

Evaluación demorada de trauma psicológico en víctimas de tortura durante la dictadura militar en Chile

Delayed assessment of psychological trauma in tortured victims during the military dictatorship in Chile

Ana Genoveva Gómez-Varas

Servicio Médico Legal (Chile)
gomez.genoveva@gmail.com

Jonathan Valdés

Servicio Médico Legal (Chile)

Antonio L. Manzanero

Facultad de psicología. Universidad Complutense de Madrid (España)
amanzane@ucm.es

resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar los efectos a largo plazo de las torturas en víctimas de la represión durante la dictadura militar de Chile durante los años 1973-1990. Para ello se aplicó el Protocolo de Estambul para la documentación de casos de torturas que incluye los cuestionarios Harvard y Hopkins que evalúan ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), entre otras patologías frecuentemente asociadas a víctimas de hechos traumáticos. Los resultados muestran que el 54.5% de los participantes cuarenta años después de las torturas, aún presentaba síntomas de ansiedad, el 45.5% síntomas de depresión, y el 16.7 % trastorno de estrés postraumático. El 66.6% aún tienen pensamientos y recuerdos recurrentes sobre los hechos.

palabras clave

Tortura, trauma, trastorno de estrés postraumático, víctimas.

abstract

The aim of the present study was to analyze the long-term effects of torture on victims of repression during the military dictatorship in Chile over the years 1973-1990. For this, the Istanbul Protocol was applied for documenting cases of torture that includes Harvard and Hopkins questionnaires that assess anxiety, depression and

post-traumatic stress disorder (PTSD), among other conditions often associated with victims of traumatic events. The results show that 54.5% of participants forty years after the torture still had symptoms of anxiety, 45.5% had depression symptoms and 16.7% PTSD. 66.6% participants still have recurrent thoughts and recalls about the facts.

keywords

Torture, trauma, posttraumatic stress disorder, victims.

1. Introducción

La violencia política se conceptualiza como un fenómeno que implica el uso de medios violentos (por ejemplo, la supresión de motines, bombardeos, fusilamientos, torturas públicas y/o privadas y las ejecuciones, detención forzosa, desprecio por los derechos humanos básicos) por entidades políticas para lograr ciertos objetivos. Este tipo de violencia se inflige a una población por parte del Estado de una forma más o menos encubierta (Basoglu et al., 1994; Gledhill, 2005).

En Chile durante la dictadura militar (1973 – 1990), se instauró un sistema político represivo caracterizado por la práctica sistemática de torturas, secuestros, desapariciones, ejecuciones, exilios forzosos, relegaciones, amedrentamientos y allanamientos masivos (Faúndez, Brackelaire y Cornejo, 2013). Según el informe de la Comisión de Verdad y Reconciliación de 1991, el Estado de Chile reconoció la presencia de 35.254 casos de privación de libertad y tortura ocurridos por razones políticas durante dicho periodo. La Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (CNPPT) en Chile estableció, en 2004, que los métodos de torturas más usuales utilizados por los agentes del estado consistían en golpizas reiteradas, lesiones corporales deliberadas, colgamientos, posiciones forzadas, aplicación de electricidad, amenazas, simulacro de fusilamiento, humillaciones y vejámenes, desnudamientos, agresiones y violencia sexual, presenciar torturas de otros y fusilamientos, exposición a temperaturas extremas, asfixia, privación o interrupción de sueño y confinamiento en condiciones infrahumanas. En el campamento de Pisagua, I Región de Tarapacá, la CNPPT estableció de acuerdo a los testimonios recabados, que más de 800 personas estuvieron recluidas en dicho lugar, siendo el de mayor número de detenidos en la región. La localidad de Pisagua es una pequeña caleta de la Región de Tarapacá, a 161 km al norte de la capital regional, Iquique. Dada sus características geográficas, fue usada recurrentemente en el S. XX como centro de detención política por

el estado chileno. Entre septiembre de 1973 y septiembre de 1974, la cárcel y la propia caleta de Pisagua, se transformaron en el centro de detención política más importante de la Región de Tarapacá. En este lugar, se recibieron prisioneros políticos principalmente desde las ciudades cercanas de Iquique y Arica, y del puerto de Valparaíso, transportados por la Armada de Chile en el buque Maipo. El Informe de la Comisión Verdad y Reconciliación de 1991, a la luz de testimonios y antecedentes, afirma que en la cárcel de Pisagua se practicó la tortura de manera sistemática durante este periodo, produciéndose ejecuciones de prisioneros por cuestionados intentos de fuga y casos de muerte directa por tortura.

Múltiples estudios (Ayazi, Lien, Eide, Swartz y Hauff, 2014; Bentley, Thoburn, Stewart y Boynton, 2011; De Fouchier et al., 2012; Manzanero, López, Aróztegui y El-Astal, 2015; Mollica et al., 1992; Stanciu y Rogers, 2011; Vinson y Chang, 2012) en supervivientes que han padecido experiencias de trauma asociadas a eventos de guerra, genocidio y violencia política, han puesto de manifiesto las negativas consecuencias que dichas experiencias generan en la salud mental y en la calidad de vida. Diversos estudios han centrado sus mediciones principalmente en lo referente a la presencia de estrés post-traumático (TEPT) y trastornos asociados como la ansiedad o la depresión (Basoglu, Jaranson, Mollica y Kastrup, 2001; Gootzeit y Markon, 2011).

