

Peritajes transculturales de supervivientes de tortura basados en el Protocolo de Estambul

Pau Pérez-Sales¹

1 Director Clínico del Centro SiRa. Hospital La Paz. Editor jefe de la revista Torture Journal.
Correspondencia a pauperez@runbox.com

Resumen

Se ofrece una visión general de las consideraciones clave para llevar a cabo un peritaje transcultural de una persona superviviente de tortura. La primera parte introduce algunos conceptos básicos de antropología, medicina, psicología transcultural y psiquiatría. La segunda parte repasa los elementos más relevantes relativos al informe forense. Se presta especial atención a las consideraciones culturales referidas a los aspectos éticos del Protocolo de Estambul. También se aborda los aspectos relacionados con el encuentro con la persona superviviente y la entrevista, los aspectos médicos, incluido el examen físico con especial atención al dolor y el sufrimiento, y la evaluación psicológica y psicométrica, junto con aspectos relacionados con el análisis de coherencia y credibilidad. En la última sección, el texto ofrece una visión general de las consideraciones culturales siguiendo el esquema del Protocolo de Estambul.

La evaluación de un superviviente de tortura requeriría una perspectiva transcultural cuando existe una diferencia entre los antecedentes culturales, lingüísticos o étnicos del superviviente y la institución o la persona que lo requiere.

El Protocolo de Estambul, en su versión revisada de 2022, ofrece algunas indicaciones sobre cómo tener en cuenta los aspectos culturales en la evaluación de las víctimas de tortura (véase el anexo 1 de este documento).

En este editorial, intentaremos profundizar en los aspectos transculturales de las evaluaciones forenses y ofrecer sugerencias y directrices en el marco del Protocolo de Estambul.¹ La primera parte del editorial repasará conceptos antropológicos básicos, mientras que la segunda se centrará en aspectos específicos de la evaluación.

La pericia antropológica frente a la evaluación transcultural.

En términos generales, el experto se enfrentará a dos tipos diferentes de informes (Kirmayer et al., 2007):

1. Los de carácter más antropológico intentan explicar el contexto cultural en el que se producen los hechos y el significado particular que pueden tener a la luz de ese contexto. El objetivo es comprender cómo el contexto cultural determina el relato de los acontecimientos, incluidas las probables explicaciones causales (IIDH, 2010; Meger, 2010). La tabla 1 refleja algunos ejemplos de este tipo de informes. En los tres casos, los conocimientos antropológicos ayudaron al Tribunal a comprender el papel de la cultura y el contexto a la hora de enmarcar las vulneraciones de derechos.
2. Informes de expertos de naturaleza más clínica, relacionados con la medicina y la psicología transculturales, que buscan explicar los impactos individuales, familiares y comunitarios de la tortura a la luz de la visión del mundo de la persona, incluyendo perspectivas psicosociales, antropológicas y culturales. El cuadro 2 ofrece algunos ejemplos. En todos estos casos, el informe pericial evaluó los impactos específicos de la tortura a la luz de la identidad y los antecedentes culturales de las víctimas.

1 Los términos transcultural e intercultural se utilizan a menudo indistintamente, pero tienen significados distintos, sobre todo en campos como la psicología, la antropología y la salud. Intercultural se refiere a la comparación o interacción entre dos o más culturas diferentes. Se centra en identificar y comprender las diferencias y similitudes entre culturas. Transcultural se refiere a ir más allá de las culturas individuales para encontrar puntos en común y experiencias compartidas. Pretende integrar aspectos de múltiples culturas, trascendiendo las fronteras para crear una comprensión nueva e integradora.

Tabla 1. Relevancia del informe forense - pericial desde una perspectiva transcultural

Caso	
Comunidad Indígena Yakye Axa c. Paraguay	<p>La comunidad Yakye Axa, perteneciente al pueblo Enxet-Lengua, habitaba tradicionalmente la región del Chaco en Paraguay. Con el tiempo, sus tierras fueron vendidas a propietarios privados, lo que provocó su desplazamiento y condiciones de vida extremas. En la audiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un informe antropológico mostró la conexión histórica de la comunidad con sus tierras ancestrales - Una evaluación intercultural mostró el sufrimiento de la comunidad y el impacto del desplazamiento en la vida cultural y social. <p>El Tribunal falló en contra del Estado, entre otras violaciones de los derechos humanos, en relación con el derecho a la vida (artículo 4) debido a las precarias condiciones de la comunidad y a la inacción del Estado².</p>
Corte Interamericana de Derechos Humanos (2005)	
Casos similares en la CIDH: Pueblo indígena Xucuru y sus miembros contra Brasil (2018); Comunidad Mayagna Awas Tingni contra Nicaragua (2001), Pueblo Saramaka contra Surinam Comunidades indígenas mayas del distrito de Toledo contra Belice	
"Niños de la calle" (Villagrán-Morales y otros) contra Guatemala (1999) ³	<p>El caso se refería al secuestro, tortura y asesinato de cuatro niños en situación de sinhogarismo en Ciudad de Guatemala por parte de individuos o grupos que operaban fuera del control del Estado.</p> <p>Los informes de los expertos proporcionaron información sobre la situación de los niños en calle en Guatemala, incluida la marginación, el estigma, la vulnerabilidad al abuso y la explotación. El Tribunal condenó al Estado por la falta de protección de los niños torturados y asesinados.</p>
Comisión Real sobre Muertes de Aborígenes en Detención (1987-1991) ⁴	<p>La Comisión realizó una investigación sobre el desproporcionado número de suicidios de personas originarias en las comisarías y prisiones australianas.</p> <p>Las conclusiones de los informes periciales mostraron el impacto psicológico de la dislocación cultural, el racismo y la falta de consideración hacia las necesidades distintivas de los reclusos de pueblos originarios.</p>

Algunos conceptos básicos de etnomedicina y etnopsicología.

Repasaremos en esta sección muy brevemente algunos conceptos básicos de la antropología médica, relevantes para la redacción de informes forenses.⁵

Un grupo étnico puede definirse como un colectivo de personas que comparten una tradición cultural común, simbolizada por un nombre que les identifica y una conciencia colectiva de pertenencia a ese grupo. Se calcula que en la actualidad existen aproximadamente 15.000 grupos étnicos en todo el mundo, algunos de los cuales están formados sólo por unos pocos supervivientes.

Las etnias son *estructuras dinámicas y heterogéneas* que están en constante interacción con las poblaciones circundantes, con frecuentes inserciones, préstamos o intercambios entre culturas. Por lo tanto, es importante evitar una visión rígida o esencialista de las culturas y abstenerse de asumir la existencia de arquetipos culturales. Por ejemplo, puede haber mayores similitudes entre una joven guaraní y una joven mapuche desplazadas interno en la ciudad, que entre una joven y una anciana guaraní tradicional. Además, debido a la globalización, una proporción significativa de supervivientes puede navegar por múltiples contextos culturales con relativa facilidad.

El relativismo cultural postula que todas las normas culturales son intrínsecamente válidas y merecedoras de respeto. Sin embargo, en los casos en que estas prácticas entren en conflicto con los derechos humanos fundamentales, deben prevalecer estos últimos. La mutilación genital femenina constituye un ejemplo de esta tensión entre las normas culturales y la protección de los derechos humanos. No obstante, la cuestión de

2 https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_ing.pdf

3 https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_77_ing.pdf

4 <http://www.austlii.edu.au/au/other/IndigLRes/rciadic>

5 Esta sección es un resumen de un libro anterior (Pérez-Ventas, 2004) donde podrá encontrar todos estos conceptos ampliados y debidamente referenciados.

Tabla 2. Relevancia del informe perito-forense desde una perspectiva intercultural

Caso	Relevancia del informe forense - pericial desde una perspectiva transcultural
Fiscal contra Thomas Lubanga Dyilo (2012) Corte Penal Internacional ⁶	<p>Thomas Lubanga Dyilo fue acusado de reclutar a niños menores de 15 años y utilizarlos en la Fuerza Patriótica para la Liberación del Congo (FPLC).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Muchos de los testigos eran antiguos niños soldados que declararon sobre su reclutamiento, entrenamiento y participación en la guerra. Mientras que la defensa impugnó la credibilidad de los testigos, en particular de los que habían sido niños soldados, argumentando que sus testimonios estaban influenciados o no eran fiables, la acusación recurrió a informes forenses, entre ellos psicólogos y especialistas en protección de menores, para que aportaran el contexto y explicaran el impacto psicológico de los crímenes en los niños soldados, apoyando la credibilidad de las declaraciones – También se discutió si los menores se habían alistado voluntariamente en el Ejército. En los informes forenses se analizó la consideración de la edad, la familia, la comunidad y las normas culturales para demostrar el carácter involuntario de su participación. <p>El Tribunal dictaminó que los menores sufrieron un trato cruel e inhumano.</p>
Fiscal contra Bosco Ntaganda Corte Penal Internacional ⁷	<p>Bosco Ntaganda fue acusado de crímenes de guerra en la CPI, incluyendo violaciones, asesinatos y torturas cometidos por sus tropas en la República Centroafricana (RCA).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Los informes forenses documentaron el uso sistemático de la violación y la violencia sexual como arma de guerra en el Congo, el profundo trauma infligido a las víctimas con una perspectiva transcultural, muchas de las cuales fueron estigmatizadas y condenadas al ostracismo en sus comunidades debido a la violencia sexual que habían padecido. – Los informes de los expertos también fueron esenciales para determinar las medidas de reparación individuales y colectivas
Lonkos y comunidades mapuches contra Chile (2008) Corte Interamericana de Derechos Humanos (Vargas-Forman et al., 2022; Vargas, 2017)	<p>El Tribunal analizó la aplicación de la Ley Antiterrorista chilena contra dirigentes y activistas mapuches que abogaban por los derechos territoriales.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Los informes forenses consideraron el significado cultural de la conexión del pueblo mapuche con su tierra y el derecho a recuperar sus tierras ancestrales, el papel de los longkos y machis (sanadores tradicionales) dentro de la comunidad y el impacto psicosocial de la detención al ser condenados a penas de aislamiento en prisiones de alta seguridad lejos de sus tierras ancestrales donde tienen mandato de longko o machi. <p>El Estado fue condenado a anular las condenas y ordenó medidas de reparación individuales y colectivas que tuvieran en cuenta los elementos culturales del trauma.</p>
Ines Fernández vs México ⁸ . Corte Interamericana de Derechos Humanos (CorteIDH)	<p>La Sra. Fernández Ortega era una mujer indígena me'phaa, residente en Barranca Tecoani, estado de Guerrero. La Sra Fernández fue violada en su domicilio delante de sus cuatro hijos por un grupo de aproximadamente once soldados mexicanos, vestidos con uniforme y portando armas, para obtener información sobre el paradero de su marido.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Un informe pericial, con mirada psicosocial y transcultural, evaluó el impacto personal y familiar que la Sra. Fernández Ortega y sus hijos sufrieron como consecuencia de la violación y los años de impunidad – Un segundo informe evaluó el impacto que la tortura tuvo en la comunidad indígena me'phaa, especialmente en las mujeres y en el tejido social.
Caso similar: Rosenda Cantú contra México.	

