrès catastròfic. La CIM-10 especifica que l'estrès ha de ser tan extrem que "no sigui necessari prendre en consideració la vulnerabilitat personal per explicar-ne els efectes profunds sobre la personalitat". Aquest canvi de personalitat es caracteritza per una actitud hostil o desconfiada cap al món, i també per la marginació social, els sentiments de buidor o de desesperança, una impressió crònica de "no poder més" —com si s'estigués constantment amenaçat—, i distanciament.

d) Abús de substàncies tòxiques

257. Els clínics han observat que, com a conseqüència de la tortura, les víctimes sovint cauen en l'abús de l'alcohol i de les drogues per tal d'oblidar els records traumàtics, regular els afectes desagradables i controlar l'angoixa. Tot i que és normal la comorbiditat entre el trastorn per estrès posttraumàtic i altres trastorns, s'han fet poques investigacions sistemàtiques sobre l'abús de substàncies tòxiques per part dels qui han sobreviscut a la tortura. Entre les publicacions que podem trobar (que poden ser d'ajut), n'hi ha que inclouen les víctimes de tortura —com ara refugiats, presos de guerra i excombatents de conflictes armats— dins dels grups de població que han patit un trastorn per estrès posttraumàtic. Els estudis sobre aquests grups revelen que la prevalença d'abusos de substàncies tòxiques varia entre els diferents grups ètnics i culturals. Els antics presos de guerra amb trastorns per estrès posttraumàtic estan més exposats a l'abús de substàncies tòxiques, i els excombatents presenten índexs elevats de coexistència del trastorn per estrès posttraumàtic i l'abús d'aquestes mateixes substàncies.^{15 16 17 18 19 20 21}
²² En resum, s'ha comprovat, en d'altres grups de població amb alt risc de patir trastorns per estrès posttraumàtic, que l'abús de substàncies és sovint un diagnòstic comòrbid potencial en víctimes de tortura.

e) Altres diagnòstics

258. Tal com s'especifica al catàleg de símptomes descrit més amunt, a més del trastorn per estrès posttraumàtic hi ha altres diagnòstics que cal tenir en compte, com ara el trastorn depressiu profund i el canvi persistent de personalitat. Entre els altres diagnòstics possibles hi ha:

i) ansietat generalitzada, que es caracteritza per una angoixa i una preocupació excessives per una gran varietat d'esdeveniments o activitats, una tensió motriu i un augment de l'activitat del sistema autònom;

ii) el trastorn de pànic es manifesta en atacs recurrents i inesperats de por intensa o incomodat, amb símptomes de sudoració, ofec, tremolors, acceleració del ritme cardíac, mareigs, nàusees, calfreds o fogots;

iii) el trastorn d'estrès agut presenta essencialment els mateixos símptomes que el trastorn per estrès posttraumàtic, però es diagnostica durant el primer mes després de l'exposició a l'experiència traumàtica;

iv) trastorns somatoforms (símptomes físics que no s'expliquen per cap patologia mèdica);

v) trastorns bipolars amb episodis maníacs o hipomaníacs que van acompanyats d'un estat d'ànim elevat, expansiu o irritable, deliris de grandiositat, reducció de la necessitat de dormir, fuga d'idees, agitació psicomotriu

15 FARIAS, P.J. "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample". *Culture Medicine and Psychiatry*, 15 1991, pàg. 167-192.

16 DADFAR, A. "The Afghans: bearing the scars of a forgotten war". A: MARSELLA, A. [et al.]. *Amidst peril and pain*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1994.

17 BEEBE, G.W. "Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners, II: morbidity, disability, and maladjustments". *American Journal of Epidemiology*, 101 1975, pàg. 400-422.

18 ENGDahl, B.E. [et al.] "The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war". [En revisió]

19 KEANE, T.M.; WOLFE, J. "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies". *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21, 1) 1990, pàg. 1776-1788.

20 KULKA, R.A. [et al.]. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Nova York: Brunner/Mazel, 1990.

21 JORDAN, K. [et al.]. "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls". *Archives of General Psychiatry*, 48(3) 1991, pàg. 207-215.

22 SHALEV, A.Y.; BLEICH, A.; URSANO, R.J. "Post-traumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance". *Psychosomatics*, 31(2) 1990, pàg. 197-203.

i fenòmens psicòtics associats;

vi) trastorns causats per un procés mèdic general, que amb freqüència adopten la forma d'un trastorn cerebral amb fluctuacions o dèficits en el nivell de consciència, orientació, atenció, concentració, memòria i funcionament executiu;

vii) fòbies com la fòbia social i l'agorafòbia.

C. L'avaluació psicològica/psiquiàtrica

1. Observacions ètiques i clíniques

259. Les avaluacions psicològiques poden aportar proves fonamentals d'abusos en el marc de les enquestes sobre al·legacions de tortura, entre altres raons perquè sovint aquesta pràctica provoca símptomes psicològics devastadors; perquè, la majoria de cops, els mètodes estan pensats per no deixar marques físiques, i també perquè els mètodes físics de tortura poden deixar empremtes físiques que desapareixen o que són inespecífiques.

260. Les avaluacions psicològiques aporten proves ben útils en el marc de les investigacions relatives als drets humans, dels exàmens medicolegals, de les sol·licituds d'asil polític i del coneixement de les pràctiques locals de tortura. També poden ser d'utilitat per a la identificació de les necessitats terapèutiques de les víctimes i per a determinar les condicions en què s'han pogut obtenir declaracions falses. L'objectiu general de les avaluacions psicològiques consisteix a avaluar el grau de coherència que hi ha entre el testimoniatge de l'individu i els signes psicològics que es poden observar durant l'avaluació. Amb aquest fi, l'avaluació ha de donar una descripció detallada de la història de l'individu, un examen del seu estat mental, una avaluació del seu funcionament social i una formulació de les impressions clíniques (vegeu els cap. III, secció C, i IV, secció E). Sempre que calgui, s'ha de fer un diagnòstic psiquiàtric. Com que els símptomes psicològics són força comuns entre les víctimes, és molt recomanable que les investigacions sobre les al·legacions de tortura incloguin una avaluació psicològica.

261. En avaluar l'estat psicològic de la víctima i formular un diagnòstic clínic, sempre cal prendre en consideració el context cultural. Per a l'entrevista i la formulació de la impressió clínica i de les conclusions, és molt important conèixer els síndromes específics de la cultura del pacient i les expressions d'angoixa vehiculades pel llenguatge nadiu amb què es comuniquen els símptomes. Si l'entrevistador no té un bon coneixement del medi cultural de la víctima, és essencial la presència d'un intèrpret. Teòricament, un intèrpret del país de la víctima en coneix la llengua, els costums, les tradicions religioses i altres creences que cal tenir en compte durant la investigació. L'entrevista pot despertar la por i la desconfiança de la víctima, i pot ser que li recordi els interrogatoris anteriors. Per tant, per reduir els efectes d'un segon trauma, el clínic ha de donar una imatge de comprensió de les experiències i del rerefons cultural de l'individu. En aquest cas, convé no adoptar l'estricta *neutralitat clínica* que s'utilitza en algunes formes de psicoteràpia, en les quals el clínic pren un paper passiu i gairebé no parla. Cal fer veure al pacient que el clínic és un aliat seu i adoptar una actitud de suport i d'abstenció de qualsevol judici.

2. El procés de l'entrevista

262. El clínic ha de començar l'entrevista explicant detalladament quins procediments seguirà (les preguntes que formularà sobre els antecedents psicosocials, incloent-hi el desenvolupament de la tortura i el funcionament psicològic actual), cosa que prepara el pacient per a les difícils reaccions emocionals que poden provocar aquelles preguntes. Convé que l'entrevistat pugui demanar, en qualsevol moment, una pausa o una interrupció de l'entrevista; fins i tot ha de poder demanar de marxar si l'estrès li resulta insuportable, amb la possibilitat d'acordar una propera cita. El clínic ha de ser sensible i empàtic en la manera de formular les preguntes i alhora romandre sempre objectiu en l'avaluació clínica. També ha de ser conscient de les seves possibles reaccions personals

davant del pacient i no deixar que les descripcions de tortura influeixin les percepcions i els judicis propis.

263. El procés de l'entrevista pot fer recordar a la víctima els interrogatoris que va patir durant la tortura. Així, poden aparèixer forts sentiments negatius contra el clínic, com ara por, ràbia, rebuig, indefensió, confusió, pànic o odi. El clínic ha de permetre que s'expressin i s'expliquin aquests sentiments i expressar comprensió davant la complicada situació del pacient. A més, s'ha de tenir en compte la possibilitat que la persona estigui encara perseguida o oprimida. Quan sigui necessari, cal evitar les preguntes sobre activitats clandestines. També és important prendre en consideració les raons perquè es procedeix a l'avaluació clínica, ja que determinaran el nivell de confidencialitat que l'expert ha de respectar. Si l'avaluació de la fiabilitat d'un informe de tortura d'un pacient ha estat sol·licitada dins el marc d'un procés judicial iniciat per una autoritat oficial, cal avisar la persona que aquest context implica l'aixecament de la confidencialitat mèdica pel que fa a totes les dades de l'informe. En canvi, si la sol·licitud d'avaluació psicològica prové de la mateixa víctima, l'expert ha de respectar aquesta confidencialitat.

264. Els clínics que facin avaluacions físiques o psicològiques han de conèixer les possibles reaccions emocionals que susciten les avaluacions de traumes greus en l'entrevistat i també en l'entrevistador. Aquestes reaccions són conegudes amb el nom de *transferència* i *contratransferència*. Entre les reaccions emocionals típiques que experimenten els qui han sobreviscut a la tortura —especialment quan se'ls demana que expliquin o recordin detalls del trauma— hi ha la desconfiança, la por, la vergonya, la ràbia i el sentiment de culpabilitat. S'anomena *transferència* el conjunt d'emocions que té un pacient envers el clínic i que estan relacionades amb les experiències passades, tot i que cal no interpretar que van dirigides personalment al metge. D'altra banda, la reacció emocional del clínic envers la víctima de tortura, coneguda com a *contratransferència*, pot influir l'avaluació psicològica. D'aquesta manera, la transferència i la contratransferència són interdependents i interactives.

265. El possible impacte de les reaccions de transferència sobre el procés d'avaluació es fa palès si tenim en compte que una entrevista o una examinació que comportin explicar i recordar els detalls d'un fet traumàtic provoca l'exposició a records, pensaments i sentiments angoixants i indesitjables. Per tant, encara que la víctima de tortura autoritzi una avaluació amb l'esperança de beneficiar-se'n, l'exposició resultant pot fer-li reviure aquesta mateixa experiència. Aquest fet pot incloure els fenòmens que s'expliquen a continuació.

266. El pacient pot interpretar les preguntes de l'avaluador com una coacció forçada equivalent a un interrogatori. Pot témer que l'avaluador obeeixi a motivacions escopofíliques o sàdiques i preguntar-se coses com ara "Per què m'obliga a revelar fins als detalls més terribles del que m'ha passat? Per què ha de triar escoltar històries com les meves per guanyar-se la vida, una persona normal? L'avaluador deu tenir alguna motivació estranya". També hi poden intervenir prejudicis contra l'avaluador per no haver estat mai detingut i torturat. Tot això pot fer que el subjecte senti que l'avaluador és a la banda de l'enemic.

267. L'avaluador és vist com una persona en posició d'autoritat —cosa que sovint és així— i per això, de vegades, potser no se li confien alguns aspectes del fet traumàtic. D'altres vegades, com passa sovint en el cas de les víctimes encara detingudes, el subjecte confia massa en situacions en què l'entrevistador no pot garantir que no hi hagi represàlies. Cal prendre totes les precaucions possibles per assegurar-se que els presos no s'exposen a riscos innecessaris en confiar ingènuament que algú de fora els protegirà. Les víctimes de tortura poden témer que la informació revelada en el context d'una avaluació no es pugui salvaguardar dels governs persecutors. La por i la desconfiança poden ser especialment agudes en casos en què, en la tortura del pacient, hi hagin participat metges o altres agents de salut.

268. En moltes circumstàncies, l'avaluador és membre de l'ètnia i cultura majoritàries, mentre que el pacient, en el moment de l'entrevista, pertany a una cultura o grup minoritaris. Aquesta desigualtat pot enfortir el desequilibri de poder que el pacient percep i el real, a més de fer augmentar la por, la desconfiança i el sentiment de submissió forçada en la víctima. En alguns casos, especialment amb pacients detinguts, aquesta desigualtat està més relacionada amb l'intèrpret que no pas amb l'avaluador. Per això és millor que l'intèrpret vingui de fora, en comptes de ser reclutat localment, de manera que pugui ser considerat per totes dues parts com algú tan independent com

el mateix investigador. Per descomptat, no és convenient utilitzar com a intèrpret un membre de la família, ja que les autoritats el podrien pressionar per descobrir les converses de l'avaluació.

269. Si l'avaluador i la víctima són del mateix sexe, és més fàcil que la víctima percebi l'entrevista com una situació semblant a la tortura més que no pas si són de sexes diferents. Per exemple, una dona violada o torturada a la presó per un guardià de sexe masculí sentirà més angoixa, desconfiança i por en trobar-se amb un avaluador masculí que no pas si ha de tractar amb una entrevistadora. El mateix pot passar amb homes que han viscut la situació inversa, ja que es poden avergonyir de donar detalls de les seves vivències a una avaluadora. L'experiència ha demostrat que, especialment en casos de víctimes detingudes, en totes les societats —tret de les més tradicionals i fonamentalistes, en què un home mai no pot entrevistar i, ni molt menys, examinar una dona—, més que no pas el sexe de l'entrevistador, els pacients valoren que sigui un metge a qui puguin adreçar preguntes concretes, fins i tot en cas de violació. Hi ha hagut casos de víctimes de violació que no han volgut dir res a investigadores que no són metges i han demanat de parlar amb un metge, sigui home o dona, per poder-li fer preguntes concretes sobre medicina. Les preguntes més freqüents són sobre les possibles seqüeles, com ara l'embaràs, la capacitat de tenir fills més endavant o el futur de les relacions sexuals en la parella. En el context de les avaluacions amb finalitats legals, el fet de no parar prou atenció als detalls i a la precisió de les preguntes és vist pels pacients com un signe de desconfiança o de dubte per part de l'examinador.