El TEPT se caracteriza por la tendencia en las personas que lo sufren a la re-experimentación (recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del acontecimiento, sueños sobre el mismo o sensación de estar ocurriendo de nuevo), la evitación (esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos, recuerdos, lugares o personas relacionados con el suceso), emociones negativas, anhedonia, síntomas de disforia y ansiedad, y conductas de hipervigilancia, irritabilidad, auto-destructivas y explosiones de ira (Brewin y Holmes, 2003; Dalgleish, 2004; Soberón, Crespo, Gómez-Gutiérrez, Fernández-Lansac y Armour, 2016; Tsai et al., 2014). Además, en algunas ocasiones (ver por ejemplo DSM-5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) se ha asociado a alteraciones cognitivas como la incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas). No obstante, las amnesias disociativas o psicógenas podrían no formar realmente parte de la sintomatología de este trastorno, sino que al contrario las experiencias traumáticas suelen dar lugar a fenómenos de hipermnesia (Baddeley, Eysenck y Anderson, 2010; Manzanero y Álvarez, 2015). Los recuerdos sobre hechos traumáticos se caracterizan por ser muy accesibles aunque de mala calidad, siendo frecuente el olvido de algunos aspectos periféricos del suceso (pero no del episodio completo, que sería lo esperado en una amnesia), y el recuerdo

vívido y persistente de otros momentos del mismo en forma de *flashbacks* (Baddeley et al., 2010; Brandt y Van Gorp, 2006; Cottencin et al., 2006; Manzanero y López, 2007; Manzanero et al., 2015; Nemeroff et al., 2006). Así pues, quizá habría que revisar unos criterios diagnósticos que incluyen un fenómeno y su contrario (hipermnesia y amnesia), ya que incumpliría cualquier regla lógico-científica y va en contra de las evidencias encontradas sobre el funcionamiento de la memoria. Estas y otras razones han suscitado no pocas críticas a los criterios diagnósticos de TEPT (Marshall, Schell y Miles, 2012; Shevlin y Elklit, 2012). En cualquier caso, existen muchos factores que intervienen en el desarrollo de este trastorno. Entre los más señalados está la *resiliencia*, o capacidad para afrontar situaciones negativas, además de la intensidad, y el significado del hecho debido a las consecuencias que éste tuvo para la persona que lo sufrió (Huijts, Kleijn, Emmerik, Noordhof y Smith, 2012; Leaman y Gee, 2012; Sousa y College, 2013). Por lo tanto, resulta difícil predecir si una persona puede padecer TEPT sólo ateniéndose a la naturaleza traumática de los hechos sufridos, ya que ante el mismo hecho unas personas desarrollan TEPT y otras no.

Otros de los componentes relevantes en los estudios en esta clase de fenómenos se centran en las experiencias de post-conflicto y la persistencia de la sintomatología a lo largo de tiempo (Eytan et al., 2011; Sabin et al., 2003; Stammel et al., 2013). Por ejemplo, Sabin et al. (2003) encontraron en un estudio con refugiados de Chiapas 20 años después de los desplazamientos que el 12% de los sujetos presentó criterios compatibles con TEPT. En Sudan del Sur, Ayazi et al. (2014) evaluaron una muestra de supervivientes 4 años después de terminado el conflicto armado de este país, encontrando síntomas de TEPT en un 16.53% de la muestra de varones. Eytan et al. (2011), en los Balcanes, realizaron un estudio en población de albanokosovares supervivientes a la represión y opresión política de 1996 y 1999, presentando en el año 2007 indicadores positivos para un TEPT en un 14.5%. Cuatro años después del conflicto de Timor Oriental la prevalencia del TEPT fue sólo del 4.9% (Silove et al., 2014).

Por otro lado, estos trastornos se han encontrado en todo tipo de víctimas, más allá de su vulnerabilidad. Así por ejemplo, un reciente estudio (Manzanero et al., 2016) sobre víctimas infantiles de conflictos armados, mostró cómo solo un porcentaje de niños y niñas que han vivido una guerra presentan síntomas de TEPT. Durante enero de 2015 se evaluó una muestra de casi dos mil niños y niñas, de edades comprendidas entre los 6 y los 13 años, y residentes en la Franja de Gaza durante la guerra del verano de 2014, donde la población palestina fue bombardeada durante 51 días, provocando la muerte de 2147 personas. El 27.34% de los niños evaluados presentó síntomas

de TEPT. Un 48.5% de los niños manifestó tener pensamientos o recuerdos recurrentes sobre los hechos, sólo un 19.7% tendría problemas para recordar alguno de los hechos vividos. Datos similares se han encontrado en otros estudios con menores víctimas de conflictos de otros contextos culturales (Barrios, 2013).

El objetivo de este estudio es determinar los efectos psicológicos de la tortura en víctimas del campo de prisioneros de Pisagua entre los meses de septiembre de 1973 y septiembre de 1974, a 40 años de ocurridos los hechos. Este estudio pretende contribuir al conocimiento sobre los efectos psicológicos que pudieran persistir en supervivientes de torturas después de 4 décadas.