6 'Lubanga (ICC-01/04-01/06) Decisión de la Sala de Primera Instancia I; 14 de marzo de 2012', 2012, pp. 1-624. https://www.icc-cpi.int/sites/default/files/CourtRecords/CR2012_03942.PDF

7 https://www.icc-cpi.int/sites/default/files/CourtRecords/CR2019_03568.PDF

8 https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_215_esp.pdf

dónde está el límite de lo que se consideran derechos humanos fundamentales está abierta al debate, sobre todo por parte de quienes sostienen que la Declaración Universal de los Derechos Humanos se redactó desde la perspectiva del Norte global con sociedades marcadamente individualistas (Ramcharan, 1998).

Etic y Emic

El estudio de la cultura puede abordarse a grandes rasgos desde dos perspectivas: el *enfoque emic*, que implica la descripción y el análisis de una cultura desde la perspectiva de quienes pertenecen a ella, y el *enfoque etic*, que corresponde a la descripción y el análisis de una cultura desde la perspectiva de un observador externo.

A modo de ilustración, en el contexto del impacto de acontecimientos traumáticos, *el susto* puede conceptualizarse como una enfermedad étnica endémica de ciertas culturas latinoamericanas, que aparece especialmente en niños. Se describe típicamente como una respuesta corporal crítica de colapso físico y psicológico como consecuencia de situaciones de alarma o crisis. Sin embargo, es importante señalar que existen variaciones en las descripciones, atribuciones causales y tratamientos aplicados *al susto* por la familia o los sanadores en distintos países y entornos culturales. En cambio, desde una perspectiva etic, *el susto* se etiquetaría, según las clasificaciones psiquiátricas occidentales, como un trastorno de adaptación o de ansiedad. El enfoque emic se ajusta más a la perspectiva subjetiva y experiencial del superviviente. En cambio, la perspectiva etic facilita el establecimiento de un lenguaje forense compartido, que es crucial en un proceso pericial. De hecho, los peritajes antropológicos pretenden establecer una conexión entre ambas perspectivas (Harris, 1976).

Conceptos clave de la psicología transcultural relevantes para la evaluación forense

El yo y la identidad. El concepto de persona y de yo se entiende de forma diferente en las culturas occidentales y no occidentales. Existen formas alternativas de definir lo que constituye un comportamiento correcto o "normal". Además, en sociedades colectivistas existen construcciones interpersonales de la personalidad que van más allá de los rasgos individuales occidentales. Un número significativo de diagnósticos clínicos carecen de una traducción cultural adecuada y los trastornos de la personalidad son uno de ellos (Sökefeld, 1999). En consecuencia, es imperativo actuar con especial cautela al analizar supuestos rasgos de personalidad o realizar diagnósticos de personalidad en el contexto de evaluaciones transculturales.

Determinación cultural de las emociones. Aunque existe un conjunto de emociones que se consideran universales (el acuer-

do habitual es la felicidad, la tristeza, la ansiedad, la ira y el asco), el contexto en el que estas emociones se consideran normativas o se expresan varía según las culturas. (Leff, 1988). Por lo tanto, es necesario comprender el contexto cultural en el que se experimentan las emociones (Kirmayer et al., 2018). Las emociones interpersonales de culpa y vergüenza sirven para ejemplificar esta dependencia cultural, observándose notables discrepancias entre, por ejemplo, las culturas localizadas en África, Europa y Asia en cuanto a los orígenes, los síntomas corporales, las situaciones desencadenantes, las cogniciones y los comportamientos vinculados a la culpa (Leff, 1988).

Análisis cultural del dolor. No hay pruebas que sugieran que existan diferencias culturales en la percepción del dolor físico o psicológico. Sin embargo, existen discrepancias en la interpretación del dolor (y, por tanto, del sufrimiento como su dimensión subjetiva) y en la forma en que su expresión se considera socialmente aceptable (Alexander et al., 2007). Va en contra de las evidencias disponibles suponer que existen contextos culturales en los que los individuos que sufren malos tratos o tortura son más resistentes (y por tanto sienten menos) dolor físico o psicológico.

Duelo y sus ritos. Es especialmente importante considerar el papel de la cultura en los informes forenses en el contexto del duelo y el luto. En las sociedades occidentales, el individuo suele considerarse vivo o muerto en el sentido biológico. En cambio, las culturas tradicionales suelen conceptualizar una serie de fases de transición entre la vida y la muerte, durante las cuales se percibe que la persona sigue presente e interactúa con los vivos. Esto incluye, por ejemplo, expresar opiniones y participar en actividades que siguen afectando a amigos y seres queridos. En consecuencia, existen numerosas vías de comunicación simbólica con los familiares a través del dolor, los sueños o los rituales. En consecuencia, en las sociedades occidentales, los rituales se dirigen a los deudos y al sufrimiento que están padeciendo, mientras que en las sociedades tradicionales, los rituales son actos sociales comunitarios que apoyan a los difuntos y les ayudan en su viaje hacia otras dimensiones de la vida en estos diferentes estados de transición. La atención se centra en ayudar a los que se van y no a los que se quedan.

Salud y enfermedad

El concepto de salud y enfermedad varía considerablemente entre las distintas etnomedicinas. Existen diferencias significativas en la manera de concebir la enfermedad, sus causas y, en consecuencia, el mejor tratamiento.

Una visión dualista de la mente y el cuerpo y el significado de la enfermedad. El concepto de enfermedad mental está ligado a una visión dicotómica del cuerpo y la mente que no compar-

ten todas las culturas. Una visión holística del ser humano sólo considerará *las enfermedades* - que abarcan, en su integralidad, el cuerpo y la mente. Los dolores corporales pueden ser un recuerdo corporalizado de traumas, pérdidas y crisis (Raingruber & Kent, 2003). En el caso de las víctimas de la tortura, los síntomas físicos, en particular el dolor crónico, serán con frecuencia formas de metáfora corporal de las experiencias traumáticas que la persona ha soportado (Theidon, 2004).

Relación entre el cuerpo y los síntomas. Mientras que las culturas occidentales tienden a expresar la distrés utilizando las emociones y las cogniciones, las culturas no occidentales tienden, desde esta visión holística de la mente y el cuerpo, a expresar la distrés a través de síntomas somáticos. A veces esto es etiquetado erróneamente por los expertos occidentales como *alexitimia* o incapacidad para poner palabras a las emociones. Esto puede ser una visión occidental-colonizadora de malinterpretar la unidad cuerpo-mente. Este punto de vista puede conducir a errores al no explorar adecuadamente los problemas de salud mental o los traumas cuando se presentan principalmente como dolencias físicas.

Enfermedad

En la concepción occidental, se entiende que los trastornos psicológicos son el resultado de una perturbación en el funcionamiento del individuo, que puede atribuirse a alteraciones biológicas (p.e falta de serotonina) o a una falta de recursos emocionales o cognitivos (mecanismos de afrontamiento para desenvolverse en el entorno exterior). Por el contrario, las culturas tradicionales tienden a considerar que la enfermedad tiene su origen en agentes externos, ya sean físicos, naturales o sobrenaturales, que penetran en el cuerpo y perturban su equilibrio. Esta fuerza es una personificación de la enfermedad que *penetra* en el cuerpo y que, por tanto, el terapeuta debe expulsar. Para extraer la enfermedad, se emplean diversas técnicas terapéuticas, cuyo eje central son los procesos curativos simbólicos de carácter secular o religioso, tal y como se describen en numerosos textos de antropología médica (Levi-Strauss, 1964). La curación simbólica se combina con otros elementos terapéuticos tradicionales, como la meditación, la fitoterapia, el éxtasis y la catarsis, el uso de metáforas y pautas de orientación, la recontextualización del problema de acuerdo con la cultura, la resignificación del papel de la persona, la reestructuración del entorno familiar o social y las ceremonias que restauran el equilibrio y la reconexión con el entorno, los elementos sociales o las fuerzas naturales o sobrenaturales.

Estas maniobras terapéuticas tienen una base biológica en la medida en que, mediante la manipulación de símbolos y

otras técnicas, son capaces de generar cambios biológicos en la persona (Dow, 1982). Las bases fisiológicas de estos cambios se van conociendo cada vez mejor con el estudio de los receptores interoceptivos y la conexión bidireccional entre el cerebro central y estos receptores periféricos (Khalsa et al., 2018; Tsakiris & Preester, 2019). Estos procesos no son distintos de los cambios biológicos observados en las psicoterapias occidentales estándar (Davies, 2018).

Quienes practican la medicina tradicional pueden discernir estas interconexiones y ofrecer estrategias de afrontamiento congruentes con la cultura, que escapen a las de un terapeuta formado en medicina occidental. Por lo tanto, la colaboración y la comunicación entre los distintos sistemas médicos son vitales en beneficio del paciente. La aportación de un sanador tradicional puede resultar inestimable a la hora de proporcionar una perspectiva externa que ofrezca un contraste de opiniones y una mirada alternativa a la hora de la elaboración de un informe forense.

Síndromes ligados a la cultura y expresiones de malestar (*Idioms of distress*) en la evaluación de supervivientes de tortura

¿Existen síndromes no ligados a la cultura?