270. A causa de les pressions psicològiques esmentades anteriorment, les víctimes poden tornar a quedar traumatitzades i veure's aclaparades pels records i, com a resultat, utilitzar o mobilitzar defenses, cosa que derivaria cap a una profunda retracció i cap a una indiferència afectiva en el curs de l'examen o de l'entrevista. Per a la preparació de l'informe, aquest comportament comporta dificultats afegides, ja que les víctimes es poden veure incapacitades per a comunicar la seva història i les seves aficcions actuals de manera efectiva, tot i que els pugui resultar beneficiós.

271. Les reaccions de contratransferència solen ser inconscients, i és precisament això el que pot plantejar problemes. És normal sentir-se afectat en escoltar individus parlant de les tortures que han patit —tot i que aquests sentiments puguin interferir amb l'eficàcia del clínic—, però si són entesos correctament poden servir-li de guia. Metges i psicòlegs implicats en l'avaluació i el tractament de víctimes de tortura coincideixen en el fet que el coneixement i la comprensió de les reaccions típiques de contratransferència són fonamentals, ja que poden limitar considerablement la capacitat d'avaluar i documentar les conseqüències físiques i psicològiques de la tortura. Per a informar correctament sobre la tortura i altres formes de maltractaments, cal entendre les motivacions personals que porten a treballar en aquest sector. Hi ha un acord segons el qual els professionals que habitualment fan aquest tipus d'exploracions han d'estar sota un seguiment i rebre suport personal de companys amb experiència en aquest camp. Entre les reaccions més comunes de contratransferència trobem:

i) Evitació, retracció i indiferència defensives com a reacció a l'exposició a material pertorbador. Això pot facilitar que s'oblidin detalls o que es menystingui la gravetat de les conseqüències físiques o psicològiques.

ii) Desil·lusió, impotència, desesperança i sobreidentificació, que poden provocar símptomes de depressió o de trauma vicari, com ara malsons, angoixa i por.

iii) Omnipotència i sentiment de superioritat, cosa que porta l'individu a considerar-se un salvador, el més gran expert en traumes o l'última esperança de recuperació i benestar del pacient.

iv) Sentiments d'inseguretat sobre les aptituds professionals pròpies en encarar-se amb la gravetat de les històries. Això es pot manifestar com una manca de confiança en la pròpia capacitat per a fer justícia davant el pacient i una preocupació poc realista amb normes mèdiques idealitzades.

v) Sentiments de culpabilitat per no compartir les experiències de tortura i el patiment dels pacients o de responsabilitat del mal que els ha fet la societat. Tot plegat pot resultar en una visió clarament sentimental o

idealitzada de la víctima.

vi) La indignació i la ràbia cap als torturadors i els persecutors són normals, encara que poden anar en detriment de l'objectivitat si estan guiades per sentiments personals inconscients i, per tant, esdevenen cròniques o excessives.

vii) El fet d'estar exposat a alts nivells d'angoixa als quals no s'està acostumat pot provocar indignació o repugnància contra la víctima. Això també pot passar quan, en dubtar de la veracitat del testimoniatge, el metge se sent utilitzat per la víctima o quan el pacient prova de beneficiar-se d'una avaluació que documenta les conseqüències del suposat incident.

viii) Algunes de les diferències importants que hi ha entre els sistemes de valors culturals del clínic i els del pacient que —suposadament— ha estat torturat són la creença en estereotips de certs grups ètnics, les actituds de condescendència i el menysteniment del grau de desenvolupament o del nivell intel·lectual de l'individu. De la mateixa manera, si els clínics són membres del mateix grup ètnic que la víctima, pot sorgir una aliança no verbalitzada que també pot afectar l'objectivitat de l'avaluació.

272. La majoria de clínics està d'acord en el fet que moltes de les reaccions de contratransferència no són mers exemples de distorsió, sinó que són fonts importants d'informació sobre l'estat psicològic de la víctima de tortura. L'efectivitat del clínic pot quedar compromesa si la contratransferència és simulada en lloc de ser un motiu de reflexió. S'aconsella als clínics encarregats de l'avaluació i el tractament de la tortura que examinin les reaccions de contratransferència i que, sempre que puguin, es facin supervisar i assessorar per un company.

273. Les circumstàncies poden exigir que les entrevistes les faci un clínic que no pertanyi al mateix grup cultural o lingüístic que el pacient. Per a aquests casos hi ha dues estratègies possibles; cadascuna amb avantatges i desavantatges. La primera estratègia és servir-se de traduccions literals (paraula per paraula) per mitjà d'un intèrpret (vegeu el cap. IV, secc. I). L'altra estratègia és donar un enfocament bicultural a l'entrevista. Aquest enfocament consisteix a recórrer a un equip entrevistador format pel clínic investigador i un intèrpret per facilitar la interpretació lingüística i, alhora, explicar el significat cultural que es dona a certs esdeveniments, experiències, símptomes o expressions. Com que normalment els metges no identifiquen els factors culturals, religiosos i socials més importants, un intèrpret qualificat pot indicar-los-els i explicar-li'n la importància. Si l'entrevistador es basa estrictament en una interpretació literal, paraula per paraula, no podrà aprofitar al màxim aquest tipus d'interpretació meticulosa de la informació que rebí. D'altra banda, si es tria que els intèrprets indiquin els factors culturals, religiosos i socials més importants, és fonamental que no influeixin de cap manera sobre les respostes del torturat. Quan no s'utilitzi una traducció literal, el metge s'ha d'assegurar que les respostes de l'entrevistat, tal com les hi comunica l'intèrpret, representen exactament el que la persona ha dit, sense addicions ni supressions per part del mitjancer. Independentment de l'estratègia que s'adopti, en l'elecció d'un intèrpret cal prendre en consideració elements importants com ara la identitat i l'afiliació ètnica, cultural i política. Convé que la víctima confiï que l'intèrpret entén bé el que li diu i pugui comunicar-ho amb exactitud al clínic investigador. En cap cas no es pot permetre que l'intèrpret faci de funcionari encarregat de l'aplicació de la llei ni de treballador del govern. A fi de respectar la intimitat, tampoc no es pot utilitzar com a intèrpret cap membre de la família. L'equip investigador ha d'escollir un intèrpret independent.

3. Components de l'avaluació psicològica/psiquiàtrica

274. La introducció ha d'esmentar l'entitat que envia el pacient, un resum de les fonts col·laterals (per exemple, registres mèdics, jurídics i psiquiàtrics) i una descripció dels mètodes d'avaluació utilitzats (entrevistes, inventaris de símptomes, llistes de control i proves neuropsicològiques).

a) Relat acurat dels esdeveniments

275. S'han de fer tots els esforços possibles per obtenir un relat complet dels actes de tortura, persecucions i altres experiències traumàtiques importants (vegeu el cap. IV, secc. E). Aquesta part de l'avaluació sol ser esgotadora per a la persona avaluada i, per tant, pot ser necessari dividir-la en diverses sessions. L'entrevista ha de començar amb un resum general dels esdeveniments abans de començar a obtenir detalls de les experiències de tortura. Cal que l'entrevistador conegui les qüestions legals pertinents, ja que seran les que determinaran la natura i la quantitat d'informació necessària per a poder documentar correctament els fets.

b) *Estat psicològic actual*

276. La determinació del funcionament psicològic del pacient després de la tortura forma el nucli de l'avaluació. Com que els presos de guerra brutalment maltractats i les víctimes de violació presenten una prevalença prolongada de trastorn per estrès posttraumàtic entre un 80% i un 90%, cal formular preguntes concretes relatives a les tres categories del DSM-IV de trastorn per estres posttraumàtic (reexperimentació de l'esdeveniment traumàtic, conductes d'evitació i amortització, incloent-hi amnèsia i excitació)^{2324, 25}. S'han de descriure detalladament els símptomes afectius, cognoscitius i del comportament de la víctima i s'ha d'especificar la freqüència —amb exemples— de malsons, al·lucinacions i reaccions sobtades. L'absència de símptomes pot derivar o bé de la natura episòdica —o sovint diferida— del trastorn per estrès posttraumàtic, o bé de la negació dels símptomes per vergonya.

c) *Situació general després de la tortura*

277. Aquesta part de l'avaluació psicològica intenta obtenir informació sobre les circumstàncies de la vida actual del pacient. És important investigar les fonts d'estrès actuals, com per exemple la separació o la pèrdua de persones estimades, la fugida del país d'origen o la vida a l'exili. A més, l'entrevistador també ha d'investigar la capacitat de la víctima de ser productiva, de guanyar-se la vida o d'ocupar-se de la família, com també els recursos socials de què disposa.

d) *Situació general abans de la tortura*

278. Si és necessari, cal descriure la infantesa de la víctima, l'adolescència, l'entrada en la vida adulta, l'entorn familiar, els antecedents de malalties a la família i la composició familiar. També s'ha de fer una descripció de l'escolaritat del pacient, de la vida laboral, de possibles traumes en el passat —com ara abusos durant la infantesa, traumes per guerres o violència domèstica— i del seu entorn cultural i religiós.

279. La descripció dels traumes previs és important a l'hora d'avaluar quin era l'estat de salut mental i el nivell de funcionament psicosocial de la víctima abans dels esdeveniments traumàtics. D'aquesta manera, l'entrevistador pot comparar l'estat de salut mental actual amb el d'abans de la tortura. En avaluar els antecedents de la víctima, l'entrevistador ha de tenir en compte que la duració i la gravetat de les reaccions al trauma es veuen afectades per molts factors. Alguns d'aquests factors són, entre d'altres, les circumstàncies de la tortura; la manera en què la víctima la percep i la interpreta; el context social abans, durant i després de la tortura; els recursos de la comunitat i dels amics; els valors i les actituds respecte a les experiències traumàtiques; els factors polítics i culturals; la severitat i la duració dels esdeveniments traumàtics; la vulnerabilitat genètica i biològica; la fase de desenvolupament i l'edat de la víctima, i els traumes i la personalitat anteriors a la tortura. En molts casos, a

23 ROTHBAUM, B.O. [et al.]. "A prospective examination of post-traumatic stress disorder rape victims". *Journal of Traumatic Stress*, 5 1992, pàg. 455-475.

24

25 SUTKER, P.B.; WINSTEAD, D.K.; GALINA, Z.H. "Cognitive deficits and psycho-pathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict". *American Journal of Psychiatry*, 148 1991, pàg. 62-72.

causa de limitacions de temps i d'altres problemes, pot ser difícil d'obtenir, tota aquesta informació. Tanmateix, és important obtenir prou dades sobre l'estat mental i el funcionament psicosocial anteriors del pacient amb l'objectiu de poder fer-se una idea de fins a quin punt la tortura ha contribuït a desenvolupar problemes psicològics.

e) *Història clínica*

280. La història clínica resumeix les condicions de salut anteriors al trauma, les condicions de salut actuals, els dolors a qualsevol part del cos, les queixes de tipus psicosomàtic, les medecines utilitzades i els efectes secundaris, els aspectes importants de la història sexual, les intervencions quirúrgiques anteriors a la tortura i d'altres dades mèdiques (vegeu el cap. V, secc. B).

f) *Història psiquiàtrica*

281. Cal demanar al pacient quins antecedents de trastorns mentals o psicològics té, quina va ser la natura dels problemes i si va rebre tractament o va necessitar hospitalització psiquiàtrica. També cal demanar-li si ha fet mai un ús terapèutic de medecines psicotròpiques.

g) *Antecedents d'ús i abús de substàncies tòxiques*

282. El clínic ha de demanar al pacient si, abans o després de la tortura, ha consumit mai substàncies tòxiques, si hi ha hagut canvis en el tipus de consum i si en pren per vèncer l'insomni o altres problemes psicològics o psiquiàtrics. Aquestes substàncies no sols inclouen l'alcohol, el cànnabis i l'opi, sinó també les substàncies que es consumeixin de manera abusiva a la regió del pacient —com ara la nou de bètel, entre d'altres.

h) *Examen de l'estat mental*

283. L'examen de l'estat mental comença en el moment que el clínic coneix el pacient. L'entrevistador ha de prendre nota de l'aspecte de la persona, tenint en compte, per exemple, signes de malnutrició i de manca d'higiene, canvis en l'activitat motriu durant l'entrevista, l'ús de la llengua, el contacte ocular, la capacitat d'establir una relació amb l'entrevistador i els mitjans que utilitza per comunicar-se. En l'informe de l'avaluació psicològica cal fer-hi constar tots els aspectes de l'examen de l'estat mental, amb els següents components: aparença general, activitat motriu, llenguatge, estat d'ànim i afectivitat, contingut dels pensaments, procés mental, tendències suïcides o homicides i examen cognoscitiu (orientació, memòria de llarg terme, intermèdia i immediata).

i) *Avaluació de la funció social*

284. El trauma i la tortura poden afectar directament o indirecta la capacitat funcional de la persona. A més, la tortura pot provocar indirectament pèrdues de funcionament i invalideses si les conseqüències psicològiques de l'experiència alteren la capacitat del pacient de tenir cura d'ell mateix, de guanyar-se la vida, de mantenir la família o de seguir els estudis. El clínic ha d'avaluar el nivell actual de funcionament del pacient mitjançant preguntes sobre les activitats diàries, la funció social (mestressa de casa, estudiant, treballador, etc.), les activitats socials i recreatives i la pròpia percepció de l'estat de salut. L'entrevistador ha de demanar a l'individu que avalui el seu estat de salut, que parli de la presència o l'absència de la sensació de cansament crònic i que li comuniqui els possibles canvis en el funcionament general.

j) *Les proves psicològiques i l'ús de llistes de control i qüestionaris*

285. No hi ha gaires publicacions sobre l'ús de proves psicològiques (tests de personalitat projectius i objectius) en l'avaluació de les víctimes de tortura. A més, les proves psicològiques no tenen validesa transcultural. La combinació d'aquests factors limita la utilitat de les proves psicològiques per a l'avaluació de les víctimes de tortura. En canvi, les proves neuropsicològiques poden ser útils en casos d'avaluació de lesions cerebrals resultants de

la tortura (vegeu la secció C.4). Algú que ha sobreviscut a la tortura pot tenir problemes a l'hora d'expressar verbalment les seves experiències i els seus símptomes. En alguns casos, doncs, pot ser útil recórrer a llistes de control sobre esdeveniments traumàtics i símptomes. En els casos en què l'examinador cregui que poden ser útils, hi ha molts qüestionaris disponibles, tot i que no n'hi ha cap de concret per a les víctimes de tortures.

k) *Impressió clínica*

286. A l'hora de formular una impressió clínica per a l'informe sobre signes psicològics de tortura, cal fer-se les següents preguntes:

i) Els signes psicològics concorden amb l'informe de la suposada tortura?

ii) Els signes psicològics, constitueixen reaccions normals o típiques a l'estrès extrem en el context cultural i social de l'individu?

iii) Atesa l'evolució variable dels trastorns mentals relacionats amb el trauma, quin és el marc temporal amb relació als esdeveniments de la tortura? En quin punt del curs de recuperació és el pacient?

iv) Quins altres factors d'estrès afecten l'individu (per exemple, la persecució, la migració forçada, l'exili i la pèrdua de la família o de la funció social)? Quina repercussió tenen en l'individu?

v) Quins signes físics contribueixen al quadre clínic? Cal parar atenció sobretot als traumatismes cranials que s'han patit durant la tortura o la detenció.

vi) El quadre clínic, indica que hi pot haver una al·legació falsa de tortura?