2. Método

2.1. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 28 sujetos que padecieron tortura en su calidad de prisioneros políticos en el campo de prisioneros de Pisagua, entre septiembre de 1973 a octubre de 1974. Se utilizó un muestreo por oportunidad. A los participantes del estudio se les practicaron evaluaciones, tanto médicas como psicológicas, en el Servicio Médico Legal de Iquique dentro de proceso de investigación judicial por delitos de lesa humanidad entre los meses de agosto del año 2012 y diciembre de 2013.

Las variables socio demográficas (Tabla 1) muestran, 27 de los participantes de sexo masculino y una de sexo femenino, con una edad promedio de 68 años ($DT=6.5$). La mayoría estaban actualmente casados (67.9%) o separados (21.4%). En el momento de su primera detención presentaban un promedio de 28.24 años ($DT=6.9$). El tiempo promedio de la detención política en el campo de prisioneros fue de 6.17 meses ($DT=3.74$). La mayoría (21) sufrieron una única detención, 5 participantes sufrieron dos detenciones y 2 sufrieron tres detenciones. Referido a escolaridad, el 14% tiene educación formal hasta los 8 años, el 39% posee una escolaridad hasta los 13 años y un 46% tiene formación universitaria. Sobre su situación vital en el momento del golpe de estado, el 35% era estudiante de secundaria o universitario, el 29% se desempeñaba como obrero en empresas privadas, el 32% se desempeñaba en empresas del estado y un 4% se encontraba realizando el Servicio Militar Obligatorio. De su participación política en el momento de la detención, el 86% declara haber sido militante de algún partido político de la unidad popular y un 14% manifestó no haber tenido militancia política. El 21.4% sufrió el exilio como consecuencia de la dictadura.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio

	N	%
Edad		
60 - 66	12	42,9
67 - 73	8	28,6
74 - 80	7	25
81 - 87	1	3,6
Sexo		
Masculino	27	96,4
Femenino	1	3,6
Estado Civil		
Casado	19	67,9
Soltero	1	3,6
Separado / Divorciado	6	21,4
Viudo	2	7,1
Estudios		
1 - 8 años	4	14,3
9 - 13 años	11	39,3
14 o más años	13	46,4
Militancia*		
Sin Militancia	4	14,3
MIR	2	7,4
JC	1	3,6
PC	10	35,7
MAPU	4	14,3
FER	3	10,7
JS	2	7,1
PS	2	7,1
Meses de detención		
1 - 4	14	50
5 - 8	2	7,1
9 - 12	12	42,9
Exilio		
Sí	6	21,4
No	22	78,6

*MIR : MOVIMIENTO DE IZQUIERDA REVOLUCIONARIA, JC : JUVENTUDES COMUNISTAS, PC: PARTIDO COMUNISTA, MAPU: MOVIMIENTO ACCIÓN POPULAR UNITARIA, FER: FRENTE ESTUDIANTES REVOLUCIONARIOS, JS: JUVENTUDES SCIALISTAS, PS: PARTIDO SOCIALISTA

2.2. Procedimiento

Las evaluaciones se realizaron en el contexto de un proceso de valoración psicológica forense derivados de investigación judicial por delito de tortura. Este procedimiento se enmarcó en los estándares descritos por el *Protocolo de Estambul, Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* (United Nations, 2004), aplicándose en distintas fases. La primera consistió en una entrevista semi-estructurada de recopilación de información de la historia vital y situación psicológica actual. Posteriormente se aplicaron el *Cuestionario para Trauma de Harvard* y el *Cuestionario de Síntomas de Hopkins* (Harvard Program in Refugee Trauma, 2000), en su traducción al español publicada por la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2008). Estos dos cuestionarios son los más utilizados internacionalmente para la evaluación de patologías mentales derivadas de la tortura (Vrana, Campbell y Clay, 2012). Los participantes proporcionaron su consentimiento informado tanto para la realización del proceso pericial, como también para el uso de los datos con fines de investigación.

2.3. Materiales

Cuestionario de Síntomas de Hopkins (C-25) es una escala de valoración bajo modalidad Likert, que consta de dos partes a través de 25 ítems en total. La parte I está compuesta por 10 ítems asociados a ansiedad y la parte II corresponde a 15 ítems referentes a sintomatología depresiva. La escala de valoración está compuesta de una escala de 4 puntos (1=nada, 2=poco, 3=bastante y 4=mucho). Una puntuación de corte del cuestionario superior a 1.75 es considerada positiva para la presencia de sintomatología.

El *Cuestionario para Trauma de Harvard (HTQ)* es un cuestionario construido por *Harvard Program in Refugee Trauma* que permite obtener información de una variedad de eventos de trauma, así como los síntomas emocionales que se encuentran asociados a experiencias traumáticas. Este cuestionario está compuesto de cinco partes. La primera enumera una serie de eventos traumáticos (46) de elección dicotómica si/no. La parte segunda corresponde a una sección de dos preguntas abiertas, donde se le pide al sujeto que describa con más detalle la situación que consideró la más traumática. La sección tercera permite medir el riesgo de complicaciones neurológicas que pueden resultar de ciertos eventos traumáticos. La cuarta parte corresponde a la medición de síntomas de trauma, y consta de 40 ítems para la valoración de gravedad o intensidad de los síntomas, en una escala Likert de 4 puntos (1=nada, 2=un poco, 3=bastante y 4=mucho). Los primeros 16 ítems tienen la finalidad de medir los síntomas de TEPT según