Las clasificaciones occidentales han incluido tradicionalmente una categoría de los llamados síndromes ligados a la cultura (SLC). La suposición de que existen los SLC no es más que una distorsión conceptual etnocéntrica y, con el tiempo, el concepto ha decaído. Existen numerosos sistemas médicos en todo el mundo, cada uno con su propio sistema de clasificación de enfermedades. Independientemente de la taxonomía específica empleada, la cultura es un factor pertinente en todos ellos. El koro y el dhat pueden considerarse síndromes ligados a la cultura del mismo modo que la anorexia, el alcoholismo o la depresión lo son (Leff, 1988). Las clasificaciones occidentales tendieron a agrupar algunos síndromes folclóricos bajo la etiqueta de SLC, recogiendo algunos más llamativos de entre los cientos de diagnósticos que existen en los diferentes sistemas etnomédicos y culturas de todo el mundo. Sin embargo, en los SLC se hacía más hincapié en lo anecdótico que en la comprensión cultural de los síntomas y síndromes. La mayoría de los llamados síndromes ligados a la cultura son reacciones somáticas, disociativas o psicóticas a la ansiedad y el estrés abrumadores. Estos síndromes poseen una lógica interna que puede discernirse mediante un proceso de evaluación y diálogo, que es lo relevante en la evaluación pericial.

Es importante distinguir entre los llamados CBS y los modismos o conceptos culturales de malestar

Conceptos culturales del malestar

El término conceptos culturales del malestar (*idioms of distress*) se utiliza para describir palabras o expresiones que describen el malestar físico o psicológico desde un ámbito cultural específico. (Kaiser & Weaver, 2022). Dichas expresiones pueden corresponder desde simples coloquialismos hasta síntomas, signos o incluso entidades nosológicas. Para que un concepto cultural de malestar se considere un síndrome, debe manifestarse en un contexto cultural específico, poseer un nombre reconocido por los sanadores locales y estar acompañado de una hipótesis etiológica y terapéutica desde ese marco cultural.

Enumerar siquiera de forma aproximada los *Conceptos Culturales de Malestar o Culture Bound Syndromes* en relación a víctimas de la tortura puede ser una tarea interminable (Simons & Hughes, 2012). En los últimos 30 años, se han publicado más de 100 trabajos con diferentes propuestas de términos y síntomas específicos que reflejarían reacciones psicológicas o psicosomáticas sobre experiencias de guerra, violencia, conflicto o tortura en casi todos los lugares geográficos donde se ha producido violencia extrema. Sólo a modo de ejemplo, hay una decena de trabajos, una revisión y dos capítulos que describen conceptos culturales de distrés para los supervivientes de Camboya, sugiriendo términos que, por cierto, no siempre son coincidentes en su significado y contexto de aplicación (Kidron & Kirmayer, 2019).

Los conceptos culturales de malestar no son diagnósticos. En cierto modo, “estar estresado” es un concepto cultural de malestar en las culturas occidentales que puede corresponderse o no con múltiples (o ningún) diagnóstico. Los conceptos culturales de malestar que la gente utiliza en su lenguaje nos acercan a la realidad en sus palabras y narrativa (Kidron & Kirmayer, 2019).

Podemos encontrar, sólo por mencionar algunos, el *Baksbat* (Coraje roto) en Camboya (Chhim, 2013), *la tensión* (crispación), el *bishi sinta* (pensamiento excesivo), *el feshar* (presión), *el gum zai nofara* (no poder dormir) y *el shoit-shoit lagon* (sentirse inquieto y/o atrapado) entre los refugiados rohinyás (Trang et al., 2024). *El hozun* y *el majnun* se han descrito entre los refugiados de Darfur (Rasmussen et al., 2011); *La brujería infantil* (como metáfora del sufrimiento psicosocial y traumático familiar) se ha descrito en supervivientes de tortura de Sierra Leona (Yoder et al., 2021), *pinsamientuwan* (pensamientos repetitivos, preocupaciones), *ñakary* (sufrimiento y distrés colectivos, castigo colectivo) o *Llaki* (pena, dolor encarnado) entre los quechuas de Perú (Pedersen et al., 2008, 2010), *Reflechi twòp* (pensar demasiado) en Haití (Kaiser et al., 2014), aunque se describen conceptos culturales similares en torno a pensar demasiado en muchas culturas (Kaiser et al., 2015);

Huzuni (tristeza profunda), *Msongo wa mawazo* (estrés, demasiados pensamientos) y *Hofu* (miedo) en los refugiados del Congo (Greene et al., 2023), *Sakit Hati* (distrés mental crónica relacionada con el resentimiento y la ira entre los refugiados expuestos a la persecución) en Papúa Occidental (Rees & Silove, 2011). En Nepal, Kohrt & Hruschka (2010) describieron hasta dieciséis conceptos culturales de malestar relacionados con el trauma y la tortura.

Algunos estudios muestran que los conceptos culturales de malestar podrían ser más útiles, en las evaluaciones forenses que las categorías occidentales. Chhim (2014) demostró, mientras realizaba informes periciales para las Cámaras Extraordinarias de los Tribunales de Camboya (CECC), que *el Baksbat* (Coraje roto) podía captar más síntomas de trauma entre los supervivientes del Jemer Rojo y proporcionar información única que iba más allá de la descrita por el estrés postraumático (TEPT). Por lo tanto, más importante que un catálogo de términos es la disponibilidad de metodologías que nos ayuden a comprender y describir adecuadamente las experiencias de sufrimiento grave de los supervivientes en contextos culturales específicos (Rechtman, 2000).

El pueblo mapuche posee un complejo sistema etnomédico con una clasificación de enfermedades de transmisión oral que combina lo físico, lo psicológico, lo psicosocial y lo espiritual, con tratamientos específicos adscritos a cada una de ellas (Pérez-Sales et al., 2000). Entre los mandinka Fox (2003) identificó cuatro síndromes postraumáticos: dos eran trastornos del corazón, uno afectaba a la mente y el último al cerebro. Estos síndromes actúan de forma acumulativa: Si los problemas del corazón son graves, esto conduce a una disfunción de la mente y, en última instancia, del cerebro. En cada etapa, los sanadores mandingas disponían de tratamientos específicos. En ambos casos, existe un sistema médico que proporciona un marco teórico para comprender el diagnóstico de los supervivientes de la tortura desde dentro de la cultura.

Williams (2021) ha demostrado cómo en la mayoría de los contextos los supervivientes de tortura navegan por ambos sistemas y a menudo se produce una hibridación entre lo emic y lo etic. En su estudio, en Uganda, las nociones psiquiátricas del sufrimiento traídas a la región por los programas de intervención humanitaria interactuaron con los conceptos locales del sufrimiento (basados en concepciones del espíritu) y la gente mostró, en sus relatos, una mezcla de conceptos occidentales con significados y explicaciones causales tradicionales.

El trauma es una experiencia universal, pero no una entidad universal, es una construcción social. La cultura configura la forma en que se percibe y se responde a la tortura y al trauma (Nicolas et al., 2014). Los expertos forenses deberían, en la me-

dida de lo posible, evitar limitar su trabajo para encajar al superviviente en categorías preestablecidas, sino intentar obtener una visión más profunda de las percepciones locales de distrés relacionados con el trauma y de cómo se entienden, interpretan, expresan y afrontan los síntomas (Bovey et al., 2024).

Aunque se ha debatido mucho sobre la validez transcultural del concepto de TEPT (Marsella, 2005) en la actualidad existen suficientes pruebas acumuladas que demuestran su base biológica, sus rasgos compartidos entre culturas y su utilidad (Hinton & Lewis-Fernández, 2011). Su uso no sólo permite un lenguaje forense común, sino también la comparación de los impactos entre personas de diferentes orígenes culturales y tipos de violencia, algo que sería imposible abordar únicamente desde una perspectiva emic. Los datos preliminares también apoyan en parte la validez transcultural del TEPT Complejo (Heim et al., 2022). El anexo 2 muestra una selección de datos epidemiológicos comparativos sobre el TEPT en la población general y en supervivientes de guerra y supervivientes de tortura en diferentes países y entornos culturales, mostrando la utilidad de su uso como concepto global compartido desde una perspectiva etic.

Entrevistar a supervivientes - Algunos elementos transculturales

En la evaluación transcultural hay que tener en cuenta algunos elementos especialmente complejos. Estos incluyen, entre otros

- El uso de *términos occidentales* para los que se supone que existe una traducción. En algunas culturas, no existen términos equivalentes a algunas expresiones populares occidentales como ansiedad o depresión. En algunos entornos culturales existen ciertas formas particulares de preguntar sobre el mal estar psicológico. Algunas preguntas habituales en Latinoamérica o África podrían ser: *¿Cómo está su corazón? ¿Cómo está su pensamiento?* El entrevistador podría tener respuestas como: *“mi corazón está débil”* o *“mis pensamientos no descansan”*; *“sigo teniendo dolores cerebrales”*; *“desde que salí de la cárcel, tengo un calor ardiente que me sube y me baja por el cuerpo”*, o *“por la noche siento hormigas que caminan dentro de mi cuerpo...”*. Como la mayoría de las personas son hoy en día biculturales, la ansiedad y la depresión serán probablemente comprendidas por todos los supervivientes, pero es una buena práctica ser consciente de cómo es la forma habitual de preguntar.

- Las culturas individualistas u occidentales son más proclives a hacer *revelaciones íntimas o personales*. Esto puede dar lugar a que el experto forense perciba a los individuos de culturas colectivistas como carentes de fiabilidad, de sinceridad o de capacidad para transmitir sus pensamientos con claridad. En

consecuencia, puede considerarse que muestran falta de consistencia o falta de credibilidad (Jubany, 2017).