287. El clínic ha de sospesar el grau de coherència entre els signes psicològics i determinar fins a quin punt tenen relació amb els suposats abusos. Cal descriure l'estat emocional i l'expressió de la persona durant l'entrevista, els símptomes, la narració de la detenció i la tortura i la història personal prèvia. També s'ha de prendre nota, d'una banda, de factors com ara el moment en què apareixen els símptomes específics relacionats amb el trauma, l'especificitat de tots els signes psicològics i les modalitats de funcionament psicològic; i de l'altra, de factors addicionals com ara la migració forçada, el fet de tornar-se a establir a un altre país, les dificultats d'aculturació, els problemes amb la llengua, la desocupació i la pèrdua de la llar, de la família o de la posició social. Cal avaluar i descriure la relació i la concordança entre els esdeveniments i els símptomes. Alguns elements físics, com per exemple els traumatismes cranials o les lesions encefàliques, a vegades requereixen una avaluació més detallada i pot ser que calgui una valoració neurològica o neuropsicològica.

288. Si l'individu té un conjunt de símptomes que es correspon amb un diagnòstic psiquiàtric del DSM-IV o de la CIM-10, cal especificar-lo (tenint en compte que es pot correspondre amb més d'un diagnòstic). També aquí s'ha de remarcar que, així com un diagnòstic de trastorn mental relacionat amb un trauma dóna suport a l'al·legació de tortura, el fet de no complir els criteris per a un diagnòstic psiquiàtric no constitueix una prova que no hi hagi hagut tortura. La víctima pot no tenir el conjunt de símptomes necessari per a complir els criteris de diagnòstic d'algun trastorn del DSM-IV o de la CIM-10. En aquests casos, com en tots els altres, els símptomes de la víctima i la història de la tortura que suposadament ha patit s'han de considerar un tot. El grau de coherència entre la història de la tortura i els símptomes de l'individu ha de ser avaluat i descrit en l'informe.

289. Cal tenir en compte que hi ha persones que fingeixen que han patit una tortura per diverses raons i que d'altres poden exagerar experiències relativament trivials per raons personals o polítiques. L'investigador n'ha de ser sempre conscient i mirar d'identificar les possibles raons d'aquesta exageració o invenció. El clínic, però, no pot oblidar que, per a poder fer aquest tipus d'invencions, el pacient ha de tenir un coneixement acurat de la simptomatologia relacionada amb els traumes; coneixement que no tothom té. Les declaracions poden

contenir incoherències per raons vàlides, com ara problemes de memòria derivats d'una lesió encefàlica, confusió, dissociació, diferències culturals en la percepció del temps o fragmentació i repressió dels records traumàtics. Per a poder documentar correctament les proves psicològiques de la tortura, els clínics han de ser capaços d'avaluar les coherències i les incoherències de l'informe. Si l'entrevistador sospita que la declaració del pacient és una invenció, cal que fixi més entrevistes per poder esclarir les incoherències de l'informe. A més, cal no oblidar que els familiars o amics també poden corroborar alguns detalls de la història. Si el clínic, després dels exàmens addicionals, continua sospitant que és una invenció, haurà de remetre el pacient a un altre metge i demanar-li'n l'opinió. La sospita d'invenció ha de ser documentada amb l'opinió de dos metges.

l) Recomanacions

290. Les recomanacions que resultin de l'avaluació psicològica depenen del que es va plantejar en sol·licitar l'avaluació. Es poden fer recomanacions sobre la necessitat de rebre un tractament, sobre qüestions de tipus legal i judicial, sobre sol·licituds d'asil o sobre trasllats. Segons el cas, l'avaluador també pot recomanar exàmens complementaris —proves neuropsicològiques, per exemple—, tractaments mèdics o psiquiàtrics, mesures per tal de garantir la seguretat de l'individu o proposar l'acceptació de la seva sol·licitud d'asil.

4. Avaluació neuropsicològica

291. La neuropsicologia clínica és una ciència aplicada que estudia l'expressió de les disfuncions cerebrals en el comportament. L'avaluació neuropsicològica, en concret, s'ocupa de mesurar i classificar els trastorns del comportament associats a lesions cerebrals orgàniques. Des de fa molt de temps, es reconeix la utilitat d'aquesta disciplina a l'hora de diferenciar entre processos neurològics i psicològics, i també a l'hora d'orientar el tractament i la rehabilitació de pacients que pateixen les conseqüències de lesions cerebrals de diversos nivells. Les avaluacions neuropsicològiques de víctimes de tortura no són gaire freqüents i fins avui no hi ha publicacions d'estudis d'aquest tipus. Per tant, a continuació només s'exposen alguns principis generals que poden ajudar els agents de la salut a entendre la utilitat i les indicacions de l'avaluació neuropsicològica de pacients suposadament torturats. Abans d'exposar aquestes qüestions, però, és essencial conèixer les limitacions de l'avaluació neuropsicològica en aquest grup de població.

a) Limitacions de l'avaluació neuropsicològica

292. Hi ha una sèrie de factors comuns que dificulten l'avaluació de les víctimes de tortura en general i que ja s'han esmentat en altres apartats d'aquest manual. Aquests factors són aplicables tant a l'avaluació neuropsicològica com als exàmens mèdics o psicològics. Però, a banda d'aquests, l'avaluació neuropsicològica pot quedar limitada per altres factors, com ara la manca d'investigacions sobre víctimes de tortura, la dependència dels estudis poblacionals, les diferències culturals i lingüístiques i la retraumatització dels que han patit tortures.

293. Com ja s'ha esmentat anteriorment, hi ha molt poques publicacions sobre l'avaluació neuropsicològica de víctimes de tortura. Aquestes publicacions tracten diversos tipus de traumatismes cranials i l'avaluació neuropsicològica del trastorn per estrès posttraumàtic en general. Per tant, l'exposició següent i les posteriors interpretacions de l'avaluació neuropsicològica es basen necessàriament en l'aplicació de principis generals utilitzats en altres poblacions.

294. L'avaluació neuropsicològica tal com es practica i ha estat desenvolupada en les cultures occidentals es basa sobretot en un enfocament actuarial, que consisteix a comparar els resultats d'una sèrie de proves estandarditzades amb estudis poblacionals. Encara que les interpretacions amb referències a les normes de les avaluacions neuropsicològiques es poden complementar amb la tècnica de Luria d'anàlisi qualitatiu

—especialment quan la situació mèdica ho exigeix—, hi predomina l'ús de l'estratègia actuarial.^{2627, 28} A més, els resultats s'utilitzen sobretot o bé quan el deteriorament del cervell és lleuger o moderat —més que no pas quan és greu—, o bé quan es creu que els dèficits neuropsicològics són derivats d'un trastorn psiquiàtric.

295. Les diferències culturals i lingüístiques poden limitar considerablement la utilitat i l'aplicabilitat de l'avaluació neuropsicològica en les suposades víctimes de tortura. La validesa de les valoracions neuropsicològiques és qüestionable quan no es disposa de traduccions normalitzades de les proves o quan l'examinador no domina a fons l'idioma del pacient. En aquests casos, no es podrà aprofitar la part verbal i no se'n podrà extreure cap interpretació significativa. Això vol dir que només es podran utilitzar les proves no verbals, cosa que exclou la comparació entre les facultats verbals i les no verbals i, a més, dificulta l'anàlisi dels dèficits de lateralització (o de localització). Aquesta anàlisi, però, sol ser útil a causa de l'organització asimètrica del cervell, ja que l'hemisferi esquerre és el que normalment domina el discurs. Si no es disposa d'estudis poblacionals del grup cultural i lingüístic del pacient, l'avaluació neuropsicològica també tindrà una validesa dubtosa. El càlcul del coeficient intel·lectual és un dels punts de referència que permet als investigadors donar la perspectiva adient als resultats obtinguts en la prova neuropsicològica. Així, per exemple, en la població dels Estats Units, aquests càlculs s'obtenen sovint a partir de subsèries verbals utilitzant escales de Wechsler, especialment la subescala d'informació, ja que quan hi ha alguna deficiència cerebral orgànica, els coneixements adquirits tenen menys probabilitats de deteriorar-se que no pas les altres funcions i, a més, representen millor que altres mesures la capacitat d'aprenentatge anterior. El mesurament també pot basar-se en els antecedents d'escolaritat i de feina i en les dades demogràfiques. Evidentment, cap d'aquests dos casos no es pot aplicar a subjectes que pertanyin a grups dels quals encara no es disposa d'estudis poblacionals. Per tant, en aquests casos només es poden fer càlculs aproximats del funcionament intel·lectual anterior al trauma i, en conseqüència, pot ser difícil d'interpretar un trastorn neuropsicològic que no arribi a greu o moderat.

296. Les avaluacions neuropsicològiques poden tornar a traumatitzar el pacient torturat. Cal tenir molta cura en tots els tipus de procediment de diagnòstic per minimitzar la possible traumatització del pacient (vegeu el cap. IV, secc. H). Per esmentar només un exemple obvi específic de les proves neuropsicològiques, podria causar un greu traumatisme al pacient el fet de sotmetre'l a la tècnica normal de la bateria Halstead-Reitan, en concret la Prova de Funcionament Tàctil (TPT – *Tactual Performance Test*), i tapar els ulls al pacient tal com faríem amb qualsevol altre. Per a la majoria de víctimes de tortura a qui es va tapar els ulls durant la detenció i la tortura —i, en alguns casos, fins i tot per a aquells a qui no se'ls va tapar—, seria molt traumatitzant viure l'estat d'indefensió d'aquest procediment. De fet, totes els tipus de proves neurològiques poden ser, per si mateixes, problemàtiques, independentment de l'instrument que s'utilitzi. El fet d'observar el pacient, de cronometrar-lo i d'exigir-li el màxim esforç en una tasca que desconeix —i encara més si li demanem que faci alguna acció— sense mantenir un diàleg previ pot resultar-li excessivament estressant o fer-li recordar l'experiència de tortura.

b) *Indicacions de l'avaluació neuropsicològica*

297. En avaluar deficiències de comportament en possibles víctimes de tortura, hi ha dues indicacions principals de l'avaluació neuropsicològica: la lesió cerebral i el trastorn per estrès posttraumàtic amb diagnòstics afins. Mentre que totes dues sèries de condicions se solapen en alguns aspectes i sovint coincideixen, només la primera representa una aplicació típica i tradicional de la neuropsicologia clínica, i en canvi la segona és una indicació relativament nova, no gaire ben investigada i més aviat problemàtica.

298. Les lesions cerebrals i els danys que en resulten poden ser conseqüència de diversos tipus de traumatismes

26 LURIA, A.R.; MAJOVSKI, L.V. "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology". *American Psychologist*, 32(11) 1977, pàg. 959-968.

27

28 IVNIK, R.J. "Overstatement of differences". *American Psychologist*, 33(8) 1978, pàg. 766-767.

cranials i trastorns metabòlics patits durant períodes de persecució, detenció i tortura. Pot tractar-se de ferides de bala, enverinament, malnutrició per inanició o ingestió forçada de substàncies perilloses, efectes d'hipòxia o anòxia a causa d'asfíxia o d'ofegament i, de manera més freqüent, de cops al cap durant les pallisses (sovint durant els períodes de detenció i tortura). Per exemple, en una mostra de víctimes de tortura, els cops al cap representaven la segona forma més citada de maltractament corporal (45%), per darrere dels cops al cos (58%).²⁹ El possible dany cerebral és, doncs, força alt entre els qui han sobreviscut a la tortura.

299. Les causes més freqüents d'anomalia neuropsicològica són probablement les lesions cranioencefàliques sense fractura que donen lloc a nivells lleus o moderats de lesions a llarg termini. Així com les ferides poden deixar cicatrius al cap, les lesions cerebrals no es poden detectar mitjançant les tècniques diagnòstiques per imatge del cervell. Hi ha professionals de la salut mental que menystenen o que no constaten danys cerebrals de caràcter lleu o moderat, ja que els símptomes de depressió i de trastorn per estrès posttraumàtic sovint són al primer pla del quadre clínic, la qual cosa fa que de vegades es pari menys atenció a les possibles conseqüències dels traumatismes cranials. En general, les víctimes tenen problemes amb l'atenció, la concentració i la memòria de curt terme, que poden resultar bé del deteriorament cerebral, bé del trastorn per estrès posttraumàtic. Com que aquestes queixes són freqüents entre els pacients que pateixen el trastorn per estrès posttraumàtic, de vegades ni tan sols es planteja la pregunta de si no són degudes a un traumatisme cranial.