los criterios del DSM-IV, con una puntuación de corte de 2.5 o superior. Los 24 ítems restantes, buscan medir lo que los autores denominan «*refugee específico*», que consiste en valorar el impacto que las experiencias traumáticas pueden haber tenido sobre la percepción de su propia vida cotidiana. La escala total de la sección 4 también considera una puntuación de corte positiva de 2.5 o superior. Por último, una lista de 29 actos de tortura que deben calificarse como presentes o ausentes. Los estudios de validez del HTQ (Mollica et al., 1992) indican una consistencia interna (α de Cronbach) de .90 para la parte primera y .96 para la parte cuarta; el coeficiente de correlación de Pearson para test/re-test fue de .89 para la parte primera y .92 para la parte tercera; la correlación entre las puntuaciones de los ítems individuales fue de .56 para la parte primera y .65 para la parte cuarta; el criterio de validez para el umbral de 2.5 mostró una sensibilidad de .78 y una especificidad de .65 en el diagnóstico de TEPT.

3. Resultados

Como puede observarse en la Tabla 2, los resultados referentes al tipo de experiencia de violencia política padecida por los supervivientes del campo de prisioneros de Pisagua, refieren como métodos más habituales los procedimientos de «Encarcelamiento» (100%), «Separación forzada de miembros de su familia» (100%), «Golpeado físicamente» (95.8%), «Tortura» (95.8%), «Forzado a cantar canciones que usted no quería cantar» (87.5%), «Falta de comida o agua» (87.5%), «Testigo de tortura» (87.5%), «Ser testigo de golpes en la cabeza o cuerpo» (83.3%), «Asesinato de otro miembro de la familia o amigo debido a la violencia» (83.3%), «Testigos de golpes en la cabeza o cuerpo» (83.3%), «Situación que tuvo mucho miedo y sintió que su vida estaba en peligro» (83.3%), «Enfermedad sin acceso a atención médica» (79.2%), «Trabajo forzado (como animal o esclavo)» (75%). Los eventos en general ocurrían de manera continua con un promedio de 9 eventos por persona.

Tabla 2. Eventos Traumáticos

	TOTAL	
	N	%
Falta de hogar	14	58,3
Falta de comida o agua	21	87,5
Mala salud / enfermedad sin acceso a atención médica	19	79,2
Expropiación o destrucción de propiedad personal	9	37,5
Situación de guerra (Ej. Ataque de granada o bomba)	3	12,5
Usado como escudo humano	2	8,3
Expuesto a disparos frecuentes de un francotirador implacable	6	25

Evacuación forzada en condiciones de peligro	4	16
Golpeado físicamente	23	95,8
Violación sexual	2	8,3
Otros tipos de abuso sexual o humillación sexual	6	25
Acuchillado o cortado con hacha o machete	3	12,5
Tortura (Ej. Golpes, mutilaciones, cortes, crucifixión, azotes, privación de la visión, desnudado a la fuerza)	23	95,8
Daño físico severo debido a la situación de combate (Ej. Quemaduras, heridas de bala, puñaladas, etc)	5	20,8
Encarcelamiento	24	100
Trabajo forzado (como animal o esclavo)	18	75
Extorsión o robo	4	16
Lavado de cerebro	10	41,6
Forzado a esconderse	12	50
Secuestrado	10	41,6
Separación forzada de miembros de su familia	24	100
Forzado a buscar y enterrar cuerpos	0	0
Aislamiento forzado de los demás	16	66,6
Presente mientras registraban su casa, buscando personas o cosas	8	33,3
Forzado a cantar canciones que usted no quería cantar	21	87,5
Alguien fue forzado a traicionarlo y lo puso a usted en situación de riesgo de muerte o peligro	9	37,5
Encerrado en casa porque había peligro afuera	9	37,5
Le impidieron enterrar a alguien	0	0
Forzado a profanar o destruir los cuerpos o tumbas de personas fallecidas	1	4,2
Forzado a herir físicamente a miembros de su familia o amigos	3	12,5
Forzado a hacer daño físico a alguien que no era familiar ni amigo	2	8,3
Forzado a destruir pertenencias o propiedad de otro	0	0
Forzado a traicionar a algún miembro de su familia o amigo, poniéndolo en situación de riesgo de muerte o daño	6	25
Forzado a traicionar a alguien que no era familiar ni amigo, poniéndolo en riesgo de daño o muerte	7	29,2
Asesinato o muerte de esposo/a o conviviente debido a violencia	2	8,3
Asesinato o muerte de hijo/a debido a violencia	1	4,2
Asesinato o muerte de otro miembro de la familia o amigo debido a violencia	20	83,3
Desaparición o secuestro de esposo/a o conviviente	3	12,5
Desaparición o secuestro de hijo/a	1	4,2
Desaparición o secuestro de otro miembro de la familia o amigo	18	75
Daño físico serio de un miembro de la familia o amigo, debido a la situación de combate	8	33,3
Testigo de golpes en la cabeza o cuerpo	20	83,3