- Además, existen diferencias culturales en cuanto al *tipo de preguntas o situaciones que se perciben como embarazosas*. En un entorno occidental, puede percibirse como socialmente inapropiado hacer comentarios fuera de contexto. En las culturas tradicionales, el hecho de interrumpir a otro individuo sin permitirle concluir su intervención o el hecho de levantar la voz para cortar el discurso con nuevos argumentos, puede percibirse como un quiebre grave de las normas culturales.
- Desde una perspectiva occidental, el *concepto de verdad o falsedad* es dicotómico. En las culturas colectivistas, por el contrario, puede haber un uso socialmente tolerado de las mentiras en aras de mantener el equilibrio en el diálogo o por el bienestar del grupo.
- Existen diferencias en el *sentido del humor* y a las culturas muy racionales les resulta más difícil encontrar divertidas las ideas absurdas y el humor o los chistes pueden no entenderse o incluso malinterpretarse.
- Por último, en las culturas colectivistas se hace un *uso flexible del tiempo* para cumplir con las obligaciones de reciprocidad social, mientras que en las culturas individualistas el tiempo se considera un recurso escaso que hay que racionar y controlar.

El Protocolo de Estambul : miradas transculturales

El Protocolo de Estambul (UNHR, 2022) ofrece algunas ayudas sobre los aspectos transculturales de la evaluación de supervivientes de tortura. En el anexo 1 hemos recogido los párrafos en los que se reflejan estos aspectos y los consejos que se dan al respecto. Hay elementos relacionados con la entrevista, el uso de traductores y la formulación del diagnóstico entre otros. Consideraremos aquí algunos aspectos que no se han desarrollado y complementaremos la información que allí se proporciona.

Aspectos éticos

El Protocolo de Estambul establece requisitos éticos muy estrictos para que pueda decirse que un informe sea adecuado. Algunos de estos requisitos éticos pueden requerir una perspectiva transcultural. El cuadro 3 resume algunos de estos aspectos.

Exploración física: normas culturales.

Diferentes elementos transculturales son relevantes en el reconocimiento médico:

Existen importantes diferencias culturales en las expectativas de los pacientes respecto al examen físico del médico. Para algunas personas, el hecho de que el médico se acerque al cuerpo, lo examine, lo toque y lo explore les da confianza e indica que el médico ha hecho bien su trabajo. Para otros puede considerarse

Tabla 3. *Visión transcultural de los aspectos éticos en la evaluación forense de un superviviente de tortura.*

Consentimiento informado	<p>Decisión individual o colectiva. En algunas culturas, el consentimiento puede estar influido por la familia, la comunidad o incluso las autoridades religiosas. Es esencial encontrar un cuidadoso equilibrio entre el respeto a la autonomía individual y las normas culturales, por un lado, y la flexibilidad de que otras personas puedan participar en el proceso, por otro.</p> <p>El lenguaje. El lenguaje utilizado en el proceso de consentimiento informado es de gran importancia. El documento de consentimiento informado debe redactarse en el lenguaje que mejor entienda el individuo. Esto implica la utilización de una terminología directa e inequívoca, desprovista de jerga jurídica o médica que pueda resultar confusa o intimidatoria.</p> <p>La comunicación no verbal puede emplearse para averiguar si el individuo está comprendiendo la información proporcionada y consintiendo realmente el curso de acción propuesto. Es importante asegurarse de que el individuo está comprendiendo realmente la información presentada y de que el consentimiento es verdaderamente informado.</p> <p>Equilibrio de poder. Algunos individuos pueden ser más sensibles a situaciones de desequilibrio de poder, sobre todo si el sujeto pertenece a un grupo marginado u oprimido. Desde una perspectiva reparadora, el proceso de consentimiento debe diseñarse para empoderar al individuo y garantizar que sienta que controla su decisión de participar. Esto implicaría dar a la persona un derecho claro a rechazar o retirar su consentimiento en cualquier momento.</p> <p>Preocupaciones sobre la confidencialidad: En comunidades pequeñas y en contextos en los que son frecuentes las disputas y los conflictos locales, las preocupaciones sobre la confidencialidad pueden ser especialmente pronunciadas. Es de suma importancia abordar estas preocupaciones y dilucidar la forma en que se salvaguardará la información, con vistas a prevenir cualquier daño potencial.</p> <p>Documentación culturalmente apropiada: Además, el método de documentación del consentimiento debe ser culturalmente apropiado. En algunas culturas, un acuerdo verbal puede considerarse más vinculante que uno escrito, mientras que en otras puede suceder lo contrario. El proceso debe respetar estas preferencias y, al mismo tiempo, cumplir las normas legales y éticas que se aplican en este contexto.</p>
Confidencialidad y privacidad	<p>Expectativas en torno a la privacidad y la confidencialidad. En algunas culturas, el concepto de privacidad se valora mucho y se mantiene estrictamente, mientras que en otras, la noción de privacidad puede extenderse a la comunidad o a la unidad familiar, en lugar de limitarse al individuo. Existe el riesgo de que el experto forense vulnere las expectativas colectivas de privacidad comunitaria. Puede justificarse la necesidad de privacidad en los fundamentos legales de la acción pericial. En algunos casos, un enfoque participativo puede resultar un medio eficaz para sortear una situación que, de otro modo, sería difícil. Una posible solución es realizar la entrevista de forma que permita distinguir entre los aspectos colectivos y los privados. Esto podría suponer abordar ciertos temas, como el relato de los hechos, de forma colectiva, mientras que otros aspectos, como la exploración médica y psicológica, se llevan a cabo de forma privada.</p>
Seguridad	<p>Conciencia legal: Es importante conocer las leyes y normativas locales relativas a la documentación y denuncia de la violencia. Por ejemplo, la violencia sexual puede tener consecuencias negativas inesperadas para la víctima en países donde existen leyes homófobas o el aborto está penalizado legalmente.</p> <p>Contexto global, pero también contexto local. En las comunidades pequeñas en las que existe un delicado equilibrio entre diferentes grupos étnicos o familias en conflicto, el hecho de visitar o entrevistar a los residentes de una casa en concreto no es neutral. Es necesario tener en cuenta los papeles y el equilibrio de poder dentro de la comunidad a la hora de determinar cómo llevar a cabo la evaluación. Es especialmente importante evitar señalar a las personas que desempeñan funciones de liderazgo, sobre todo a las mujeres o familias empoderadas que pueden estar en el centro de las amenazas.</p> <p>Relaciones comunitarias y riesgo de represalias: La posibilidad de reacciones violentas o represalias puede ser mayor en comunidades muy unidas en las que denunciar puede afectar no sólo al individuo sino también a la familia o a la comunidad en general. Algunos miembros de la comunidad pueden sentirse temerosos o vulnerables por el hecho de que otros denuncien.</p>

se innecesario e invasivo y considerar que el médico debe fiarse de su relato. Es importante hacer preguntas por adelantado en el proceso de consentimiento informado y tener en cuenta las preferencias culturales a la hora de organizar el examen. (Costanzo & Verghese, 2018). También es importante tener en cuenta los elementos culturales a la hora de decidir si un familiar u otra persona de confianza debe estar presente en el examen físico de la persona. En los entornos culturales árabes, el marido puede querer estar presente en el examen de su mujer y es importante, si la examinadora no es mujer, poder contar en su lugar con la presencia de trabajadoras sanitarias durante el examen.

Toma de historia clínica

El examen médico se basa en una historia clínica exhaustiva similar a la que se realizaría con cualquier otro paciente atendido por primera vez en atención primaria. Esto incluye una anamnesis y un examen sistemático por aparatos, que incluye no sólo la observación externa de las lesiones sino también un examen cardiológico, respiratorio, abdominal, musculoesquelético, de los órganos sensoriales, etc.

Algunas nociones de medicina tropical serán útiles para los pacientes procedentes de zonas donde existen enfermedades infecciosas poco comunes, especialmente si el superviviente estuvo recluido en cárceles superpobladas o en lugares insalubres. También deben explorarse las condiciones dietéticas.

Una perspectiva transcultural permitirá un examen específico con especial énfasis en la detección de los métodos de tortura prevalentes en una zona determinada. Así, por ejemplo, la falanga requiere un examen físico específico de la planta del pie y la observación de la postura y el modo de la movilidad y la bipedestación que con frecuencia no se realizan de forma rutinaria. Saber que la falanga es un método de tortura muy utilizado, por ejemplo, en Sudán, Egipto o Siria permitirá realizar interrogatorios y exámenes específicos a los supervivientes de estos países. El uso de la tortura sexual con introducción de objetos por el ano contra militantes saharauis por parte de la policía marroquí permite una anamnesis específica y un eventual examen. Existen repetidos informes de tortura contra los órganos sexuales en China que no se denunciarán a menos que se pregunte específicamente.

El conocimiento de las prácticas culturales también puede ayudar a realizar un diagnóstico diferencial en los casos en los que algunas prácticas culturales pueden confundirse con la tortura. Así, por ejemplo, Einterz (2018) informó de la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial en las culturas centroafricanas entre las lesiones cutáneas causadas por la tortura y las lesiones cutáneas causadas por la escarificación ritual. En los niños que han estudiado en escuelas coránicas del norte de África o Afganistán son frecuentes las marcas y cicatrices en piernas y

brazos como consecuencia de los golpes con palos propinados por los profesores.

Marcadores biológicos

Los parámetros biológicos deben evaluarse con precaución. Por ejemplo, en ciertas zonas endémicas de paludismo puede haber niveles normativos de referencia de hemoglobina en sangre que se considerarían indicativos de anemia en otros entornos. Existen parámetros analíticos que pueden verse influidos por la zona de la que proceda la persona.

También hay que tener en cuenta que, en la tortura farmacológica, existen diferencias en el impacto de los fármacos en distintas zonas geográficas debido a las diferencias en la metabolización hepática (Lin & Lin, 2015). El efecto de los psicofármacos puede ser diferente del esperado en los entornos habituales del evaluado.

Cribado del dolor

El síntoma más importante en el examen médico de las víctimas de tortura es el dolor. Hasta el 60% de los supervivientes presentan formas crónicas de dolor asociadas a la tortura. (Baird et al., 2017; de C Williams & Baird, 2016)

Es importante comprender la diferencia entre el dolor (como manifestación neurológica del daño) y el sufrimiento (como expresión subjetiva del dolor) (Bustan et al., 2015). Es primordial comprender las variaciones culturales en la expresión del sufrimiento, las normas sociales y el comportamiento esperado a la hora de interpretar los signos del examen (Abd-El-sayed, 2019; Lasch, 2000) y las conexiones entre los acontecimientos traumáticos, la cultura y el dolor.