300. En la fase inicial de l'examinació, el metge ha de basar-se en la història de traumatismes cranials que el pacient li comuniqui i en l'evolució de la simptomatologia. Pot ser útil, sobretot en el cas de pacients amb lesions cerebrals, la informació obtinguda de tercers, especialment de familiars. Cal recordar que sovint els pacients amb lesions cerebrals tenen grans dificultats a l'hora d'expressar o fins i tot d'observar les pròpies limitacions, ja que, per dir-ho així, són a l'*interior* del problema. En recollir unes primeres impressions pel que fa la diferència entre deficiència cerebral orgànica i trastorn per estrès posttraumàtic, un bon punt de partida és l'avaluació de la cronicitat dels símptomes. Si s'observa que els símptomes de reducció de l'atenció, concentració i memòria fluctuen al llarg del temps i s'alternen amb ansietat i depressió, és més probable que el quadre sigui degut al caràcter ondulatori del trastorn per estrès posttraumàtic. D'altra banda, si la deficiència sembla crònica, no fluctua i ho confirmen els membres de la família, cal tenir en compte la possibilitat que hi hagi una deficiència cerebral, fins i tot si en un primer moment no és clar que hi hagi un traumatisme cranial.

301. En el moment que se sospita que hi pot haver una deficiència cerebral orgànica, el primer pas que ha de fer el professional de la salut mental és el de considerar la conveniència de remetre el pacient a un metge perquè li faci un examen neurològic més acurat. Segons les primeres observacions, el metge consultarà un neuròleg o bé sol·licitarà proves de diagnòstic. Entre les opcions que cal tenir en compte hi ha un ampli reconeixement mèdic, una consulta neurològica especialitzada i una avaluació neuropsicològica. L'ús dels procediments d'avaluació neuropsicològica està indicat normalment quan hi ha una mancança de grans perturbacions neurològiques, quan els símptomes que comunica el pacient són de caràcter majoritàriament cognitiu o quan s'ha de fer un diagnòstic diferencial entre la lesió cerebral i el trastorn per estrès posttraumàtic.

302. La selecció de les proves i dels procediments neuropsicològics està sotmesa a les limitacions especificades anteriorment i, per tant, no pot seguir el format d'una bateria estàndard de proves, sinó que ha de ser més aviat una bateria específica segons cada cas que tingui en compte les característiques de cada individu. La flexibilitat que cal per a la selecció de proves i procediments exigeix que l'examinador tingui prou experiència, coneixements i prudència. Com ja ha estat dit anteriorment, la sèrie d'instruments que cal utilitzar sovint pot quedar limitada a les proves no verbals i les característiques psicomètriques de les proves estandarditzades poden quedar deteriorades quan els estudis poblacionals no siguin aplicables a un pacient determinat. L'absència de mesures verbals és una limitació molt important. Molts dels sectors del funcionament cognoscitiu s'expressen per mitjà del llenguatge i molt

29 TRAUER, H.C.; SCHWARZ-LANGER, G.; GURRIS, N.F. "Extremtraumatisierung durch Folter. Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer". *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1 1997, pàg. 41-62.

sovint es fan comparacions entre diverses mesures verbals i no verbals per arribar a conclusions relacionades amb la natura dels dèficits.

303. El que encara complica més el problema és el fet que, en els resultats de les proves no verbals, s'han trobat diferències importants entre els grups que pertanyen a cultures estretament relacionades. Per exemple, una investigació comparava, amb mostres aleatòries, el rendiment d'una comunitat de 118 persones grans de parla anglesa amb el d'una altra del mateix nombre de persones i de la mateixa franja d'edat de parla castellana basant-se en una breu bateria de proves neuropsicològiques.³⁰ Les mostres havien estat seleccionades de manera aleatòria i equiparades des del punt de vista demogràfic. Tanmateix, mentre que els resultats de les mesures verbals eren similars, els pacients castellanoparlants van obtenir resultats força inferiors en quasi totes les mesures no verbals. Aquests resultats indiquen que cal ser prudent a l'hora d'utilitzar mesures verbals i no verbals per avaluar individus no anglòfons si les proves estan preparades per a persones de parla anglesa.

304. La tria dels instruments i dels procediments en l'avaluació neuropsicològica de possibles víctimes de tortura s'ha de deixar a càrrec del clínic, que els ha de seleccionar d'acord amb les exigències i les possibilitats de la situació. Les proves neuropsicològiques no es poden aplicar de manera efectiva sense una bona formació i un ampli coneixement de les relacions entre el cervell i el comportament. A la bibliografia s'hi poden trobar llistes exhaustives de procediments i proves neuropsicològiques amb la seva correcta aplicació.³¹

c) *Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)*

305. Les observacions que s'han fet anteriorment demostren que és imprescindible anar amb molt de compte a l'hora de fer avaluacions neuropsicològiques de trastorn cerebral a presumptes víctimes de tortura. I encara s'ha d'anar més amb compte a l'hora de diagnosticar la presència del TEPT en presumptes víctimes mitjançant l'avaluació neuropsicològica. Fins i tot en avaluar la possibilitat que hi hagi TEPT en pacients per als quals es disposi d'estudis poblacionals, s'han de tenir en compte certes dificultats. El TEPT és un trastorn psiquiàtric que tradicionalment no ha estat l'objectiu principal de l'avaluació neuropsicològica. A més, el TEPT no s'ajusta al clàssic paradigma de l'anàlisi de lesions cerebrals identificables que pot ser confirmat amb tècniques mèdiques. La causa perquè cada cop s'utilitzin més els paradigmes neuropsicològics és, d'una banda, el fet que han anat guanyant importància i, de l'altra, la descoberta del funcionament dels mecanismes biològics que intervenen en els trastorns psiquiàtrics. Amb tot, tal com ha estat dit, "s'ha escrit relativament poc sobre el TEPT des d'una perspectiva neuropsicològica".³²

306. Hi ha una gran variabilitat entre les mostres utilitzades per a l'estudi de mesures neuropsicològiques en l'estrès posttraumàtic, cosa que respon a la variabilitat dels problemes cognitius notificats per aquests estudis. S'ha fet notar que "els estudis clínics indiquen que la majoria dels símptomes del TEPT se sobreposen en els camps neurocognitius de l'atenció, la memòria i el funcionament executiu". Sovint, això és coherent amb les queixes dels qui han sobreviscut a la tortura, que solen ser les dificultats de concentració i el fet de sentir-se incapaços de retenir informació i d'executar activitats planificades amb un objectiu concret.

307. Segons que sembla, els mètodes d'avaluació neuropsicològica poden identificar la presència de dèficits neurocognitius en el TEPT, malgrat que és més difícil determinar-ne l'especificitat. Hi ha estudis que han documentat la presència de dèficits en individus amb TEPT en ser comparats amb patrons normals, però no han

30 JACOBS, D.M. [et al.]. "Cross-cultural neuropsychological assesment: a comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adults". *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(3) 1997, pàg. 331-339.

31 SPREEN, O; STRAUSS, E. *A Compendium of Neuropsychological Tests*. 2a ed. Nova York: Oxford University Press, 1998.

32 KNIGHT, J.A. "Neuropsychological assessment in post-traumatic stress disorder". A: WILSON, J.P.; KEANE, T.M. [ed.]. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. Nova York: Guilford, 1997.

arribat a diferenciar aquests subjectes de patrons psiquiàtrics equiparats.^{3334, 35} En altres paraules, és probable que els dèficits neurocognitius revelats pels resultats de les proves siguin evidents en casos de TEPT, però insuficients per a diagnosticar aquest trastorn. Tal com passa en molts altres tipus d'avaluació, la interpretació dels resultats de les proves ha d'estar integrada en un context més ampli, tenint en compte la informació de l'entrevista i les possibles proves de personalitat. En aquest sentit, els mètodes específics d'avaluació neuropsicològica poden contribuir a la documentació del TEPT de la mateixa manera que poden contribuir a la documentació d'altres trastorns psiquiàtrics associats a dèficits neurocognitius coneguts.

308. Tot i que té limitacions importants, l'avaluació neuropsicològica pot ser útil per a avaluar persones que puguin patir una lesió cerebral i, alhora, per a distingir-la del TEPT. L'avaluació neuropsicològica també es pot utilitzar per avaluar símptomes específics, com ara problemes de memòria que acompanyen el TEPT i altres trastorns afins.

5. Els nens i la tortura

309. La tortura pot repercutir en un nen de manera directa o indirecta. L'impacte pot ser degut a la tortura o la detenció del nen, a la tortura dels pares o dels familiars pròxims o al fet de presenciar tortures i actes de violència. Quan es tortura a persones del seu entorn, l'impacte sobre el nen és inevitable, encara que sigui indirectament, ja que la tortura afecta tota la família i tota la comunitat de les víctimes. Va més enllà de l'objectiu d'aquest manual el fet de plantejar els efectes psicològics que la tortura pot tenir sobre els nens o donar pautes completes per a l'avaluació dels nens que han patit tortures. De tota manera, els punts més importants estan resumits a continuació.

310. Primerament, en avaluar un nen que pugui haver patit o presenciat actes de tortura, el metge s'ha d'assegurar que tingui el suport de les persones que l'atenen i que durant l'avaluació se senti segur, cosa que pot exigir la presència del pare, de la mare o d'algú de confiança. En segon lloc, el metge ha de prendre en consideració que els nens sovint no expressen verbalment els pensaments i les emocions referents al trauma, sinó que ho fan més aviat per mitjà del seu comportament.³⁶ Segons l'edat, el nivell de desenvolupament i altres factors —com la dinàmica familiar, les característiques de la personalitat i les normes culturals—, els nens poden verbalitzar els pensaments i les emocions en diferents graus.

311. Si un nen ha estat agredit físicament o sexualment, és important, en la mesura del possible, que sigui tractat per un expert en maltractaments infantils. L'examen genital dels nens, propens a ser viscut com a traumàtic, ha de ser dut a terme per metges amb experiència en la interpretació dels signes. De vegades convé enregistrar en vídeo l'examinació de manera que altres experts puguin opinar sobre els signes físics sense que el nen hagi de ser sotmès a una altra exploració. No s'han de fer exploracions genitals o anals completes sense anestèsia general. A més, l'examinador ha de tenir en compte que l'avaluació, per si mateixa, pot fer recordar l'agressió al nen, per la qual cosa pot arrencar a plorar de cop o descompensar-se psicològicament durant l'examen.

a) Observacions sobre el desenvolupament

312. Les reaccions d'un nen a la tortura depenen de l'edat, de la fase de desenvolupament i de les aptituds cognoscitives. Com més petit sigui el nen, més influència tindran les reaccions i actituds de les persones que se

33 DALTON, J.E.; PEDERSON, S.L.; RYAN, J.J. "Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance". *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11(3) 1989, pàg. 121-124.

34

35 GIL, T. [et al.]. "Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder". *Journal of Traumatic Stress*, 3(1) 1990, pàg. 29-45.

36 SCHLAR, C.; "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture", 1999. [inèdit]

n'ocupen sobre la seva experiència i comprensió de l'esdeveniment traumàtic.³⁷ Per als nens menors de tres anys que hagin patit o presenciats un acte de tortura, el paper protector i tranquil·litzador del seu entorn és essencial.³⁸ Normalment, la hiperexcitació és un element comú a totes les reaccions dels nens petits a les experiències traumàtiques, que van des de la inquietud, els trastorns del son i la irritabilitat fins a un augment de les reaccions sobtades i evitació. Els nens de més de tres anys tendeixen a retreure's i a refusar de parlar directament de l'experiència traumàtica. La capacitat d'expressió verbal augmenta amb el desenvolupament. Quan s'arriba a la fase operativa concreta (8-9 anys) es produeix un clar augment de l'expressió verbal, ja que el nen és capaç de donar una cronologia fidedigna dels esdeveniments. Durant aquesta fase es desenvolupen operacions concretes i les capacitats temporals i espacials.³⁹ Aquestes aptituds encara són fràgils i en general no és fins al començament de la fase operativa formal (12 anys) que el nen pot construir una narrativa coherent. En l'adolescència, els efectes de la tortura poden variar molt, atès que és un període de desenvolupament molt agitat. L'experiència de patir una tortura pot provocar canvis profunds en la personalitat de l'adolescent i acabar en un comportament antisocial.⁴⁰ Això no obstant, els efectes de la tortura sobre els adolescents poden ser semblants als que s'observen en nens més petits.

b) Observacions de caràcter clínic

313. També poden aparèixer en els nens els símptomes del trastorn per estrès posttraumàtic. Aquests símptomes poden ser similars als dels adults, tot i que el metge s'ha de fiar més de l'observació del comportament del nen que no pas de la seva expressió verbal.^{41 42 43 44} Si, per exemple, el nen reviu el trauma, ho pot manifestar per mitjà de jocs monòtons i repetitius que representin aspectes de l'esdeveniment traumàtic, o bé mitjançant records visuals dels esdeveniments dins o fora del joc, preguntes repetides o declaracions sobre l'esdeveniment traumàtic i malsons. El nen pot presentar enuresi nocturna, pèrdua del control de les evacuacions intestinals, marginació social, disminució de l'afectivitat, canvis d'actitud envers ell mateix o envers els demés, sensació de no tenir futur, hiperexcitació, por de nit, problemes a l'hora d'anar al llit, trastorns del son, reaccions sobtades, irritabilitat i trastorns considerables d'atenció i de concentració. Poden aparèixer pors i comportaments agressius que el nen no tenia abans de la situació traumàtica, com ara agressivitat cap als seus companys, cap als adults o cap als animals, por de la foscor, por d'estar sol al lavabo i fòbies. El nen pot manifestar un comportament sexual inadequat per la seva edat i reaccions somàtiques. També pot patir símptomes d'angoixa, com una por exagerada dels estranys, angoixa per separar-se dels pares, pànic, agitació, rebequeries i plors incontrolats. Per últim, també poden aparèixer problemes amb l'alimentació.

c) Paper de la família

314. La família té un paper dinàmic important en la persistència de la simptomatologia del nen. Pot ser que, per tal de preservar la cohesió en la família, apareguin alguns comportaments disfuncionals i la delegació de papers. Pot ser que determinats membres de la família, sovint els nens, adoptin el paper de malalt i, com a conseqüència, desenvolupin trastorns greus. Hi ha cops que se sobreprotegeix el nen o que se li amaguen esdeveniments

37 Overbeck Ottino, S. von. "Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre". *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 14 1998, pàg. 35-39.