Testigo de tortura	21	87,5
Testigo de muerte o asesinato	3	12,5
Testigo de violación o abuso sexual	3	12,5
Alguna otra situación que le dio mucho miedo en la que sintió que su vida estaba en peligro	20	83,3

En la Tabla 3 pueden verse los actos específicos de tortura, reconocidos como los más frecuentes durante su detención y reclusión en Pisagua, donde se mencionan: «Golpes, patadas, golpes con objetos» (100%), «Amenazas, humillación» (100%), «Forzado a estar de pie» (95.8%), «Extenuación física, trabajo forzado» (87.5%), «Vendar los ojos, privación de la visión» (83.3%), «Hambre, inanición» (83.3%), «Exposición a condiciones anti higiénicas que conllevan a infecciones u otras enfermedades» (75%), «Choques eléctricos repetidos» (66.6%), «Golpes en los oídos» (66.6%), «prohibición de dormir» (66.6%).

Tabla 3. Historia de Tortura

	TOTAL	
	N	%
Golpes, patadas, golpes con objetos	24	100
Amenazas, humillación	24	100
Encadenado o atado a otros	10	41,6
Exposición a mucho calor o luz intensa	14	58,3
Exposición a lluvia, frío, hundimiento del cuerpo en agua	5	20,8
Puesto en un costal, caja o lugar muy pequeño	5	20,8
Casi fue ahogado, sumergieron su cabeza en agua	2	8,3
Asfixia	5	20,8
Extenuación física, trabajo forzado	21	87,5
Exposición a condiciones anti higiénicas que conllevan a infecciones u otras enfermedades	18	75
Vendar los ojos, privación de la visión	20	83,3
Aislamiento, reclusión a solas	15	62,5
Pretender ejecuciones	14	58,3
Obligado a ser testigo de tortura a otros	13	54,2
Hambre, inanición	20	83,3
Prohibición de dormir	16	66,6
Colgado de una barra con pies y manos atados	13	54,2
Violación sexual, mutilación de genitales	2	8,3
Quemaduras	3	12,5
Golpear las plantas de los pies con varas	5	20,8
Golpes en los oídos	16	66,6
Forzado a estar de pie	23	95,8
Echar orina o heces a una víctima, u obligado a echarlas a otros prisioneros	0	0

Administración de medicamentos sin fines terapéuticos	2	8,3
Agujas debajo de la uñas de los pies y manos	1	4,2
Escribir confesiones muchas veces	8	33,3
Choques eléctricos repetidos	16	66,6
Otros	11	45,8

En relación a los indicadores de síntomas psicopatológicos (ver Tabla 4), los resultados muestran que el 16% de los evaluados calificaron por encima del punto de corte, lo que indica una alta posibilidad de padecer TEPT. En relación a la naturaleza multifactorial de TEPT, el factor de mayor presencia en la muestra correspondió al factor re-experimentación con un resultado promedio de 2,4 ($DT=0.35$), seguido del factor hiperactivación con un resultado promedio de 2,25 ($DT=0.37$) y luego el factor evitación/adormecimiento con un valor promedio de 1,63 ($DT=0.35$). Los resultados referentes a la presencia de sintomatología ansiosa, señalan que el 54.5% (12 de 22 sujetos válidos) presentó un resultado positivo. A su vez, el 45.5% (10 de 22 sujetos válidos) presentó indicadores positivos de sintomatología depresiva.

Tabla 4. Resultados de los cuestionarios Hopkins y Harvard sobre ansiedad, depresión y TEPT

	<i>Sobre el punto de corte</i>		<i>Bajo el punto de corte</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Cuestionario de Síntomas de Hopkins				
Ansiedad	12	54.5	10	45.5
Depresión	10	45.5	12	54.5
Total	11	50.0	11	50.0
Cuestionario para Trauma de Harvard				
TEPT (DSM-IV)	4	16.7	20	83.3
Total	2	8.3	22	91.6

Los resultados obtenidos se compararon con los resultados de los estudios de prevalencia realizados en Chile (Organización Panamericana de la Salud, 2009), mediante la prueba estadística de distribución binomial. Es así como los resultados positivos para la presencia de sintomatología de TEPT en nuestra muestra fue de un 16.7% (cuatro de los 24 participantes válidos), que presenta una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.000$) con la prevalencia esperada en la población general, tanto para los últimos 12 meses (2.4%) como padecerla una vez en la vida (4.4%).

Similares resultados corresponden con el 45.5% encontrado para presencia de sintomatología depresiva. Estos datos se compararon con los resultados de prevalencia nacional para los trastornos afectivos de trastorno depresivo mayor, que alcanzaba un 9.2% en prevalencia de vida y de 5.7% para los úl-

timos doce meses (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Respecto al cuadro afectivo de distimia cuya prevalencia esperada es de un 8% y de un 3.9% respectivamente, los resultados indican que el porcentaje de presencia de sintomatología depresiva es estadísticamente superior ($p= 0.000$) en comparación con la población general. También se comparó con los datos de prevalencia de la muestra de la Región de Tarapacá, que presenta una mayor presencia de trastornos afectivos que la población nacional, tanto para el trastorno depresivo mayor (17.2%), como de la distimia (12.2%). Aun considerando la mayor prevalencia regional de estos cuadros psicopatológicos, los resultados muestran una presencia estadísticamente ($p= 0.000$) superior a lo esperado en la población regional. Dada las características etarias de la muestra que presenta un promedio de edad de 68 años, se compararon también los resultados con la prevalencia nacional en población mayor de 65 años, para los cuadros afectivos de trastorno depresivo mayor (5.1%) y distimia (6.3%) lo que arrojó que la muestra estudiada presenta diferencias significativas ($p= 0.000$) con la población nacional mayor de 65 años.