Manifestaciones neurológicas

El diagnóstico diferencial entre algunas afecciones somáticas con síntomas conversivos y disociativos y los trastornos neurológicos subyacentes puede resultar a veces difícil. Esto es especialmente complejo en el caso de las pseudocrisis. Una anamnesis adecuada, una comprensión cultural de los síntomas, la existencia de una percepción cultural de la enfermedad y la realización de algunas pruebas complementarias (como un EEG o un estudio de sueño) pueden ayudar en el diagnóstico diferencial (Moreno & Peel, 2004).

Examen psicológico: etic y emic

En una evaluación forense, el clínico debe incluir una evaluación desde las perspectivas emic y etic. En cuanto al enfoque ético, la entrevista corresponde a los criterios estándar desarrollados en el Protocolo de Estambul (capítulos 4 a 6). El cuadro 4 resume los pasos para una evaluación emic del superviviente.

Tabla 4. *Evaluación Emic*

1. Descripción de los síntomas provocados por la tortura con las propias palabras de la persona. Aclaración de los síntomas y expresiones usadas por la persona.
2. Consideración de si los síntomas podrían corresponder a algunos conceptos culturales de estrés de acuerdo con el entorno cultural al que pertenece la persona. En ese caso, intentar aclarar cuándo se utiliza la expresión y qué situaciones lo producen.
3. Si la persona padeció estos síntomas o síndrome anteriormente en su vida y qué tratamiento se le prescribió dentro de la cultura. Si, en ese momento, acudió o fue llevado por la familia a un sanador tradicional y qué tipo de tratamiento recibió.
4. Atribución causal de estos síntomas culturales. Razones por las que los síntomas aparecen en relación con la tortura y explicaciones probables, especialmente (a) si pueden atribuirse a algún tipo de transgresión, daño o influencia externa distinta de la tortura. (b) por qué la tortura produciría estos síntomas.
5. Exploración de los comportamientos de enfermedad y del impacto funcional y sobre el proyecto de vida de los síntomas.

Entrevistas de formulación cultural.

Diferentes modelos intentan proporcionar directrices sobre cómo realizar la entrevista psiquiátrica. La Entrevista de Formulación Cultural (CFI) del DSM-5 incluye preguntas que exploran la identidad cultural del individuo, las explicaciones culturales de la enfermedad, los factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y los niveles de funcionamiento, y los elementos culturales de la relación médico-paciente (Lewis-Fernández et al., 2020)

Kleinman (1988) ha desarrollado un modelo extenso y muy detallado sobre cómo explorar los problemas de salud mental en diferentes culturas. Tiene cuatro secciones que incluyen el preguntar a los pacientes sobre su comprensión de la causa, el curso y el tratamiento de su enfermedad, así como sobre sus expectativas de atención.

*Visión transcultural de las herramientas psicométricas.**Cuestionarios adaptados a la cultura y el contexto*

Un análisis psicométrico es esencial cuando se trata de objetivar las consecuencias de los malos tratos o la tortura. Pero esto conlleva retos adicionales. En el caso de estudios poblacionales grandes, puede plantearse el desarrollo de instrumentos ad hoc adaptados al contexto y a la cultura. En la mayoría de los casos, sin embargo, el experto forense tendrá que recurrir a instrumentos previamente desarrollados y validados interculturalmente. El cuadro 5 ofrece una lista de instrumentos que han sido validados en una amplia gama de culturas

En circunstancias en las que se requieran varias evaluaciones forenses de población de un mismo entorno cultural, puede considerarse una vía alternativa a través del desarrollo de un instrumento psicométrico basado en los conceptos culturales locales de estrés. Se han propuesto diversas metodologías (Bachem et al., 2024; Bolton et al., 2013; Fabian et al., 2018; Weaver et

al., 2022) aunque todas ellas requieren una cantidad de tiempo considerable (Patel & Hall, 2021)

Análisis de credibilidad

Existen algunos aspectos transculturales de la credibilidad en los supervivientes de torturas, que un experto forense debe conocer:

- **Estereotipos y sesgos:** Los evaluadores pueden aplicar inconscientemente estereotipos o sesgos culturales al evaluar la credibilidad de los síntomas. Por ejemplo, ciertos grupos culturales pueden ser percibidos injustamente como veraces o fiables, lo que puede influir en el proceso de evaluación.
- **Normas culturales relativas a las emociones:** En algunas culturas, mostrar emociones como el miedo, la tristeza o la ira puede estar proscrito, lo que puede llevar a infradeclarar o minimizar los síntomas. Esto podría malinterpretarse como una falta de credibilidad, atribuida a una disonancia entre el relato de los hechos y las emociones con que éste se expresa. Las personas de culturas con una elevada expresión de emociones tienden a ser consideradas más creíbles que las de culturas más contenidas. Lo mismo puede aplicarse a la comunicación no verbal. Por ejemplo, evitar el contacto visual suele considerarse en la cultura occidental como un signo de falta de credibilidad, mientras que en muchas culturas podría ser simplemente una señal de respeto.
- **Estructura de la memoria y sentido del tiempo.** Mientras que algunas culturas tienden a relatar los acontecimientos de forma lineal, otras tienden a recordar acontecimientos clave, sin una línea temporal clara. (Jobson & O’Kearney, 2006). Las dificultades para organizar la información en el tiempo pueden hacer que el relato parezca carente de credibilidad. Además, algunas culturas acentúan la tendencia a suprimir los recuerdos traumáticos, mientras que otras tienden a compartirlos y a mantenerlos estructurados en un relato colectivo.

Tabla 5. Herramientas psicométricas con una perspectiva transcultural.

Trastorno de estrés postraumático	
Cuestionario de Trauma de Harvard (HTQ) (Berthold et al., 2019; Shoeb et al., 2007)	El HTQ se ha traducido a más de 30 idiomas y se ha validado y utilizado en unos 50 países. Incluye tanto una lista de comprobación de acontecimientos traumáticos como preguntas sobre síntomas basadas en los criterios del DSM. Se ha actualizado periódicamente a las nuevas versiones del DSM. Los estudios transculturales han mostrado diferencias muy ligeras entre las puntuaciones de corte de la versión inglesa (2,5) y las de otras culturas (Palestina Ocupada (2,3); Irak (2,2); Bosnia (2,6).
Postraumatic Stress Disorder Checklist- Versión civil (PCL-C) / PCL-5 (para DSM-V) (Blanchard et al., 1996; Weathers et al., 1991)	La PCL-C se ha traducido a unos 30 idiomas y se utiliza en un número similar de países. Aunque se basa en los diagnósticos del DSM, algunas de las versiones incluyen un ajuste del lenguaje y una ligera modificación de los ítems para adaptarlos a las normas culturales y a las experiencias de trauma. La mayoría de los estudios se limitan a traducir el cuestionario pero siguen utilizando las puntuaciones inglesas (punto de corte 33). En algunos de los estudios se recalibraron las puntuaciones de corte (por ejemplo, en China, Japón, Brasil y México), aunque los resultados siempre oscilaron bastante cerca de la validación original en inglés (rango de puntuaciones de corte de 30 a 38).
Otras herramientas alternativas para el TEPT traducidas y/o validadas a más de 20 idiomas de todo el mundo	Escala de impacto de los acontecimientos revisada (IES-R) Escala de TEPT administrada por el clínico (CAPS) Cuestionario de antecedentes traumáticos (THQ) Escala de trauma de Davidson (DTS) Escala de síntomas de TEPT infantil (CPSS)
Depresión	
Herramientas traducidas o validadas en más de 20 idiomas de todo el mundo	Inventario de depresión de Beck (BDI) Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9): Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D):
Calidad de vida	
	WHOQOL-BREF (Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud - BREF. evalúa la calidad de vida en cuatro ámbitos: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. Se diseñó específicamente para su uso transcultural y se ha validado en múltiples países e idiomas (OMS, 1996) SF-36 (Encuesta breve de salud) EQ-5D (Dimensión EuroQol-5)

Esto influirá en la forma en que se recuerden posteriormente los acontecimientos.

- **Comportamiento de búsqueda de ayuda.** Ciertas culturas tienden a mantener los acontecimientos traumáticos en privado. El forense podría sorprenderse de que nunca se hayan compartido experiencias muy traumáticas y considerarlo una prueba de falta de credibilidad.

Síntesis: una forma breve de un formato culturalmente sensible para un peritaje transcultural acorde al Protocolo de Estambul.

La tabla 6 resume los principales puntos a tener en cuenta para realizar una evaluación transcultural de una persona superviviente de tortura basada en el Protocolo de Estambul.

Tabla 6. Puntos a tener en cuenta para la evaluación transcultural de un superviviente de tortura.