38 GRAPPE, M. "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés". A: MORO, M.R.; LEBOVICI, S. [ed.]. *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*. París: PUF, 1995.

39 PIAGET, J. *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1977.

40 GRAPPE, M. "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés". A: MORO, M.R.; LEBOVICI, S. [ed.]. *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*. París: PUF, 1995.

41 TERR, L.C. "Childhood traumas: an outline and overview". *American Journal of Psychiatry*, 148 1991, pàg. 10-20.

42 NATIONAL CENTER FOR INFANTS, TODDLERS AND FAMILIES, *Zero to Three*. 1994.

43 SIRONI, F. "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique". *Enfances*, 4 1995, pàg. 205-215.

44 BAILLY, L. *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. París, ESF, 1996.

importants referents al trauma i, en altres casos, se li dóna el paper de progenitor i s'espera que sigui ell qui tingui cura dels pares. Quan el nen no és la víctima directa de la tortura, sinó que hi està relacionat indirectament, els adults tendeixen a menystenir l'impacte que aquesta pràctica té sobre la psique i el desenvolupament del nen. Quan els éssers que s'estima han estat perseguits, violats i torturats o quan ell mateix ha estat testimoni d'esdeveniments traumatitzants, pot concebre idees disfuncionals. Pot pensar, per exemple, que és el culpable d'aquells esdeveniments o que ha de suportar la càrrega dels pares. Aquest tipus de creences poden provocar, a llarg terme, sentiments de culpabilitat, conflictes de lleialtat i problemes amb el desenvolupament personal i amb la maduració cap a persona adulta independent.

Annex I

Principis de la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants¹

Alguns dels objectius de la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants (d'ara endavant tortures o altres maltractaments) són: esclarir els fets i establir i reconèixer la responsabilitat de les persones o dels estats davant les víctimes i les seves famílies; determinar les mesures necessàries per a impedir que es repeteixin els fets; facilitar el processament i, quan escaigui, el càstig per mitjà de sancions disciplinàries de les persones la responsabilitat de les quals hagi quedat determinada per la investigació, i demostrar la necessitat que l'estat ofereixi a la víctima una plena reparació, incloent-hi una indemnització financera justa i adequada i la subvenció dels mitjans per a obtenir atenció mèdica i rehabilitació.

Els estats han de vetllar perquè s'investiguin amb rapidesa i efectivitat les queixes o denúncies de tortures i maltractaments. Fins i tot quan no hi hagi una denúncia explícita, cal iniciar una investigació si hi ha altres indicis de tortura o maltractament. Els investigadors, que han de ser independents dels presumptes autors i de l'organisme al qual pertanyin, han de ser competents i imparcials. Han de tenir autoritat per a encarregar investigacions a metges imparcials o a d'altres experts, i també el dret d'accedir als resultats. Els mètodes emprats per dur a terme aquestes investigacions han de tenir el màxim nivell professional, i les conclusions s'han de fer públiques.

L'autoritat investigadora ha de tenir prou poder per a obtenir la informació necessària per a la investigació i té el deure d'utilitzar-lo.² Les persones que duguin a terme aquesta investigació han de disposar, d'una banda, de tots els recursos pressupostaris i tècnics necessaris per a una investigació eficaç i, de l'altra, de prou autoritat per a obligar els funcionaris presumptament implicats en tortures o maltractaments a comparèixer i prestar declaració. Aquesta autoritat ha de servir també per a citar testimonis —incloent-hi els funcionaris presumptament implicats— i ordenar la presentació de proves. Les presumptes víctimes de tortures o maltractaments, els testimonis, les persones encarregades de la investigació i tots els familiars han d'estar protegits d'actes de violència, d'amenaques o d'altres formes d'intimidació que puguin sorgir arran de la investigació. Els presumptes implicats en tortures o maltractaments han de ser destituïts de les posicions directes o indirectes de control o poder sobre els demandants, els testimonis i les seves famílies o sobre els qui duguin a terme les investigacions.

Les presumptes víctimes de tortura o maltractament i els seus representants legals han d'estar informats de les audiències que tinguin lloc i tenir-hi accés, de la mateixa manera que han de tenir accés a tota informació relativa a la investigació i n'han d'estar al corrent. També han de tenir el dret de presentar altres proves.

En els casos en què els procediments d'investigació establerts no siguin adequats a causa de la manca de competència tècnica, d'una possible manca d'imparcialitat, o per indicis de l'existència d'una conducta abusiva habitual o per altres raons, els estats han de vetllar perquè les investigacions es duguin a terme mitjançant una comissió independent o un procediment similar. Els membres d'aquesta comissió han de ser escollits segons la seva imparcialitat, competència i independència personals acreditades. En especial, han de ser independents dels presumptes culpables i de les institucions o organismes a què pertanyin. La comissió ha d'estar facultada per a obtenir tota la informació que necessiti i ha de dur a terme la investigació d'acord amb aquests principis.³

S'ha de redactar, en un període de temps raonable, un informe en el qual s'exposi l'abast de la investigació, els

¹ La Comissió de Drets Humans —en la Resolució 2000/43 del 20 d'abril del 2000— i l'Assemblea General —en la Resolució 55/89, del 4 de desembre del 2000— van demanar als governs de fer parar esment en aquests Principis i els van instar a considerar-los un instrument útil en les mesures que s'adoptin en contra de la tortura.

² Sota algunes circumstàncies, l'ètica professional exigeix que la informació sigui de caràcter confidencial, cosa que cal respectar.

³ V. la nota 133.

procediments i els mètodes emprats per avaluar les proves, com també les conclusions i les recomanacions basades en els fets i en la legislació aplicable. Un cop redactat, s'ha de fer públic. Cal fer-hi constar els esdeveniments que s'han descobert arran de la investigació i les proves en què es basen les conclusions, i cal enumerar els noms dels testimonis que hagin prestat declaració, llevat d'aquells la identitat dels quals no s'hagi de fer pública a fi de protegir-los. En un període de temps raonable, l'estat ha de respondre l'informe de la investigació i, quan escaigui, ha d'indicar les mesures que adoptarà.

Els experts mèdics que participin en la investigació de tortures o maltractaments s'han de comportar, en tot moment, d'acord amb les normes ètiques més estrictes i, en concret, han d'obtenir el lliure consentiment de la persona abans d'examinar-la. Els exàmens han de respectar les normes establertes per la pràctica mèdica. S'han de dur a terme en privat, sota control de l'expert mèdic i mai en presència d'agents de seguretat o d'altres funcionaris del govern.

L'expert mèdic ha de redactar tot seguit un informe precís que inclogui almenys els següents elements:

a) El nom del pacient i el nom i la filiació de tots els presents a l'examen; l'hora exacta, la data, la situació i el caràcter de l'avaluació, i l'adreça de la institució (quan sigui necessari, també l'habitació) on és duta a terme (per exemple, al centre de detenció, a la clínica o a casa). També s'hi han de fer constar les circumstàncies en què es troba el pacient en el moment de l'examen (per exemple, coaccions que hagi patit en arribar o durant l'examen, la presència de forces de seguretat durant l'examen, la conducta de les persones que acompanyen el detingut, possibles amenaces a l'examinador, etc.) i altres factors rellevants.

b) Una exposició detallada dels fets narrats pel pacient durant l'entrevista, incloent-hi els presumptes mètodes de tortura o maltractaments, el moment en què presumptament es van produir els actes de tortura o maltractaments i qualsevol símptoma físic o psicològic que la víctima afirmi que té.

c) Una descripció de tots els resultats obtinguts després de l'examen clínic, físic i psicològic, incloent-hi les proves de diagnòstic corresponents i, sempre que es pugui, fotografies en color de totes les lesions.

d) Una interpretació de la relació de probabilitat entre els símptomes físics o psicològics i les possibles tortures o maltractaments. També cal donar, si escau, una recomanació per a un tractament —mèdic o psicològic— o examinació posteriors.

e) A l'informe han de constar les persones que han dut a terme l'avaluació i les signatures corresponents.

L'informe ha de ser confidencial i se n'ha de comunicar el contingut al pacient o a qui el representi. S'ha de demanar l'opinió del pacient i del seu representant sobre el procés d'examinació i incloure-la en l'informe. També cal que sigui lliurat per escrit, quan escaigui, a l'autoritat encarregada d'investigar els presumptes actes de tortura o maltractaments. És responsabilitat dels estats vetllar perquè l'informe arribi als destinataris. Ningú no pot accedir a l'informe sense el consentiment de la víctima o sense l'autorització d'un tribunal competent.

Annex II

Proves de diagnòstic

Les proves de diagnòstic evolucionen constantment. Les que es descriuen a continuació es consideraven vàlides en redactar aquest manual, però sempre que es necessitin mitjans auxiliars de prova, els investigadors han d'intentar trobar les fonts d'informació més actualitzades, per exemple, posant-se en contacte amb algun centre especialitzat en la documentació de la tortura (vegeu el cap. V, secc. E).

1. Tècniques de diagnòstic per imatge

En la fase aguda d'un traumatisme hi ha diverses tècniques radiològiques que poden ser útils a l'hora d'obtenir informació addicional sobre lesions de l'esquelet i de teixits tous. Tanmateix, quan les lesions físiques produïdes per la tortura es guareixen, generalment les seqüeles deixen de ser detectables amb aquestes tècniques, fins i tot en casos en què el la víctima continua sentint força dolor o pateix una invalidesa a causa de les lesions. Ja s'ha fet referència a diversos estudis radiològics sobre l'exploració del pacient o en el context de les diferents formes de tortura. A continuació es presenta un resum de l'aplicació d'aquestes tècniques, tot i que la tecnologia més sofisticada i costosa no sempre és a l'abast de tothom —o, almenys, a l'abast d'una persona detinguda.

Entre els exàmens radiològics i de diagnòstic per imatge hi ha la radiografia tradicional (raigs X), l'escintil·lografia radioisotòpica, la tomografia axial computada o tomografia per ordinador (TAC), la ressonància magnètica nuclear (RMN) i la ultrasonografia, cadascuna amb avantatges i inconvenients. Els raigs X, l'escintil·lografia i la tomografia per ordinador es basen en radiacions ionitzants, cosa que pot representar un problema en el cas de dones embarassades i nens. La ressonància magnètica es basa en un camp magnètic. En teoria, podria tenir efectes biològics sobre els fetus i els nens, però es creu que són mínims. La ultrasonografia utilitza ones sonores i no té cap risc biològic conegut.

Els raigs X són força accessibles. En un examen inicial cal fer radiografies convencionals de totes les zones lesionades, tret del crani. Així com les radiografies convencionals poden revelar fractures facials, la tomografia per ordinador és una tècnica d'examen molt superior, ja que revela més fractures, luxacions de fragments, lesions associades a teixits tous i altres complicacions. Quan hi hagi sospites de lesions periòstiques o fractures mínimes, a més dels raigs X cal utilitzar l'escintil·lografia òssia. Un tant per cent de les radiografies seran negatives fins i tot en cas que hi hagi una fractura aguda o una osteomielitis en fase primària. Pot ser que una fractura es guareixi sense deixar marques radiològiques, tal com passa sobretot en els nens. Les radiografies tradicionals no són gaire adients per a examinar teixits tous.