Para sintomatología ansiosa, presente en un 54.5% de los cuestionarios válidos en la muestra estudiada, se observa similar tendencia; los resultados se compararon con los datos de prevalencia denominado «Cualquier Trastorno de Ansiedad», el cual refleja en la población nacional, una presencia de 16.2% (durante una vez en la vida) y de 9.9% (últimos doce meses). Lo que indica una diferencia significativa ($p= 0.000$) para la muestra en relación a los datos de prevalencia nacional. Respecto de la prevalencia de la Región de Tarapacá, para el criterio «Cualquier Trastorno de ansiedad» (17.9%) y para la población nacional mayor de 65 años (8.8%) también arrojó diferencias significativas con la muestra del estudio.

En síntesis, los resultados obtenidos sugieren que la muestra estudiada de supervivientes de tortura y violencia política, después de 40 años, presentan afectaciones en salud mental superiores a las esperadas en la población nacional, regional y de su grupo etario. Cabe mencionar la consistencia entre las descripciones de las prácticas de torturas padecidas con lo informado por las comisiones de verdad, respecto de otros centros de detención política y de tortura a nivel nacional para dicho periodo.

4. Conclusiones

El objetivo de este estudio fue determinar los efectos psicológicos en personas supervivientes de tortura y violencia política después de 40 años de ocurridos los hechos. Los resultados señalan que la presencia de alteraciones psicopato-

lógicas en esta muestra es superior a la población nacional. Esto sugiere, que posiblemente los eventos padecidos de tortura y violencia política posterior, provocan una mayor probabilidad de padecer patología ansiosa o depresiva que el resto de la población.

La heterogeneidad de diseños y formas de medir la sintomatología en los diferentes estudios hace difícil hacer comparaciones. Sin embargo, la importancia de comprender el fenómeno de la tortura y la violencia política en sus distintas aristas hace relevante comparar los resultados con la realidad latinoamericana. A partir de ahí, los resultados obtenidos tienden a ser relativamente similares a diversos estudios realizados en poblaciones que han padecido violencia política y tortura. Jorquera, Briones, Valencia y Contreras (2011) evaluaron a personas que eran menores cuando fueron víctimas de la represión política y torturas durante la dictadura militar en Chile y detectaron para el grupo que no ha recibido atención psicosocial indicadores de sintomatología depresiva moderada de 33.3% y grave en un 11.1% (44.4%), mientras que el grupo de víctimas de tortura que han recibido apoyo psicosocial presentaron sintomatología depresiva moderada en un 26.1% y grave en un 17.4% (43.5%). En ambos casos los datos son muy cercanos a los resultados que arroja nuestro estudio (45.5%). Este mismo estudio, en referencia a sintomatología ansiosa, sitúa los porcentajes de sintomatología positiva de ansiedad-estado en un 66.7% y 69.8%, superiores a los obtenidos en la presente investigación (54.5%).

Sin embargo, observamos una discrepancia alta entre las muestras en lo referente al TEPT, en tanto el estudio de Jorquera et al. (2011) encuentra síntomas de TEPT en un 83.3% para el grupo sin intervención psicosocial y un 69.6% para aquellas personas que fueron torturadas en dictadura sin recibir tratamiento especializado, en el nuestro solo alcanza al 16.7%. Se hace necesario, por tanto, ampliar los estudios y las muestras para poder precisar los resultados que permiten obtener una mayor comprensión de estos hallazgos discrepantes.

No obstante, un estudio de Allodi y Cowgill (1982) con 41 sujetos latinoamericanos que padecieron torturas, encontró que presentaban problemas afectivos de ansiedad y depresión entre un 39 a 41%. Eisenman, Gelberg, Liu y Shapiro (2003), con refugiados de violencia política procedentes de países latinoamericanos, señalan la presencia de criterios que satisfacen un TEPT en un 18%, valor muy cercano al nuestro (16.7%). Sabin et al. (2003), con refugiados de Chiapas, 20 años posterior al desplazamiento, utilizando como instrumento de medición los mismos de este estudio, encontró que el 12% de la muestra presentó criterios compatibles con TEPT, 54% para ansiedad y 39% para síntomas depresivos, siendo los resultados sorprendentemente similares a los nuestros. También Sabin (Sabin et al., 2003), pero con población de refugiados en la ciudad Guatemalteca de Huehuetenango, presenta sin embargo resultados disímiles,

usando los mismos instrumentos de medición, presentando un 9% de criterios positivos para TEPT, 17% para ansiedad y 48% para depresión. Pese a ello, los resultados son concordantes con los nuestros en relación a que pese al extenso tiempo transcurrido desde que se sufre la tortura, se observa la presencia de manifestaciones psicopatológicas muy superiores a los de la población general.