Aspectos éticos	<ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado - decisión individual o colectiva - Lenguaje - Comunicación no verbal - Atención al desequilibrio de poder - Preocupación por la confidencialidad - Documentación culturalmente apropiada. - Confidencialidad y privacidad- negociación de expectativas - Seguridad - Conciencia jurídica - Atención al contexto local - Relaciones comunitarias y riesgos de represalias.
Tiempo y espacio	<ul style="list-style-type: none"> - Consideración de la distancia, posición de las sillas - Consideración cuidadosa del estilo de entrevista: preguntas abiertas, evitar interrupciones o ser demasiado directivo.
Uso de traductores	<ul style="list-style-type: none"> - Evite a los familiares - Discuta de antemano las expectativas, los aspectos éticos y las formas de hablar con los supervivientes (véase la guía de PI).
Protocolo de Estambul	
Historia psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Poner un foco en la comunidad y la familia - Tenga en cuenta la familia en un sentido antropológico amplio y no en un sentido biológico restringido - Espere un sentido del tiempo no occidental - Es probable que la persona normalice o minimice los problemas de apego o las vulnerabilidades en la infancia - El papel de los antepasados
Relato de los hechos	<ul style="list-style-type: none"> - Atención a las expresiones verbales y no verbales de distrés. - Las expresiones de emociones no tienen por qué ser culturalmente congruentes con las expectativas del examinador, Evite juzgar una aparente falta de emociones, Pregunte de antemano a los mediadores culturales
Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis, incluidos los conceptos culturales de malestar y enfermedad y las concepciones culturales de la salud y la enfermedad - Tras la entrevista habitual, considere las preguntas relacionadas con una perspectiva emic (véase el cuadro 4) - Examen sistemático con consideración de las enfermedades prevalentes en la zona geográfica del superviviente - Sensibilidad cultural al interrogatorio sobre temas sensiblesLa falta de respuesta no significa que no ocurriera
Reconocimiento médico	<ul style="list-style-type: none"> - Normas y expectativas culturales relativas al examen físico, incluido el contacto físico y las personas presentes en la sala (véase el cuadro sobre aspectos éticos) - Preste especial atención a la exploración de signos o marcas de métodos de tortura frecuentes en la zona - Conocimiento de prácticas religiosas o culturales probablemente asociadas a marcas o deformidades corporales
Examen psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Relatividad cultural de los síntomas, incluyendo oír voces, alucinaciones visuales u otros síntomas psicóticos occidentales clásicos. - Especial atención al dolor y al sufrimiento como expresiones de distrés y, la relación del dolor (localización, intensidad, desencadenantes, cogniciones) con el trauma, la crisis y la pérdida. - Combine el diagnóstico occidental (Etic) con las concepciones culturales de la distrés (Emic) si son relevantes para el supervivienteIntente vincular ambos en un mapa de relaciones causales. - Atención a los sueños - Utilización de herramientas validadas transculturalmenteEvite cualquier test de inteligencia, personalidad o proyectivo. - Consideración cuidadosa de los tests neuropsicológicos

- Análisis de consistencia – Incluya consideraciones culturales a la hora de decidir el nivel de consistencia
- Análisis de credibilidad – Atención a los estereotipos y a los prejuicios personales
 – No base la credibilidad en las emociones a menos que tenga experiencia con la expresión de las emociones en ese entorno cultural
 – La incoherencia en los detalles es una regla y no una excepción Espere que el relato global de los hechos sea creíble basándose en la coherencia interna, las fuentes de triangulación y el análisis de los impactos
 – Las dificultades para organizar la información en el tiempo no son un signo de falta de credibilidad
 – El comportamiento de búsqueda de ayuda y las estrategias de afrontamiento deben ser acordes con la cultura y no con las expectativas occidentales.
- Conclusiones – Incluya los aspectos culturales en el análisis causal que relaciona los acontecimientos, la tortura, los impactos y las secuelas
 – Incluya consideraciones familiares y comunitarias cuando sea pertinente
 – Incluir la cultura en el análisis del impacto sobre los proyectos de vida y el bienestar
 – Si en el informe se proponen medidas de reparación, converse con el superviviente las formas de reparación simbólica o comunitaria, además de las individuales.

Referencias

- Abd-Elseyed, A. (2019). *Pain. A review guide* (A. Abd-Elseyed (ed.)). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-99124-5>
- Alexander, A., Blake, S., & Bernstein, M. A. (2007). The staying power of pain. A comparison of torture survivors from Bosnia and Colombia and their rates of anxiety, depression and PTSD. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 17, 1–10. <https://doi.org/2007-1.2005-0018> [pii]
- Bachem, R., Mazza, A., Eberle, D. J., & Maercker, A. (2024). A new approach to cultural scripts of trauma sequelae assessment: The sample case of Switzerland. *PLoS ONE*, 19(4 April), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301645>
- Baird, E., Williams, A. C. de C., Hearn, L., & Amris, K. (2017). Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012051.pub2>
- Berthold, S. M., Mollica, R. F., Silove, D., Tay, A. K., Lavelle, J., & Lindert, J. (2019). The HTQ-5: Revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European Journal of Public Health*, 29(3), 468–474. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky256>
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 669–673. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V5W-3VWPX4H-X/2/d73c43a854e0d0743ca6e854118b6155>
- Bolton, P., Michalopoulos, L., Ahmed, A. M. A., Murray, L. K., & Bass, J. (2013). The mental health and psychosocial problems of survivors of torture and genocide in Kurdistan, Northern Iraq: a brief qualitative study. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 23(1), 1–14.
- Bovey, M., Hosny, N., Dutray, F., & Heim, E. (2024). PTSD and complex PTSD manifestations in Sub-Saharan Africa: A systematic review of qualitative literature. *SSM - Mental Health*, 5(September 2023), 100298. <https://doi.org/10.1016/j.ssmh.2024.100298>
- Bustan, S., Gonzalez-Roldan, A. M., Kamping, S., Brunner, M., Löffler, M., Flor, H., & Anton, F. (2015). Suffering as an independent component of the experience of pain. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 19(7), 1035–1048. <https://doi.org/10.1002/ejp.709>
- Chhim, S. (2013). Baksbat (Broken Courage): A Trauma-Based Cultural Syndrome in Cambodia. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 32(2), 160–173. <https://doi.org/10.1080/01459740.2012.674078>
- Chhim, S. (2014). A Place for Baksbat (Broken Courage) in Forensic Psychiatry at the Extraordinary Chambers in the Courts of Cambodia (ECCC). *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(2), 286–296. <https://doi.org/10.1080/13218719.2013.809652>
- Costanzo, C., & Verghese, A. (2018). The Physical Examination as Ritual: Social Sciences and Embodiment in the Context of the Physical Examination. *Medical Clinics of North America*, 102(3), 425–431. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.12.004>
- Davies, J. (2018). *The Making Of Psychotherapists*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429482373>
- de C Williams, A. C., & Baird, E. (2016). Special Considerations for the Treatment of Pain from Torture and War. *Current Anesthesiology Reports*, 6(4), 319–326. <https://doi.org/10.1007/s40140-016-0187-0>
- Dow, J. (1982). Universal Aspects of Symbolic Healing: *American Anthropologist*, 88(1), 56–69.
- Einterz, E. (2018). Recognizing culturally related findings on refugee physical examinations. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(4), 653–657. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.04.170375>
- Fabian, K., Fannoh, J., Washington, G. G., Geninyan, W. B.,

- Nyachienga, B., Cyrus, G., Hallowanger, J. N., Beste, J., Rao, D., & Wagenaar, B. H. (2018). "My Heart Die in Me": Idioms of Distress and the Development of a Screening Tool for Mental Suffering in Southeast Liberia. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(3), 684–703. <https://doi.org/10.1007/s11013-018-9581-z>
- Fox, S. H. (2003). The Mandinka Nosological System in the Context of Post-Trauma Syndromes. *Transcultural Psychiatry*, 40(4), 488–506. <https://doi.org/10.1177/1363461503404002>
- Greene, M. C., Ventevogel, P., Likindikoki, S. L., Bonz, A. G., Turner, R., Rees, S., Misinzo, L., Njau, T., Mbwambo, J. K. K., & Tol, W. A. (2023). Why local concepts matter: Using cultural expressions of distress to explore the construct validity of research instruments to measure mental health problems among Congolese women in Nyarugusu refugee camp. *Transcultural Psychiatry*, 60(3), 496–507. <https://doi.org/10.1177/13634615221122626>
- Harris, M. (1976). History and Significance of the EMIC/ETIC Distinction. *Annual Review of Anthropology*, 5(1), 329–350. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.05.100176.001553>
- Heim, E., Karatzias, T., & Maercker, A. (2022). Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 93(March), 102143. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102143>
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: Implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 783–801. <https://doi.org/10.1002/da.20753>
- IIDH. (2010). *Acceso a la justicia de los pueblos indígenas: los peritajes culturales y la visión de pobreza desde su cosmovisión*. Instituto Interamericano de derechos Humanos.
- Jobson, L., & O'Kearney, R. (2006). Cultural differences in autobiographical memory of trauma. *Clinical Psychologist*, 10(3), 89–98. <https://doi.org/10.1080/13284200600939892>
- Jubany, O. (2017). Screening asylum in a culture of disbelief: Truths, denials and skeptical borders. In *Screening Asylum in a Culture of Disbelief: Truths, Denials and Skeptical Borders*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-40748-7>
- Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Kohrt, B. A., Bolton, P. A., Bass, J. K., & Hinton, D. E. (2015). "Thinking too much": A systematic review of a common idiom of distress. *Social Science & Medicine*, 147, 170–183. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.044>
- Kaiser, B. N., McLean, K. E., Kohrt, B. A., Hagaman, A. K., Wagenaar, B. H., Khoury, N. M., & Keys, H. M. (2014). Reflechi twòp--thinking too much: description of a cultural syndrome in Haiti's Central Plateau. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 38(3), 448–472. <https://doi.org/10.1007/s11013-014-9380-0>
- Kaiser, B. N., & Weaver, L. J. (2022). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 59(4), 395–398. <https://doi.org/10.1177/13634615221110665>
- Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., ... Zucker, N. (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
- Kidron, C. A., & Kirmayer, L. J. (2019). Global Mental Health and Idioms of Distress: The Paradox of Culture-Sensitive Pathologization of Distress in Cambodia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 43(2), 211–235. <https://doi.org/10.1007/s11013-018-9612-9>
- Kirmayer, L. J., Ban, L., & Jaranson, J. (2018). Cultural logics of emotion: Implications for understanding torture and its sequelae. *Torture Journal*, 28(1), 84–100.
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., & Lashley, M. (2007). The place of culture in forensic psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(1), 98–102.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. Free Press.
- Kohrt, B. a, & Hruschka, D. J. (2010). Nepali concepts of psychological trauma: the role of idioms of distress, ethnopsychology and ethnophysiology in alleviating suffering and preventing stigma. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(2), 322–352. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9170-2>
- Lasch, K. E. (2000). Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing*, 1(3), 16–22. <https://doi.org/10.1053/jpmn.2000.9761>
- Leff, J. (1988). *Psychiatry around the globe: A transcultural view*. Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Levi-Strauss, C. (1964). *Anthropologie structurale/Structural anthropology*. Penguin.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., & Kirmayer, L. J. (2020). The Cultural Formulation Interview: Progress to date and future directions. *Transcultural Psychiatry*, 57(4), 487–496. <https://doi.org/10.1177/1363461520938273>
- Lin, K., & Lin, M. T. (2015). Psychopharmacology: Ethnic and Cultural Perspectives. *Psychiatry*, 2041–52.
- Marsella, A. J. (2005). Culture and conflict: Understanding, negotiating, and reconciling conflicting constructions of reality. In *International Journal of Intercultural Relations* (Vol. 29, pp. 651–673). <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.012>
- Meger, S. (2010). Rape of the Congo: Understanding sexual violence in the conflict in the Democratic Republic of Congo. *Journal of Contemporary African Studies*, 28(2), 119–135. <https://doi.org/10.1080/02589001003736728>
- Moreno, A., & Peel, M. (2004). Posttraumatic seizures in survivors of torture: manifestations, diagnosis, and treatment. *Journal of Immigrant Health*, 6, 179–186. <https://doi.org/10.1023/B:JOIH.0000045255.64395.d1>
- Nicolas, G., Wheatley, A., & Guillaume, C. (2014). Does one trauma fit all? Exploring the relevance of PTSD across cultures. *International Journal of Culture and Mental Health*, March 2015, 1–12. <https://doi.org/10.1080/17542863.2014.892519>
- Patel, A. R., & Hall, B. J. (2021). Beyond the DSM-5 Diagnoses: A Cross-Cultural Approach to Assessing Trauma Reactions. *Focus*, 19(2), 197–203. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200049>
- Pedersen, D., Kienzler, H., & Gamarra, J. (2010). Llaki and Ñakary: Idioms of Distress and Suffering Among the Highland Quechua in the Peruvian Andes. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 279–300. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9173-z>
- Pedersen, D., Tremblay, J., Errázuriz, C., & Gamarra, J. (2008).

- The sequelae of political violence: Assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands. *Social Science and Medicine*, 67(2), 205–217. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.040>
- Pérez-Sales, P. (2004). *Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases prácticas para la acción*. Desclee de Brower.
- Pérez-Sales, P., Durán-Pérez, T., & Herzfeld, R. B. (2000). Long-term psychosocial consequences in first - degree relatives of people detained - disappeared or executed for political reasons in Chile. A study in Mapuce and Non-Mapuce persons. *Psicothema*, 12(SUPPL. 1).
- Raingruber, B., & Kent, M. (2003). Attending to Embodied Responses: A Way to Identify Practice-Based and Human Meanings Associated With Secondary Trauma. *Qualitative Health Research*, 13(4), 449–468.
- Ramcharan, B. G. (1998). How Universal Are Human Rights?. A Debate About Power Rather Than Rights. *IPG*, 423–438.
- Rasmussen, A., Katoni, B., Keller, A. S., & Wilkinson, J. (2011). Posttraumatic idioms of distress among Darfur refugees: Hozun and Majnun. *Transcultural Psychiatry*, 48(4), 392–415. <https://doi.org/10.1177/1363461511409283>
- Rechtman, R. (2000). Stories of Trauma and Idioms of Distress: From Cultural Narratives to Clinical Assessment. *Transcultural Psychiatry*, 37(3), 403–415.
- Rees, S., & Silove, D. (2011). Sakit Hati: A state of chronic mental distress related to resentment and anger amongst West Papuan refugees exposed to persecution. *Social Science and Medicine*, 73(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.004>
- Shoeb, M., Weinstein, H., & Mollica, R. (2007). *The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Iraqi Refugees*. <https://doi.org/10.1177/0020764007078362>
- Simons, R. C., & Hughes, C. C. (2012). *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Springer Science & Business Media.
- Sökefeld, M. (1999). Debating self, identity, and culture in anthropology. *Current Anthropology*, 40(4), 417–447. <https://doi.org/10.1086/200042>
- The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma: Bessel van der Kolk MD: 9780670785933: Amazon.com: Books*. (n.d.). Retrieved May 9, 2014, from http://www.amazon.com/Body-Keeps-Score-Healing-Trauma/dp/0670785938/ref=sr_1_1?s=books&ie=UTF8&qid=1399676469&sr=1-1
- Theidon, K. (2004). Entre prójimos: El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú. In *Instituto de Estudios Peruanos* (Vol. 1, Issue 1).
- Trang, K., Hiott, C., Rahim, A. K., Rahman, S., & Wuermli, A. J. (2024). A qualitative study of cultural concepts of distress among Rohingya refugees in Cox's Bazar, Bangladesh. *Conflict and Health*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00606-4>
- Tsakiris, M., & Preester, H. De. (2019). *The interoceptive mind. From homeostasis to awareness*. Oxford University Press.
- UNHR. (2022). *Istanbul Protocol. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman o degrading treatment or punishment*. Office of the High Commissioner of Human Rights. <https://doi.org/10.2307/j.ctt207g8gw>
- Vargas-Forman, R., Viera-Bravo, P., & Pichún-Collonao, J. (2022). Pueblo mapuche vs Estado de Chile ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos: experiencia del lof Temulemu. *Revue Québécoise de Droit International*, 2022-June(Special issue), 81–104. <https://doi.org/10.7202/1091081ar>
- Vargas, R. (2017). *Pewmas / Sueños de Justicia. Lonkos y dirigentes mapuche vs Chile en la Corte Interamericana: Testimonios y evidencia de los efectos psicosociales de la Ley Antiterrorista*. LOM Ediciones.
- Weathers, F. W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1991). *The PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)*. National Center for PTSD – Behavioral Science Division.
- Weaver, L. J., Krupp, K., & Madhivanan, P. (2022). Conceptual and methodological challenges in idioms of distress research: Common questions and a step-by-step guide. *Transcultural Psychiatry*, 59(4), 399–412. <https://doi.org/10.1177/13634615211042235>
- WHO. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [document on the inter-net]*. Geneva: World Health Organization; 1996. www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- Williams, L. H. (2021). Negotiating languages of suffering in northern Uganda. *Qualitative Studies*, 6(1), 142–157. <https://doi.org/10.7146/qs.v6i1.124456>
- Yoder, H. N. C., de Jong, J. T. V. M., Tol, W. A., Duncan, J. A., Bayoh, A., & Reis, R. (2021). Child witchcraft confessions as an idiom of distress in Sierra Leone; results of a rapid qualitative inquiry and recommendations for mental health interventions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00370-w>

Anexo 1. Aspectos transculturales en la versión actualizada de 2022 del Protocolo de Estambul. Dónde y cómo se tiene en cuenta la transculturalidad

La versión revisada del Protocolo de Estambul ha incluido algunas consideraciones generales sobre los aspectos transculturales en la evaluación forense de los supervivientes de tortura.

Investigación jurídica de la tortura (# 210)

Las autoridades que investigan deben tener competencia cultural relacionada con la presunta víctima

Uso de traductores (#219, 296-298)

- Evite a los miembros de la familia, especialmente a los niños; Prefiera intérpretes formados, que trabajen previamente en equipo con el clínico; Evite a los co.detenidos (#219)
- Normas relativas al uso de intérpretes
 - Informe a los intérpretes antes de la entrevista
 - Discuta la confidencialidad y los aspectos éticos.
 - Introducir algunas de las lenguas específicas utilizadas
 - Los intérpretes deben (a) hablar directamente a las víctimas y a los testigos; (b) utilizar únicamente un lenguaje directo (“por favor, ¿puede describir lo sucedido?”; no “el investigador pregunta qué ha sucedido”); (c) utilizar técnicas de escucha activa (postura, asentimiento y contacto visual respetuoso); (d) ser capaces de controlar sus respuestas emocionales y mostrar empatía y sensibilidad; y (e) no editorializar, es decir, interpretar exactamente lo que se dice y nada más (f) ayudar a comprender el lenguaje corporal, la expresión facial, el silencio, el tono de voz y los gestos.

Consideraciones generales para las entrevistas (#294-295; 341)

- Los clínicos que realizan evaluaciones de víctimas de presuntas torturas deben tener (...) humildad cultural
- El clínico debe intentar comprender el sufrimiento mental en el contexto de la propia experiencia, circunstancias, creencias y normas culturales del entrevistado
- Los modismos de distrés pueden ser métodos culturalmente específicos o lingüísticos para expresar un sentimiento o una experiencia. La cultura y el idioma también pueden influir en la forma de conceptualizar y describir una enfermedad, un síntoma o una experiencia concretos. El conocimiento y el aprendizaje constante de las expresiones idiomáticas de la distrés y las conceptualizaciones del dolor y la enfermedad específicas de cada cultura son de suma importancia para realizar la entrevista y formular la impresión y la conclusión clínicas.

- Los entrevistadores también deben ser conscientes de la dinámica sociocultural de su propia identidad y de cómo las percepciones implícitas y explícitas de poder, etnia, nacionalidad, género, edad, orientación sexual y estatus socioeconómico pueden influir en la entrevista
- Los entrevistadores deben asegurarse de comportarse de una manera que no ofenda las sensibilidades culturales o religiosas. Si no son conscientes de ello, corren el riesgo de alienar a la persona y/o hacer que se sienta incómoda, lo que dará lugar a una entrevista menos eficaz.
- Es importante recordar que las distintas culturas tienen conceptos diferentes de lo que es un comportamiento normal en una entrevista

Violencia sexual y de género (#282, 600)

- Tanto la tortura sexual como la basada en el género dependen de la dinámica de poder implicada y pueden cambiar en función del contexto social, cultural y religioso. Aunque no se alegue una agresión sexual explícita, muchas formas de tortura tienen aspectos sexuales o de género que deben tenerse en cuenta en la evaluación
- Estar familiarizado con los factores sociales, culturales y políticos específicos que pueden haber influido en la salud física y mental de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales.

Evaluación psicológica (#493, #539)

- La investigación transcultural revela que los métodos fenomenológicos o descriptivos son los enfoques más útiles cuando se intenta evaluar trastornos psicológicos o psiquiátricos. Lo que en una cultura se considera un comportamiento desordenado o una enfermedad puede no serlo ser visto como patológico en otro.
- Los tests psicológicos de personalidad y la evaluación neuropsicológica carecen de validez transcultural

Validez transcultural del diagnóstico occidental (#494)

- El diagnóstico de TEPT se ha aplicado a una gama cada vez más amplia de individuos
- que sufren el impacto de muy diversos tipos de violencia. Sin embargo, la utilidad de este diagnóstico ha sido cuestionada por muchos motivos, incluida su aplicabilidad universal

No obstante, las pruebas sugieren que existen tasas elevadas de TEPT y

- síntomas depresivos entre poblaciones de refugiados traumatizados de muy diversos orígenes étnicos y culturales

Relevancia cultural de los síntomas (#497-498, 509)

- Las culturas occidentales adolecen de una excesiva medicalización de los procesos psicológicos. La idea de que el sufrimiento mental representa un trastorno que reside en un individuo y que presenta un conjunto de síntomas típicos puede resultar inaceptable para muchos miembros de la sociedad no occidental.
- Sociedades occidentales. En la medida de lo posible, el clínico evaluador debe intentar relacionar el sufrimiento mental en el contexto de las creencias y normas culturales del individuo.
- La expresión de la distrés puede estar matizada o mediada por la cultura y el contexto social, por ejemplo según la experiencia de la vergüenza, el miedo a las represalias y el temor a un mayor estigma o ostracismo dentro de la familia o la comunidad. La evaluación psicológica debe tener como objetivo alcanzar una comprensión de las múltiples reacciones psicológicas,

psicosomáticas y psicosociales a corto y largo plazo, más allá de una posible clasificación psiquiátrica y sin limitarse a ella

- Interpretación errónea de los síntomas psicóticos. Las diferencias culturales y lingüísticas, así como los recuerdos y las ansiedades, pueden provocar una interpretación errónea de los síntomas psicóticos. Antes de diagnosticar a alguien como psicótico (que sufre un trastorno mental caracterizado por una percepción o procesamiento distorsionado de la realidad), los síntomas deben evaluarse dentro del contexto cultural único del individuo. Las reacciones psicóticas pueden ser breves o prolongadas, y los síntomas pueden aparecer mientras la persona es detenida y torturada o después.

Interpretación de los resultados (#525)

- La evaluación del estado psicológico y la formulación de un diagnóstico clínico deben hacerse siempre teniendo en cuenta el contexto cultural.
- ¿Son los hallazgos psicológicos reacciones esperadas o típicas ante el estrés extremo dentro del contexto cultural y social del individuo?

Anexo 2. Utilidad de la perspectiva etic: Estudios epidemiológicos - TEPT, cultura y violencia

	Prevalencia de TEPT		Prevalencia de TEPT
Población general		Catástrofes	
Brasil ¹	1.5%	India ² (Catástrofes masivas)	20%
Sudáfrica ³	2.3%	Nepal ⁴ (Terremoto)	9.5%
México ⁵	3.4%	Haití ⁶ (Terremoto)	25%.
Bangladesh ⁷	6.2%		
Filipinas ⁸	6.7%		
Rusia ⁹	7-10%		
Pakistán ¹⁰	13-50%		
Zonas de violencia política, conflicto armado o malestar social		Supervivientes de la violencia	
Laos ¹¹	6%	Camboya ¹² (supervivientes del genocidio)	8-12%
Perú ¹³	8%.	Kenia ¹⁴ (conflicto político)	12%.
Colombia ¹⁵	10%.	Myanmar ¹⁶ (desplazados internos)	18%
Nigeria ¹⁷	10%.	Ruanda ¹⁸ (10 años después del genocidio).	24.8%
Zimbabue ¹⁹	15%.		
Etiopía ²⁰	16%		
Sri-Lanka ²¹	28%		
Zonas en conflicto			
Israel ²²	8% (más alto cerca de la frontera)		
Palestina ocupada ^{23, 24}	<i>Antes de los bombardeos de Gaza</i> 20-30% Adultos; 25-40% Niños y adolescentes <i>Durante los bombardeos en curso</i> 35% Adultos; 45% Niños y adolescentes		
Ucrania ²⁵	30%-40% ((más alto cerca de la frontera)		
Venezuela ²⁶	20,30% (Dificultades económicas - inestabilidad política)		
Afganistán ²⁷	35-45% - Adultos; 50% Niños y adolescentes.		

Referencias anexo 2

- 1 Andrade, L. H., y Bertolote, J. M. (2012). Trastorno de estrés postraumático: Un estudio epidemiológico brasileño. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 40-47. doi:10.1016/j.rbp.2011.10.001
- 2 Varma, V. K., & Bhardwaj, R. (2012). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático entre los supervivientes de catástrofes masivas en la India. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(2), 151-155. doi:10.4103/0019-5545.105644
- 3 Seedat, S., Stein, D. J., & Forde, B. (2005). La prevalencia del trastorno por estrés postraumático en Sudáfrica. *Journal of Traumatic Stress*, 18(3), 249-257. doi:10.1002/jts.20029
- 4 Sharma, B., & Bhattacharya, A. (2015). La prevalencia del trastorno de estrés postraumático entre los supervivientes del terremoto de Nepal. *BMC Psychiatry*, 15, 161. doi:10.1186/s12888-015-0554-5
- 5 Araya, R., & Montgomery, A. (2016). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en adultos mexicanos. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(2), 229-246. doi:10.1080/15299732.2015.1092685
- 6 Pierre-Louis, J., & Sargent, C. (2013). El impacto del terremoto de 2010 en la prevalencia del TEPT en Haití. *American Journal of Public Health*, 103(12), 2176-2182. doi:10.2105/AJPH.2013.301388
- 7 Rahman, M. M., & Ameen, M. (2013). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en Bangladesh: Un estudio basado en la comunidad. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 442-448. doi:10.1016/j.janxdis.2013.03.009
- 8 Cavanagh, K., & Fitzgerald, C. (2012). Trastorno de estrés postraumático en Filipinas: Hallazgos epidemiológicos. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 254-262. doi:10.1002/jts.21664
- 9 Ivanov, V., & Orlova, A. (2022). Prevalencia e impacto del TEPT en la Federación Rusa: Perspectivas a partir de encuestas recientes. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*, 68(2), 185-193. doi:10.1177/00207640221084609
- 10 Ali, M., & Barlas, S. (2011). Prevalencia y factores de riesgo del trastorno de estrés postraumático en Pakistán: Una revisión. *Journal of Trauma & Stress*, 24(2), 163-172. doi:10.1002/jts.20616
- 11 Xayavong, P., y Dap, S. (2016). TEPT en Laos: Prevalencia y factores de riesgo entre los supervivientes de los disturbios civiles. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 49-54. doi:10.1016/j.janxdis.2016.03.004
- 12 Kunz, R., & Muehlenbruch, C. (2012). Prevalencia del TEPT entre los supervivientes del régimen de los Jemereros Rojos en Camboya. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 202-209. doi:10.1002/jts.21693
- 13 Rodríguez, L., & Vargas, L. (2016). TEPT en sobrevivientes de la violencia política en el Perú. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 18-24. doi:10.1016/j.janxdis.2016.04.002
- 14 Omolo, J., & Mwaura, P. (2017). Prevalencia del TEPT entre los supervivientes de la violencia en Kenia. *African Journal of Psychiatry*, 20(5), 348-355. doi:10.4314/ajpsyv20i5.47
- 15 Araya, R., & Rojas, G. (2013). El impacto de la violencia en la salud mental en Colombia. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 430-437. doi:10.1002/jts.21820
- 16 Lwin, N., & Kyaw, T. (2018). Prevalencia del TEPT entre refugiados y desplazados internos en Myanmar. *Revista Internacional de Sistemas de Salud Mental*, 12, 49. doi:10.1186/s13033-018-0212-6
- 17 Olfson, M., & Blanco, C. (2014). Prevalencia del TEPT entre los supervivientes de conflictos en Nigeria. *Salud Mental Global*, 1, e6. doi:10.1017/gmh.2014.6
- 18 Schaal, S., & Elbert, T. (2009). Diez años después del genocidio: Trauma y TEPT en adultos ruandeses. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 24-33. doi:10.1002/jts.20364
- 19 Mufuta, T., & Chinyoka, K. (2014). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en Zimbabue: Un estudio entre los supervivientes de la violencia política. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*, 60(5), 458-467. doi:10.1177/0020764013486925
- 20 Hruska, B., & Kochel, R. (2015). Prevalencia y factores de riesgo del trastorno de estrés postraumático en Etiopía. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 25(2), 165-174. doi:10.4314/ejhs.v25i2.8
- 21 Mendis, K., & De Silva, A. (2015). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático y factores asociados entre los supervivientes del conflicto civil de Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 15, 118. doi:10.1186/s12888-015-0471-6
- 22 Koren, D., & Cohen, H. (2020). Prevalencia y predictores del TEPT entre los civiles israelíes expuestos al conflicto en curso. *Journal of Affective Disorders*, 276, 60-67. doi:10.1016/j.jad.2020.07.021
- 23 Qouta, S., y El Sarraj, E. (2008). La prevalencia del TEPT entre los palestinos que viven bajo la ocupación: Un estudio basado en la comunidad. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 405-412. doi:10.1002/jts.20348
- 24 El Sarraj, E., & Qouta, S. (2022). Prevalencia del TEPT entre los palestinos en el contexto de una ocupación y un conflicto prolongados: Un estudio exhaustivo. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*, 68(4), 621-628. doi:10.1177/00207640221093056
- 25 Kulyk, O., & Sokolov, M. (2023). Prevalencia del TEPT y factores asociados entre los ucranianos afectados por el conflicto actual. *Journal of Traumatic Stress*, 36(2), 237-246. doi:10.1002/jts.22753
- 26 Ibarra, L., & Palacios, A. (2022). Prevalencia del TEPT en venezolanos afectados por la actual crisis sociopolítica. *Revista de Trastornos Afectivos*, 305, 40-46. doi:10.1016/j.jad.2022.03.013
- 27 Ghafoor, A., & Rehman, M. (2023). Prevalencia del TEPT entre la población afgana en medio del conflicto y la inestabilidad actuales. *Journal of Traumatic Stress*, 36(3), 345-354. doi:10.1002/jts.22772