L'escintil·lografia és una tècnica de molta sensibilitat però de poca especificitat. És un mètode d'examen poc costós i eficaç que s'utilitza per examinar tot l'esquelet en cerca de malalties com l'osteomielitis o altres traumatismes. També es pot emprar per avaluar la torsió dels testicles, tot i que l'ultrasò s'adapta millor a aquesta tasca. L'escintil·lografia no és un bon mètode per a detectar traumatismes de teixits tous, però pot detectar una fractura aguda durant les primeres vint-i-quatre hores, tot i que normalment cal que hagin passat dos o tres dies —i en ocasions, una setmana o més, com és el cas de la gent gran. En general, les radiografies tornen a donar els resultats habituals després de dos anys, però en el cas de fractures i osteomielitis guarides poden continuar essent positives durant anys. L'ús de l'escintil·lografia òssia per detectar fractures a l'epífisi o a la metadiàfisi (extremitats dels ossos llargs) en nens és problemàtic, ja que, en aquesta edat, la captació normal d'aquest radiofàrmac es fa a les epífisis. L'escintil·lografia sovint permet detectar fractures de costelles que no es poden veure mitjançant la radiografia convencional.

a) Aplicació de l'escintil·lografia òssia al diagnòstic de la falanga

Els escaneigs ossis es poden dur a terme o bé amb imatges retardades unes tres hores, o bé com una exploració en tres fases. Les tres fases són l'angiograma per radionúclid (fase arterial), les imatges de mescles sanguínies (fase venosa, que és de teixits tous) i la fase retardada (fase òssia). Quan s'examini el pacient poc després de la *falanga*, cal fer dos escaneigs ossis amb una setmana de separació entre tots dos. Un primer escaneig retardat negatiu i un segon de positiu indiquen que el pacient ha estat exposat a *falanga* només uns dies abans de la primera prova. En els casos aguts, dos escaneigs ossis negatius a intervals d'una setmana no demostren necessàriament que no hi hagi hagut *falanga*, sinó que la gravetat no va arribar al nivell de sensibilitat de l'escintil·lografia. En l'exploració en tres fases, si observem un augment de l'absorció en la fase d'angiograma per radionúclid i en les imatges de la mescla sanguínia i, en canvi, no observem aquest augment de l'absorció en la fase òssia, pot ser que hi hagi una hiperèmia compatible amb una lesió de teixits tous. Els traumatismes dels ossos i dels teixits tous del peu també es poden detectar mitjançant la ressonància magnètica.¹

b) *Ultrasons*

L'aplicació d'ultrasons és poc costosa i no comporta cap perill biològic. La qualitat d'una exploració depèn de l'habilitat de l'operador. Als llocs on no es disposa de la tomografia per ordinador, s'empren els ultrasons per avaluar els traumatismes abdominals. També pot servir per a avaluar les tendinopaties i, a més, és el mètode alternatiu per a detectar anomalies testiculars. Cal dur a terme l'exploració de l'espatlla per ultrasons en el període agut i crònic després de la tortura per suspensió. En el període agut, els ultrasons permeten detectar els edemes, l'acumulació de líquid a l'interior i al voltant de l'articulació de l'espatlla, les laceracions i els hematomes causats per les manilles. El diagnòstic pren més força si, en un nou examen amb ultrasons, s'observa que les proves han desaparegut passat el període agut. En aquests casos cal fer un estudi conjunt per ressonància magnètica, escintil·lografia i altres exploracions radiològiques i examinar-ne la correlació. Amb tot, encara que no s'obtinguin resultats positius en la resta d'exàmens, n'hi ha prou amb les dades proporcionades pels ultrasons per a demostrar que hi ha hagut tortura per suspensió.

c) *Tomografia per ordinador*

La tomografia per ordinador és excel·lent per a obtenir imatges tant de teixits tous com d'ossos, mentre que la ressonància magnètica és millor per a obtenir-ne de teixits tous més que no pas d'ossos. La ressonància magnètica permet detectar una fractura oculta abans que les radiografies convencionals o que l'escintil·lografia. La utilització d'escànners oberts i la sedació poden alleujar l'angoixa i la claustrofòbia al pacient, símptomes molt presents en els qui han sobreviscut a la tortura. La tomografia per ordinador també és perfecta per al diagnòstic i l'avaluació de fractures, sobretot de l'os temporal i dels ossos facials. Té altres avantatges com la detecció d'anomalies en l'alineament i la luxació de fragments, especialment quan es tracta de fractures espinals, pèlviques, de l'espatlla i acetabulars. Tanmateix, no pot detectar contusions òssies. En casos de lesions agudes, subagudes i cròniques del sistema nerviós central, cal començar l'exploració mitjançant la tomografia per ordinador, amb o sense la injecció intravenosa d'una substància de contrast. Si l'exploració és negativa, equívoca o no dona cap explicació a les queixes o els símptomes de la víctima, cal recórrer a la ressonància magnètica. En casos de fractura de l'os temporal, s'ha d'iniciar l'exploració per una tomografia per ordinador amb finestres òssies i un examen anterior i posterior a la injecció d'una substància de contrast. Les finestres òssies poden mostrar fractures i disrupció dels ossicles. L'examen previ a la injecció de la substància de contrast pot mostrar l'existència de líquid i colesteatoma. Es recomana fer el contrast esmentat perquè en aquesta zona són freqüents les anomalies vasculares. En casos de rinorrea, cal injectar una substància de contrast al canal espinal. La ressonància magnètica pot posar de manifest les possibles esquerdes responsables de la pèrdua de líquid. Quan se sospiti que hi ha una rinorrea, cal fer una tomografia per ordinador de la cara amb finestres als teixits tous i als ossos. A continuació cal injectar un agent de contrast en el canal espinal i repetir la tomografia per ordinador.

¹ V. les notes 76 i 83. Per a més informació, consulteu a la bibliografia els textos sobre radiologia i medicina nuclear.

d) La ressonància magnètica

La ressonància magnètica és més sensible que la tomografia per ordinador a l'hora de detectar anomalies en el sistema nerviós central. L'evolució en el temps de les hemorràgies del sistema nerviós central es divideix en les fases següents: immediata, hiperaguda, aguda, subaguda i crònica; i cada una presenta una reacció concreta a l'examen. Així, per exemple, els detalls que ens proporcionen la ressonància magnètica poden determinar el moment del traumatisme cranial i la correlació amb els maltractaments narrats. Les hemorràgies del sistema nerviós central es poden guarir totalment o deixar prou dipòsits d'hemosiderina per a poder-les detectar, fins i tot anys després, mitjançant la tomografia per ordinador. Les hemorràgies en teixits tous, sobretot al múscul, en general es guareixen totalment i sense deixar marca, tot i que hi ha vegades que es poden ossificar. Això s'anomena formació òssia heterotòpica o *Myositis ossificans* i es pot detectar amb la tomografia per ordinador.

2. Biòpsia de les lesions per descàrrega elèctrica

Les lesions per descàrrega elèctrica poden presentar —tot i que no sempre— canvis microscòpics patognomònics i específics de traumatismes per aplicació de corrent elèctric. L'absència d'aquests canvis específics en una mostra de biòpsia no exclou el diagnòstic de tortura per descàrregues elèctriques i no s'ha de permetre que les autoritats judicials adoptin aquest criteri. Malauradament, si un tribunal sol·licita que un demandant que al·lega haver patit tortura per descàrregues elèctriques se sotmeti a una biòpsia per confirmar les al·legacions, el fet de no donar-hi el consentiment o que el resultat sigui negatiu tenen un impacte perjudicial en el tribunal. A més, l'experiència clínica en el diagnòstic mitjançant la biòpsia de lesions degudes a descàrregues elèctriques és limitada i sovint es pot diagnosticar amb seguretat només per mitjà de l'historial i de l'exploració física.

Així, doncs, cal utilitzar aquesta tècnica en condicions d'investigació clínica i convé no promoure-la com a mitjà habitual de diagnòstic. Quan es dona el consentiment a una biòpsia, cal informar el pacient que els resultats no són exactes i donar-li la possibilitat de sospesar els possibles beneficis davant de l'impacte que pot patir una psique ja traumatitzada.

a) Anàlisi de la biòpsia

S'han fet molts estudis de laboratori per mesurar els efectes de les descàrregues elèctriques sobre la pell de porcs anestesiats.^{2, 3, 4, 5, 6, 7} Aquests estudis han demostrat que hi ha signes histològics específics del traumatisme per descàrrega elèctrica que es poden detectar mitjançant un examen microscòpic de biòpsies per punció de les lesions. De tota manera, l'estudi detallat d'aquestes investigacions —que pot tenir aplicacions clíniques ben importants— va més enllà de l'objectiu d'aquesta publicació. Per més informació, consulteu les referències esmentades anteriorment.

2 THOMSEN, H.K. [et al.]. "Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin: a light microscopic study". *Forensic Science International*, 17 1981, pàg. 133-143.

3 THOMSEN, H.K. [et al.], "The effect of direct current, sodium hydroxide, and hydrochloric acid on pig epidermis: a light microscopic and electron microscopic study". *Acta path. microbiol. immunol. Scand.*, secc. A, 91 1983, pàg. 307-316.

4 THOMSEN, H.K. "Electrically induced epidermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy". Universitat de Copenhagen: FADL, 1984, pàg. 1-78. [Tesi]

5 KARLSMARK, T. [et al.]. "Tracing the use of torture: electrically induced calcification of collagen in pig skin". *Nature*, 301 1983, pàg. 75-78.

6 KARLSMARK, T. [et al.]. "Electrically-induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study". *Forensic Science International*, 39 1988, pàg. 163-174.

7 KARLSMARK, T. "Electrically induced dermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy". Universitat de Copenhagen: *Danish Medical Bulletin*, 37 1990, pàg. 507-520. [tesi]

Des del punt de vista histològic, s'han estudiat molt pocs casos de persones torturades per mitjà de descàrregues elèctriques.^{8, 9, 10, 11} Només en un cas —en què es va fer una extirpació de les lesions probablement set dies després del traumatisme— es va considerar que les alteracions de la pell eren patognomòniques de les lesions per descàrregues que s'hi observaven (dipòsits de sals de calci sobre les fibres dèrmiques en teixits viables situats al voltant del teixit necròtic). En altres casos, les lesions extirpades uns dies després de la presumpta tortura per descàrregues presentaven canvis segmentaris i deposició de sals de calci sobre estructures cel·lulars —fet que corresponia als efectes d'una descàrrega elèctrica. No obstant això, aquestes alteracions no es van considerar patognomòniques, ja que no hi havia deposicions de sals de calci sobre fibres dèrmiques. Una biòpsia feta un mes després de la presumpta tortura per descàrregues revelava una cicatriu cònica d'un a dos mil·límetres d'amplada, un augment dels fibroblasts i la presència de fibres col·làgenes fines en paral·lel a la superfície, alteracions compatibles amb una lesió per descàrrega elèctrica però sense valor patognomònic.

b) Mètode

Abans de la biòpsia i després de rebre el consentiment amb coneixement de causa del pacient, s'ha de fotografiar la lesió mitjançant els mètodes forenses acceptats. Sota anestèsia local s'obté una biòpsia per punció de tres o quatre mil·límetres, que es col·loca en formol tamponat o en un fixador similar. La biòpsia cutània s'ha de dur a terme tan aviat com sigui possible després de la lesió. Com que el traumatisme per descàrrega elèctrica acostuma a limitar-se a l'epidermis i a la dermis superficial, les lesions poden desaparèixer amb rapidesa. Es poden fer biòpsies de més d'una lesió, però cal tenir en compte l'angoixa que això pot causar al pacient.¹² El material de la biòpsia ha de ser examinat per un patòleg amb experiència en dermatopatologia.

c) Signes diagnòstics de la lesió per descàrrega elèctrica

Alguns dels signes diagnòstics de la lesió per descàrrega elèctrica són els nuclis vesiculars a l'epidermis, les glàndules sudorípares i les parets vasculars (fet que planteja un sol diagnòstic diferencial: les lesions mitjançant solucions alcalines) i les deposicions de sals de calci clarament situades en les fibres col·lagen i d'elastina (el diagnòstic diferencial, *Calcinosis cutis*, és un trastorn estrany que es troba només en setanta-cinc de cada dues-centes vint mil biòpsies cutànies humanes consecutives, i les deposicions de calci acostumen a ser massives i sense una localització clara).¹³

Altres signes típics —tot i que no patognomònics— de la lesió per descàrrega elèctrica són les lesions que apareixen en segments cònics, d'un a dos mil·límetres d'amplada; les deposicions de ferro o coure sobre l'epidermis (procedents de l'elèctrode), i la presència de citoplasma homogeni a les glàndules sudoríferes, a l'epidermis i a les parets vasculars. També pot ser que apareguin deposicions de sals de calci en estructures cel·lulars de lesions segmentàries o que no es puguin apreciar anomalies histològiques.

8 DANIELSEN, L. [et al.]. "Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a description of a case". *American Journal of Forensic Medical Pathology*, 12 1991, pàg. 222-226.

9 ÖZTOP, F. [et al.]. "Signs of electrical torture on the skin". *Treatment and Rehabilitation Centers Report 1994* (Human Rights Foundation of Turkey, HRFT Publication), 11 1994, pàg. 97-104.

10 DANIELSEN, L.; KARLSMARK, T.; THOMSEN, H.K. "Diagnosis of skin lesions following electrical torture". *Rom J. Leg. Med*, 5 1997, pàg. 15-20.

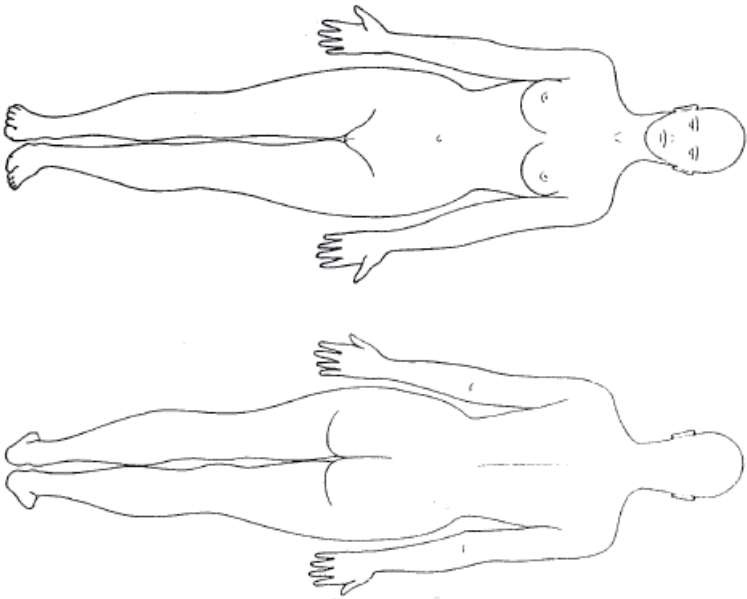
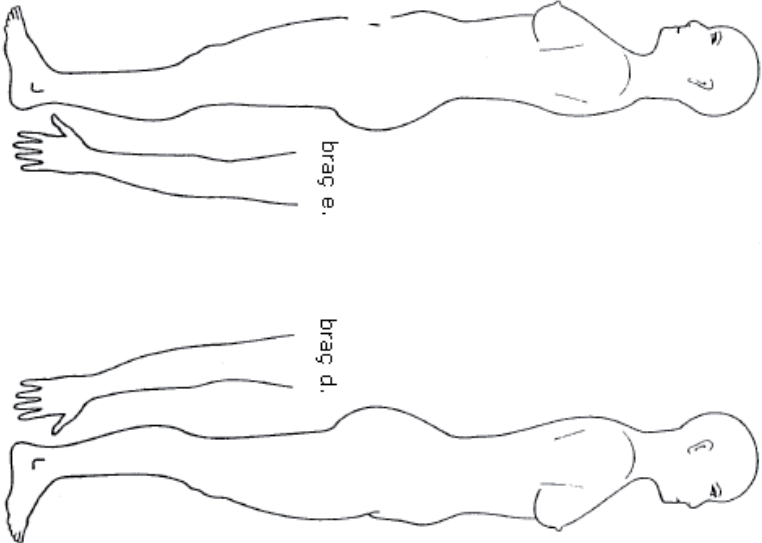
11 JACOBSEN, H. "Electrically induced deposition of metal on the human skin". *Forensic Science International*, 90 1997, pàg. 85-92.