Esta prevalencia podría estar relacionada con los recuerdos que las víctimas mantienen de estos hechos traumáticos (Manzanero y Recio, 2012). Así, resulta relevante que en el presente estudio el 66.6% de los sujetos aún manifiestan pensamientos o recuerdos recurrentes sobre los hechos, y un 16.6% manifiestan tener problemas para recordar alguna parte de los hechos vividos.

Como se vio en la introducción, estudios realizados con el instrumento HTQ a nivel internacional (Ayazi et al., 2014; Eytan et al., 2011) en materia de violencia política y conflictos armados, presentan resultados en TEPT similares a los obtenidos en nuestro estudio. Observamos que a pesar de las diferencias socioculturales, entre africanos, balcánicos y chilenos los resultados son similares utilizando el mismo instrumento de medición, aun cuando algunos autores han señalado diferencias culturales en TEPT (Hinton y Lewis-Fernández, 2011).

Considerando las limitaciones de este estudio (el reducido número de sujetos que componen la muestra, la presencia de una sola mujer entre los participantes y el hecho que no sea aleatoria) no pretendemos generalizar estos resultados a la población nacional que sufrió experiencias de tortura durante la dictadura militar. Tampoco pretendemos establecer relaciones causales entre las variables clínicas y las experiencias de tortura descritas por los participantes. Pero si creemos necesario considerar la presencia de psicopatología ansiosa y depresiva en sujetos que padecieron tortura como acto específico de violencia política a 40 años de haber experimentado estas prácticas, situación que nos hace reflexionar sobre el impacto que puede ocasionar este tipo de violencia de estado y que aún luego de 4 décadas, persistan las huellas del dolor, en la vida íntima de los supervivientes.

5. Agradecimientos

Proyectos de Investigación Santander-Universidad Complutense de Madrid sobre *Evaluación de necesidades psicosociales en refugiados y solicitantes de asilo* (PR26/16-20330). Agradecemos a la profesora Ilse López Bravo, del departamento de Educación en Ciencias de la Salud, de la Universidad de Chile, por su generosidad y apoyo en la revisión metodológica de este trabajo.

6. Bibliografía

- Allodi, F., & Cowgill, G. (1982). Ethical and psychiatric aspects of torture: a Canadian study. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 27(2), 98-102.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washington: APA.
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Swartz, L., & Hauff, E. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 14(1), 6. doi: 10.1186/1471-244X-14-6.
- Baddeley, A. D., Eysenck, M. W., & Anderson, M. C. (Eds.) (2010). *Memoria*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barrios, E. (2013). Two decades later: the resilience and post-traumatic responses of indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Child Abuse & Neglect*, 37(2), 200-210. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.09.011
- Basoglu, M., Jaranson, J., Mollica, R., & Kastrup, M. (2001). Torture and mental health: A research overview. In E. Garrity, T. Keane, & F. Tuma (Eds.), *The mental health consequences of torture* (pp. 35-62). New York, NY: Plenum.
- Basoglu, M., Paker, M., Paker, O., Ozmen, E., Marks, I., Incesu, C., & Sarimurat, N. (1994). Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151(1), 76-81. doi: 10.1176/ajp.151.1.76.
- Bentley, J. A., Thoburn, J. W., Stewart, D. G., & Boynton, L. D. (2011). The indirect effect of somatic complaints on report of posttraumatic psychological symptomatology among Somali refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 479-482. doi: 10.1002/jts.
- Brandt, J., & Van Gorp, W. G. (2006). Functional («psychogenic») amnesia. *Seminars in Neurology*, 26(3), 331-340. doi:10.1055/s-2006-945519.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376. doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3.
- Cottencin, O., Vaiva, G., Huron, C., Devos, P., Ducrocq, F., Jouvent, R., & Thomas, P. (2006). Directed forgetting in PTSD: a comparative study

- versus normal controls. *Journal of Psychiatric Research*, 40(1), 70-80. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.04.001.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multi representational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228-260. doi:10.1037/0033-2909.130.2.228.
- De Fouchier, C., Blanchet, A., Hopkins, W., Bui, E., Ait-Aoudia, M., & Jehel, L. (2012). Validation of a French adaption of the Harvard Trauma Questionnaire among torture survivors from sub-Saharan African countries. *European Journal of Psychotraumatology*, 3. 19225. doi:10.3402/ejpt.v3i0.19225.
- Eisenman, D. P., Gelberg, L., Liu, H., & Shapiro, M. F. (2003). Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *Jama*, 290(5), 627-634. doi:10.1001/jama.290.5.627.
- Eytan, A., Guthmiller, A., Durieux-Paillard, S., Loutan, L., & Gex-Fabry, M. (2011). Mental and physical health of Kosovar Albanians in their place of origin: a post-war 6-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 953-963. doi: 10.1007/s00127-010-0269-0.
- Faúndez, X., Brackelaire, J. L., & Cornejo, M. (2013). Transgeneracionalidad del trauma psicosocial: imágenes de la detención de presos políticos de la dictadura militar chilena reconstruidas por los nietos. *Psykhé*, 22(2), 83-95. doi: 10.7764/psykhe.22.2.563.
- Gledhill, J. (2005). States of contention: state-led political violence in post-socialist Romania. *East European Politics & Societies*, 19(1), 76-104. doi: 10.1177/0888325404270967.
- Gootzeit, J., & Markon, K. (2011). Factors of PTSD: Differential specificity and external correlates. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 993-1003. doi:10.1016/j.cpr.2011.06.005.
- Harvard Program in Refugee Trauma (2000). *Cuestionario de Síntomas Hopkins (C-25) y Cuestionario para Trauma de Harvard* (Traducidos por: C. Benavides-Piaggio y M. Lafuente Gil; y revisado por V. Pareja).
- 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. doi: 10.1002/da.20753.
- Huijts, I., Kleijn, W. C., Emmerik, A., Noordhof, A., & Smith, A. J. (2012). Dealing with man-made trauma: The relationship between coping style,

posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 71-78. doi: 10.1002/jts.21665.