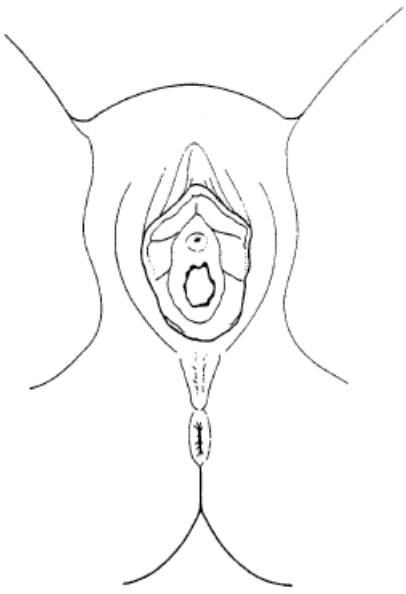

12 GÜRPINAR, S.; FİNCANCI, Ş. Korur. "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu" [Violacions dels drets humans i la responsabilitat del metge]. A: *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı* [Manual de medicina forense per a metges generalistes]. Ankara: Associació Mèdica Turca, 1999.

13 DANIELSEN, L. [et al.]. "Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a description of a case". *American Journal of Forensic Medical Pathology*, 12 1991, pàg. 222-226.

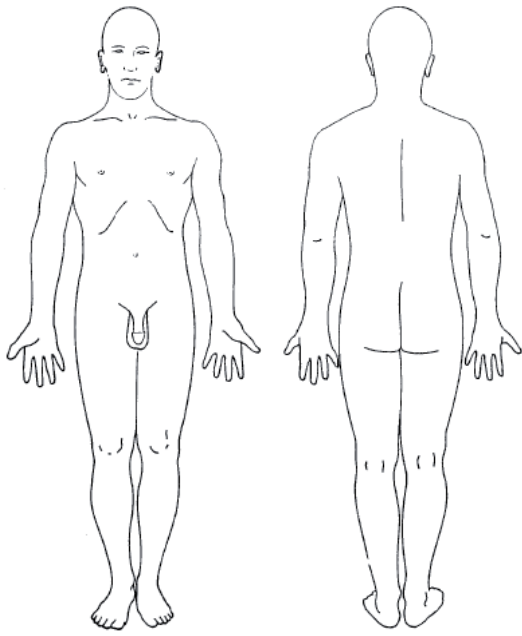
Annex III

Dibuixos anatòmics per a la documentació de la tortura i els maltractaments

<p data-bbox="1285 248 1313 903">DONA, COS COMPLET – PARTS ANTERIOR I POSTERIOR</p> 	<p data-bbox="1285 1014 1313 1501">DONA, COS COMPLET – PARTS LATERALS</p> 
<p data-bbox="155 225 235 329">Nom Cas n.úm. Data</p>	<p data-bbox="155 957 235 1061">Nom Cas n.úm. Data</p> <p data-bbox="208 1350 235 1552">BRAÇ E. BRAÇ D.</p>

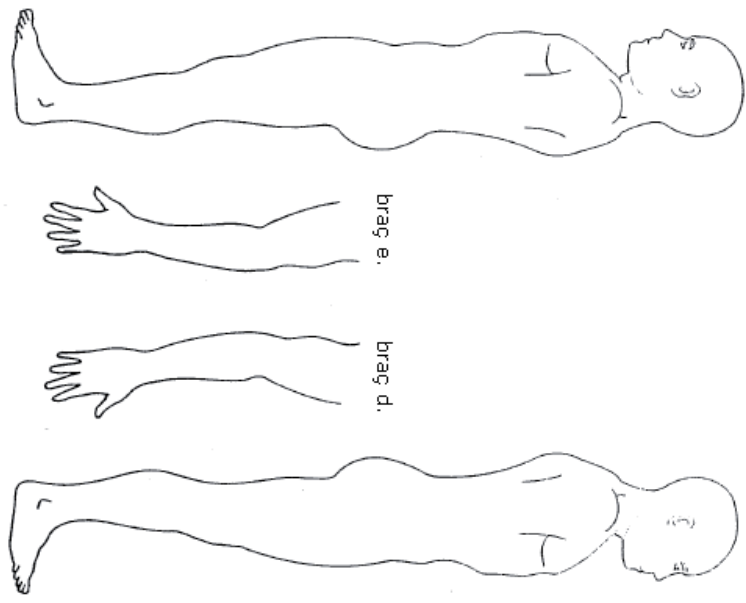
<p style="text-align: center;">DONA, PERINEU</p>	 <p>A line drawing showing the female perineum and anal area. It includes the labia majora, labia minora, clitoris, urethra, vaginal opening, and anal opening.</p>
<p style="text-align: center;">DONA, REGIÓ TORACOCOABDOMINAL – PARTS ANTERIOR I POSTERIOR</p>	 <p>Two line drawings of the female torso. The left drawing shows the anterior view (front) with the breasts, abdomen, and pubic area. The right drawing shows the posterior view (back) with the shoulders, back, and buttocks.</p>
<p>Nom Cas n.º Data</p>	<p>Nom Cas n.º Data</p>

HOME, COS COMPLET - PARTS ANTERIOR I POSTERIOR
(ABDOMINAL I DORSAL)



Nom
Cas n.úm.
Data

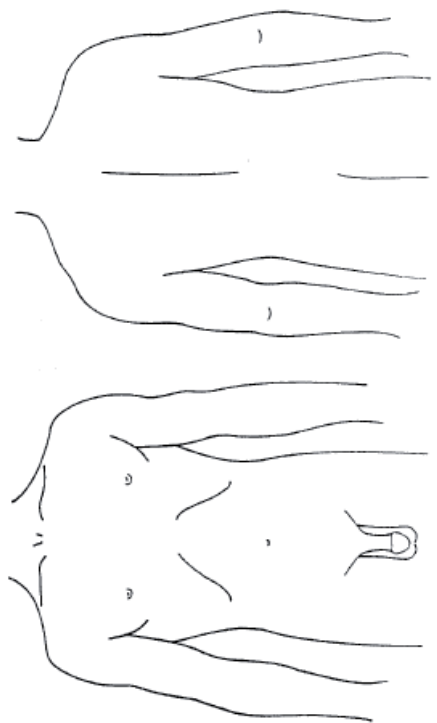
HOME, COS COMPLET - PARTS LATERALS



Nom
Cas n.úm.
Data

BRAÇ E. BRAÇ D.

HOME, REGIÓ TORACOABDOMINAL – PARTS ANTERIOR I



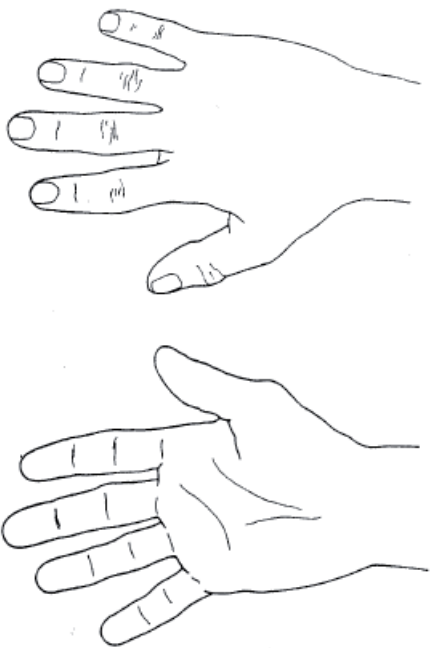
Nom
Cas núm.
Data

PEUS – SUPERFÍCIES PLANTARS ESQUERRA I DRETA

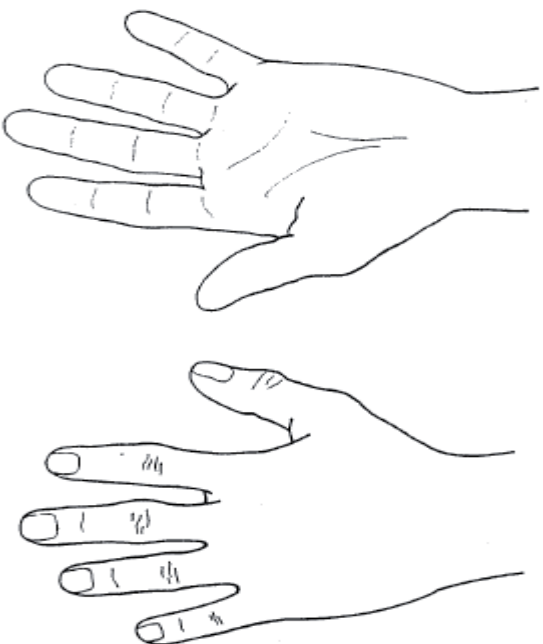


Nom
Cas núm.
Data

MÀ DRETA – PARTS PALMAR I DORSAL

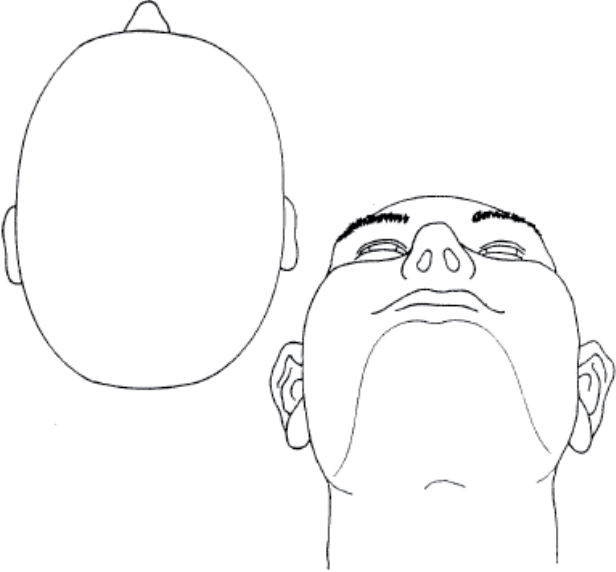
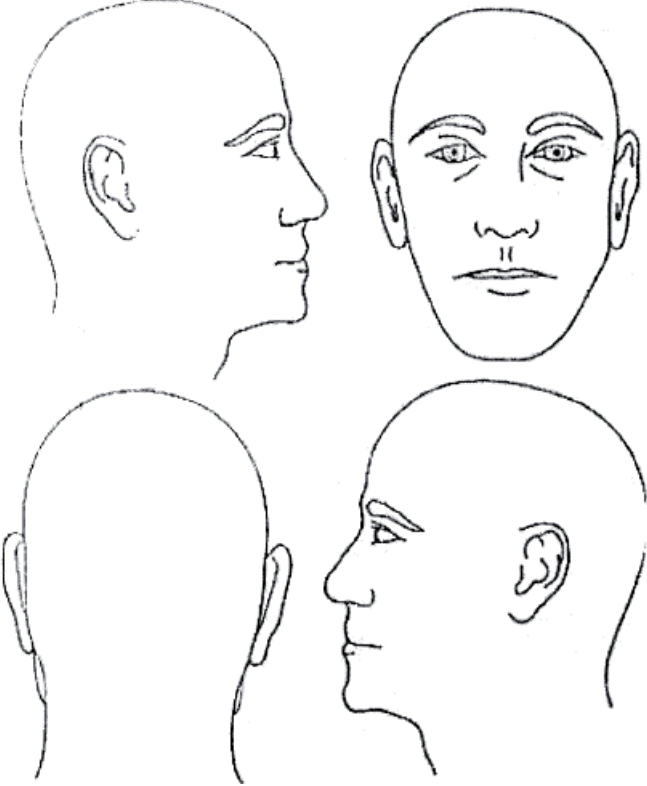