Jorquera, M. J., Briones, M., Valencia, C., & Contreras, M. E. (2011). Evaluación de psicopatología en adultos víctimas de prisión política y tortura durante su infancia y adolescencia. *Revista Chilena de Salud Pública*, 15(1), 7-14. doi:10.5354/0719-5281.2011.16684.

Leaman, S. C., & Gee, C. B. (2012). Religious Coping and Risk Factors for Psychological Distress Among African Torture Survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(5), 457-465. doi: 10.1037/a0026622.

Manzanero, A. L., & Álvarez, M. A. (2015). *La memoria humana. Portaciones desde la neurociencia cognitiva*. Madrid: Pirámide.

Manzanero, A. L., & López, B. (2007). Características de los recuerdos autobiográficos sobre sucesos traumáticos. *Boletín de Psicología*, 90, 7-17.

Manzanero, A. L., López, B., Aróztegui, J., & El-Astal, S. (2015). Autobiographical memories for negative and positive events in war contexts. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 57-64. doi:10.1016/j.apj.2015.02.001

Manzanero, A. L., & Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19-25. doi:10.4321/S1135-76062012000100003.

Manzanero, A. L., El-Astal, S., Nieto-Márquez, M., Vallet, R., Scott, M. T., & Hemaïd, F. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático en menores víctimas de la guerra. *IX Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense*. Madrid, 25-27 de Febrero. doi:10.13140/RG.2.1.1720.2960/1

Marshall, G., Schell, T., & Miles, J. (2012). A multi-sample confirmatory factor analysis of PTSD symptoms: What exactly is wrong with the DSM-IV structure? *Clinical Psychology Review*, 33, 54-56. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.004.

Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavalley, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111-116.

Mollica, R. F., Chernoff, M. C., Berthold, S. M., Lavalley, J., Lyoo, I. K., & Renschaw, P. (2014). The mental health sequelae of traumatic head

injury in South Vietnamese ex-political detainees who survived torture. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1626-1638. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.04.014 0010-440X.

Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S., & Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21. doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.07.005

Oficina en México del Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2008). *Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México*. México: ONU.

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. OPS.

Sabin, M., Cardozo, B. L., Nackerud, L., Kaiser, R., & Varese, L. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *Jama*, 290(5), 635-642. doi:10.1001/jama.290.5.635

Shevlin, M., & Elklit, A. (2012). The latent structure of posttraumatic stress disorder: Different models or different populations?. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 610-615. doi: 10.1037/a0028591.

Silove, D., Ivancic, L., Rees, S., Bateman-Steel, C., & Steel, Z. (2014). Clustering of symptoms of mental disorder in the medium-term following conflict: An epidemiological study in Timor Leste. *Psychiatry Research*, 219, 341-346. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.043.

Soberón, C., Crespo, M., Gómez-Gutiérrez, M. M., Fernández-Lansac, V., & Armour, C. (2016). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms in Spanish trauma victims. *European Journal of Psychotraumatology*, 7: 32078. doi:10.3402/ejpt.v7.32078

Sousa, C. A., & College, B. M. (2013). Political Violence, Health, and Coping Among Palestinian Women in the West Bank. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(4), 505-519. doi: 10.1111/ajop.12048.

Stammel, N., Heeke, C., Bockers, E., Chhim, S., Taing, S., Wagner, B., & Knaevelsrud, C. (2013). Prolonged grief disorder three decades post loss in survivors of the Khmer Rouge regime in Cambodia. *Journal of affective disorders*, 144(1), 87-93. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.063.

Stanciu, E. A., & Rogers, J. L. (2011). Survivors of political violence: Conceptualizations, empirical findings, and ecological interventions. *Inter-*

national Journal for the Advancement of Counselling, 33(3), 172-183. doi: 10.1007/s10447-011-9120-x.

- Tsai, J., Harpaz-Rotem, H., Armour, C., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & Pietrzak, R.H. (2014). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms: Results from the national health and resilience in veterans study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 546-553. doi:10.4088/JCP.14m09091).
- United Nations (2004). *Istanbul Protocol. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Geneva: Office of the United Nations, High Commissioner for Human Rights.
- Vinson, G.A., & Chang, Z. (2012). PTSD symptom structure among West African War trauma survivors living in African refugee camps: A factor-analytic investigation. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 226-231. doi: 10.1002/jts.21681.
- Vrana, S.R., Campbell, T.A., & Clay, R. (2012). Survey of National Consortium of Torture Treatment Program Therapist about the assessment, diagnosis, and treatment of the psychological sequelae of torture. *Traumatology*, 19(2), 144-153. doi:10.1177/1534765612455226.