MÀ ESQUERRA – PARTS PALMAR I DORSAL

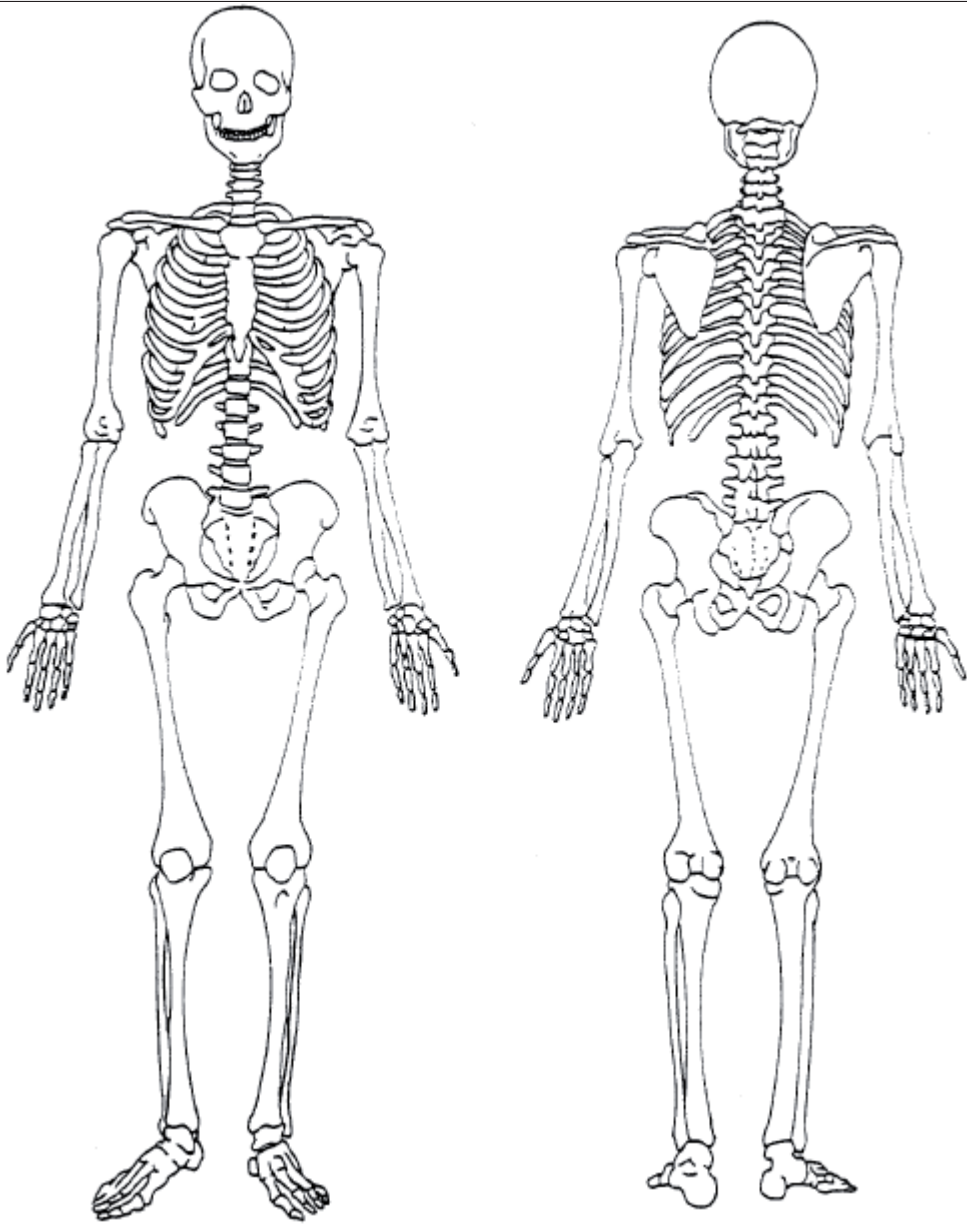


Nom
Cas n.úm.
Data

Nom
Cas n.úm.
Data

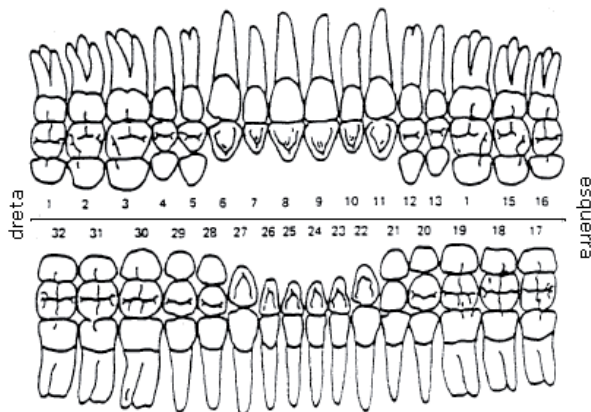
<p>CAP – SUPERFÍCIE I ESTRUCTURA ÒSSIES, PLA</p>		<p>Nom Cas n.º Data</p>
<p>CAP – SUPERFÍCIE I ESTRUCTURA ÒSSIES, PLA LATERAL</p>		<p>Nom Cas n.º Data</p>

ESQUELET – PARTS ANTERIOR I POSTERIOR



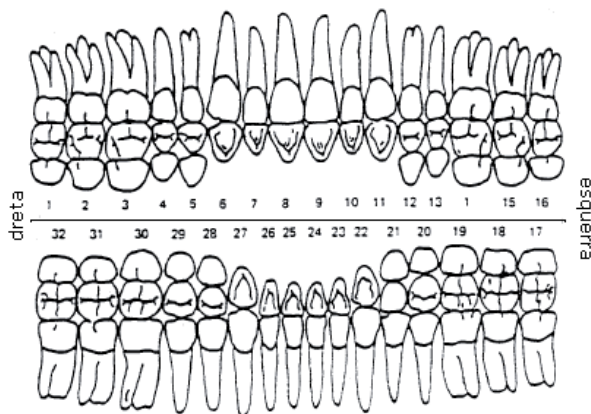
Nom
Cas núm.
Data

MARQUEU EN AQUEST GRÀFIC TOTES LES RECONSTRUCCIONS I LES PECES QUE FALTIN



Feu una descripció completa de totes les pròtesis o ponts fixos

MARQUEU TOTES LES CÀRIES EN AQUEST GRÀFIC
Subratlleu les càries i marqueu amb una creu les peces que faltin



Edat estimada:
Sexe:
Grup ètnic:

Encercleu:

Pròtesis: sí/no

Maxil·lar superior:

Dentadura completa
Dentadura parcial
Pont fix

Maxil·lar inferior:

Dentadura completa
Dentadura parcial
Pont fix

Taques a les dents:

Gairebé invisibles
Visibles
Clarament visibles

Encercleu:

Alineament de la mandíbula:

Normal
Prominent
Enfonsada

Estat periodontal

Excel·lent
Mitjà
Deficient

Deposicions calcàries

Lleugeres
Moderades
Greus

Annex IV

Directrius per a l'avaluació mèdica de la tortura i altres maltractaments

Les directrius següents es basen en el *Manual per a la investigació i la documentació eficaces de la tortura i altres penes o tractaments cruels, inhumans o degradants (Protocol d'Istanbul)*. Aquestes directrius no s'han d'entendre com una norma fixa, sinó que s'han d'aplicar tenint en compte l'objectiu de cada avaluació i després de valorar els recursos de què es disposa. L'avaluació de les proves físiques i psicològiques de la tortura i el maltractament pot anar a càrrec d'un o més clínics, segons la preparació de cada un.

I. Informació del cas

Data de l'examen: Nom i càrrec del sol·licitant de l'examen:

Cas o informe núm.: Duració de l'avaluació: hores
minuts

Nom del pacient: Data de naixement: Lloc de naixement:

Cognoms del pacient: Sexe: masculí/femení

Motiu de l'examen: Número del document d'identitat del pacient

Nom del clínic: Nom de l'interpret (si n'hi ha):

Consentiment amb coneixement de causa: sí/no; Si la resposta és *no*, per què.....

Nom i càrrec de l'acompanyant del pacient.....

Noms i càrrecs de les persones presents a l'examen.....

Ha calgut immobilitzar el pacient durant l'examen?: sí/no. Si la resposta és *sí*, com i per què?.....

Informe mèdic transferit a (nom, càrrec i número del document d'identitat

Data de l'enviament: Hora de l'enviament

Restriccions en la investigació o avaluació mèdica (en el cas de pacients detinguts)?: sí/no

Detalls de les restriccions.....

II. Preparació del clínic (per a la declaració judicial)

Formació mèdica i clínica

Formació psicològica o psiquiàtrica

Experiència en la documentació de proves de tortura i maltractaments

Experiència en matèria de drets humans d'importància per a la investigació

Publicacions, presentacions i cursos de capacitació d'importància per a la investigació

Curriculum vitae

III. Declaració relativa a la veracitat de la declaració (per a la declaració judicial)

Per exemple: “Conec personalment els fets relatats a continuació, tret d'aquells basats en informacions exteriors i en creences, que considero certs. Estic disposat a testificar la declaració anterior basada en les meves creences i el meu coneixement personals.”

IV. Perfil del subjecte

Informació general (edat, ocupació, educació, composició familiar, etc.)

Antecedents mèdics

Avaluacions mèdiques anteriors basades en al·legacions de tortura i maltractaments

Història psicosocial prèvia a la detenció

V. Al·legacions de tortura i maltractaments

1. Resum de la detenció i l'abús
2. Circumstàncies de l'arrest i la detenció
3. Llocs inicial i posteriors de detenció (cronologia, transport i condicions de la detenció)
4. Narració dels maltractaments o de la tortura (en cada lloc de detenció)
5. Revisió dels mètodes de tortura

VI. Minusvalideses i símptomes físics

Descriviu l'evolució de les minusvalideses, els símptomes crònics i aguts i el procés de curació subsegüent.

1. Minusvalideses i símptomes aguts
2. Minusvalideses i símptomes crònics

VII. Exploració física

1. Aspecte general
2. Pell
3. Cara i cap
4. Ulls, orelles, nas i gola
5. Cavitat oral i dents
6. Tòrax i abdomen (signes vitals inclosos)
7. Sistema genitourinari
8. Sistema musculoesquelètic
9. Sistemes nerviosos central i perifèric

VIII. Història i exploració psicològiques

1. Mètodes d'avaluació
2. Queixes psicològiques més freqüents
3. Història posterior a la tortura
4. Història anterior a la tortura
5. Antecedents psicològics/psiquiàtrics
6. Ús i abús de substàncies tòxiques
7. Examen de l'estat mental

8. Avaluació del funcionament social
9. Proves psicològiques (consulteu-ne les indicacions i les limitacions al capítol VI, secció C.1)
10. Proves neuropsicològiques (consulteu-ne les indicacions i les limitacions al capítol VI, secció C.4)

IX. Fotografies

X. Resultats de les proves de diagnòstic (consulteu-ne les indicacions i les limitacions a l'annex II)

XI. Consultes

XII. Interpretació dels resultats

1. Proves físiques

- A. Establiu el grau de coherència entre les minusvalideses i els símptomes físics aguts i crònics esmentats amb les al·legacions d'abús.
- B. Establiu el grau de coherència entre els resultats de l'exploració física i les al·legacions d'abús (Nota: l'absència de signes físics no exclou la possibilitat que hi hagi hagut tortura o maltractaments.)
- C. Establiu el grau de coherència entre els resultats de l'examinació de l'individu i els mètodes de tortura utilitzats en un territori determinat i els seus efectes posteriors comuns.

2. Proves psicològiques

- A. Establiu el grau de coherència entre les observacions psicològiques i la descripció de l'al·legació de tortura.
- B. Avalueu si els signes psicològics són reaccions normals o típiques a l'estrès extrem en el context cultural i social de l'individu.
- C. Indiqueu l'estat de l'individu en l'evolució fluctuant dels trastorns mentals relacionats amb els traumes, és a dir, quin és el marc temporal amb relació a la tortura i en quin punt de la recuperació es troba el pacient.
- D. Identifiqueu, si n'hi ha, els elements estressants coexistents que actuen sobre l'individu (per exemple, persecucions, migració forçada, exili, pèrdua de la família i del paper social, etc.) i l'impacte que li poden causar.
- E. Esmenteu les lesions físiques que poden contribuir al quadre clínic, especialment amb relació a les proves d'un possible traumatisme cranial patit durant la tortura o la detenció.

XIII. Conclusions i recomanacions

1. Exposeu l'opinió personal sobre la coherència entre els resultats de les fonts d'informació esmentades (proves físiques i psicològiques, historial del pacient, fotografies, resultats de proves de diagnòstic, coneixement de les pràctiques locals de tortura, informes consultius, etc.) i les al·legacions de tortura i maltractaments.
2. Reitereu els símptomes i les invalideses que el pacient encara pateix com a resultat del presumpte abús.
3. Exposeu les vostres recomanacions per a futures avaluacions i assistència a l'individu.

XIV. Declaració de veracitat (per a la declaració judicial)

Per exemple: “Declaro sota pena de perjuris, d’acord amb les lleis de (país), que la descripció següent és certa i correcta i que aquesta declaració ha estat feta el (data) a (ciutat), (estat o província).

XV. Declaració de restriccions a l’avaluació o a la investigació mèdica (només per a individus detinguts)

Per exemple: “Els clínics sotasignats certifiquen personalment que han pogut treballar amb llibertat i independència i que se’ls ha permès parlar amb (l’individu) i examinar-lo en privat, sense cap restricció, reserva ni forma de coerció per part de les autoritats encarregades de la detenció.” O bé: “Els clínics sotasignats van haver de dur a terme l’avaluació amb les restriccions següents: ”

XVI. Signatura del clínic, data i lloc

XVII. Annexos pertinents

Una còpia del currículum del clínic, dibuixos anatòmics per a identificar la tortura i altres maltractaments, fotografies, informes de consultes i resultats de proves de diagnòstic, entre altres.

**Per més informació, adreceu-vos a l'Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions
Unides per als Drets Humans, Palais des Nations, 1211 Ginebra 10, Suïssa.**

**Tel.: (+41-22) 917 90 00
Fax: (+41 22) 917 02 12
webadmin.hchr@unog.ch
[http: www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)**

«Encara que el dret internacional dels drets humans i el dret humanitari internacional prohibeixen uniformement tota tortura en qualsevol circumstància, la tortura i els maltractaments es practiquen a més de la meitat dels països del món. La considerable discordança que hi ha entre la prohibició absoluta de la tortura i la seva prevalença en el món actual posa de manifest la necessitat que els estats elaborin i duguin a terme mesures eficaces per a protegir les persones de la tortura i els maltractaments.

Aquest manual s'ha preparat per facilitar als estats la posada en pràctica d'un dels aspectes més fonamentals de la protecció dels individus contra la tortura: una documentació eficaç. Aquesta documentació posa al descobert proves de tortura i maltractaments de manera que els torturadors puguin ser acusats de les seves accions i se serveixi així l'interès de la justícia. Els mètodes de documentació que apareixen en aquest manual també es poden aplicar a d'altres contextos, com ara la investigació i la vigilància dels drets humans, l'aplicació del dret d'asil polític, la defensa d'individus que "han confessat" delictes sota tortura i la valoració de les necessitats d'atenció de les víctimes de la tortura. També pot servir de punt de referència internacional tant per a jutges com per a professionals de la salut que hagin estat obligats a ignorar, deformar o falsificar proves de tortura. »

Amb la col·laboració de:

