

# Protocolo para la documentación médico-forense del confinamiento solitario

Marie Brasholt<sup>1</sup>, Nora Sveaass<sup>2</sup>, Pau Pérez Sales<sup>3</sup>, Hugo Marboeuf<sup>4</sup>, Ergün Cakal<sup>5</sup> y Elna Søndergaard<sup>6</sup>

Editora invitada: Sharon Shalev<sup>7</sup>

## Puntos clave

- El confinamiento solitario es un método que se ha documentado en centros de detención desde el momento en que la policía lleva a cabo la detención y posteriormente, durante las fases previas al juicio y la investigación criminal y/o durante el encarcelamiento.
- Este protocolo resume los factores conceptuales más destacados (tanto legales como de salud) relativos al confinamiento solitario, y plantea un modelo de formulario para la documentación médico-forense y la evaluación del confinamiento solitario.
- Este protocolo tiene un alcance general, y se espera que se desarrollen en futuras ediciones secciones específicas adicionales para poblaciones particularmente vulnerables, tras la realización de pruebas piloto con este protocolo general en poblaciones diversas.
- Este protocolo es una herramienta complementaria al Protocolo de Estambul.

## Abstract

Este protocolo nace de un proyecto conjunto relacionado con la documentación de la tortura psicológica iniciado por el Public Committee against Torture in Israel (PCATI, Comité Público contra la Tortura en Israel), REDRESS y DIGNITY (Danish Institute Against Torture, Instituto Danés contra la Tortura) de 2015, tras la conferencia sobre tortura psicológica de Copenhague. El proyecto es un vehículo para establecer un entendimiento común entre las profesiones sanitaria y legal sobre la mejor forma de garantizar que las situaciones de tortura se documentan con precisión.

El uso del confinamiento solitario sigue existiendo en los sistemas de justicia penal de muchos países del mundo. El confinamiento solitario se aplica en centros de detención desde el momento en que la policía lleva a cabo la detención y posteriormente, durante las fases previas al juicio y la investigación criminal y/o durante el encarcelamiento. Al margen de la prevalencia, demostrar y establecer legalmente los daños producidos por tales medidas en el ámbito de la prohibición

1) Oficial médico superior. Dignity. Copenhague.  
Correspondencia a: mbr@dignity.dk

2) Psicólogo. Universidad de Oslo.

3) Psiquiatra. Director Clínico. Centro SiR[a]. Madrid.

4) Abogado.

5) Becario de doctorado. Universidad de Copenhague.

6) Asesor jurídico superior. Dignity. Copenhague.

7) Investigador Asociado en el Centro de Criminología de la Universidad de Oxford.

contra torturas o malos tratos presenta considerables dificultades.

El objetivo del protocolo es mejorar la documentación del confinamiento solitario y, en consecuencia, aclarar los hechos del caso para, en adelante, si procede, poder presentar demandas legales más sólidas ante mecanismos de denuncia locales e internacionales. El protocolo se ha desarrollado basándose en una metodología que implica una recopilación y revisión del conocimiento legal y en salud sobre el confinamiento solitario y los debates entre los autores y un panel de expertos internacionales. Este protocolo reconoce la importancia de los contextos social, cultural y político específicos en los que se utiliza el confinamiento solitario. Confiamos en que este protocolo sirva de ayuda a los debates entre las diferentes partes interesadas y sirva así mismo de guía sobre qué se puede documentar y cómo documentar la tortura.

*Palabras clave:* confinamiento solitario, documentación, tortura psicológica, Protocolo de Estambul

### Introducción

Basado en el Protocolo de Estambul (PE) y la experiencia combinada de los autores, el objetivo del presente protocolo es mejorar la documentación médico-forense del confinamiento solitario como tortura o malos tratos para que, entre otras cosas, las demandas legales presentadas ante los tribunales y mecanismos de denuncia puedan estar adecuadamente corroboradas por la evidencia médica. Este protocolo se centra en el confinamiento solitario cuando se usa en distintos entornos y de distintas formas dentro del sistema de justicia penal nacional. El protocolo pretende documentar los hechos de confinamiento solitario desde una perspectiva multidisciplinar para que, en adelante, se puedan presentar deman-

das legales más sólidas ante las autoridades locales e internacionales.

Aunque cabe usarlo como herramienta independiente, es mejor considerar este protocolo como un complemento del *Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Por tanto, algunas cuestiones relacionadas con la descripción de los eventos podrían superponerse o derivarse de las del PE.

Dentro del sistema de justicia penal, el confinamiento solitario se aplica en centros de detención desde el mismo momento en que la policía lleva a cabo la detención y posteriormente, durante la detención preventiva, la investigación criminal o durante el encarcelamiento. Algunos países utilizan también el confinamiento solitario con los prisioneros que esperan sentencia o la ejecución de una pena de muerte. El confinamiento solitario también se está usando durante la detención administrativa de migrantes, a menudo por los mismos motivos que dentro del sistema de justicia penal, así como en instituciones de cuidados, como hospitales y centros de protección de menores y jóvenes<sup>1</sup>. Aunque estas

1 Aunque tanto la Convención sobre los Derechos del Niño y las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad establecen que el confinamiento solitario está estrictamente prohibido, se utiliza en muchas jurisdicciones como forma de sancionar los malos comportamientos o, supuestamente, en el marco de programas de modificación de la conducta. A menudo, el confinamiento solitario se camufla en forma de medidas del tipo «sanción de permanecer en la habitación» y otras formas similares de aislamiento.

En los casos donde la legislación local lo permita, habría que considerar y estudiar otros elementos relativos a (a) los efectos concretos en la salud de los niños (b) las consecuencias en el desarrollo y neurodesarrollo (c) las consecuencias negativas para el apego (d) las consecuencias

últimas instituciones escapan del alcance de este protocolo, sus recomendaciones pueden ser también valiosas a la hora de documentar y evaluar el confinamiento solitario que se aplica en estos contextos.

### Metodología

Este protocolo se ha desarrollado en base a una metodología interdisciplinar desarrollada por DIGNITY (el Instituto Danés contra la Tortura), el PCATI (Comité Público contra la Tortura de Israel) y REDRESS que se divide en las siguientes etapas: recopilación y revisión de las normas y estándares legales existentes; revisión del conocimiento adquirido en la práctica legal y sanitaria e investigación sobre las formas y efectos del confinamiento solitario; seguido de un debate por un panel de expertos internacionales.<sup>2</sup> Este procedimiento sigue la misma metodología que el *Protocol on Medico-Legal Documentation of Sleep Deprivation* (Protocolo sobre la documentación médico-forense sobre la privación del sueño) (Pérez-Sales et al., 2019) y el protocolo sobre la Documentación Médico-Forense de Amenazas. Este protocolo no ha sido aún testado en estudios piloto. Los autores animan a probarlo en distintos contextos y estarían encantados de colaborar en el proceso en el futuro.

---

negativas de usar métodos de recompensa/castigo como métodos supuestamente pedagógicos.

(Gagnon et al., 2022; McCall-smith, 2022; Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH); Royal College of Psychiatrists; British Medical Association (BMA), 2018; UN General Assembly, 1990)

- 2 El método se describe en Søndergaard, E., Skilbeck, R., & Shir, E. (2019). Development of interdisciplinary protocols on medico-legal documentation of torture: Sleep deprivation. *Torture Journal*, 29(2), 23-27.

### Consideraciones conceptuales, legales y médicas/psicológicas

#### (1) Aspectos conceptuales

El protocolo se refiere a los siguientes conceptos y definiciones:

**Confinamiento solitario:** El confinamiento solitario está definido a nivel internacional por la Regla 44 de las *Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos* («Reglas Nelson Mandela») como: «el aislamiento de reclusos durante un mínimo de 22 horas diarias sin contacto humano apreciable». <sup>3</sup> Esto se refiere a la situación en la que la autoridad que realiza la detención ha impuesto una medida a un recluso que debe pasar al menos 22 horas solo («solitario») en una celda sin contacto apreciable con otros reclusos o personal carcelario. Tres elementos centrales de la definición son *aislamiento, duración y falta de contacto humano apreciable:*

- **Confinamiento:** el prisionero suele ser trasladado a un espacio confinado (a menudo, una celda) para el confinamiento solitario. Podría ser un ala especial del centro de detención o en su celda habitual. Las condiciones de esta celda varían enormemente de un país a otro e incluso de un centro de detención a otro, en cuanto a sus dimensiones, ventilación, iluminación, mobiliario, etc. (ver el protocolo, sección 3). El régimen en torno al confinamiento solitario también varía, por ejemplo en lo que se refiere al acceso a espacios al aire libre, etc.

- 
- 3 Aunque la definición internacional de confinamiento solitario es útil para la documentación, como se describe en el siguiente protocolo, es importante tener presente que algunos marcos nacionales y regionales pueden diferir en la definición de confinamiento solitario. Sin embargo, las European Prison Rules (2020) adoptan la misma definición (Regla 60.6.a).

- **Duración:** se refiere al tiempo total, desde el principio hasta el final del confinamiento, y se medirá en horas, días e incluso, semanas, meses y años, en los peores casos. En función del tipo de confinamiento solitario, puede haber una duración fija del aislamiento, en tanto que en otros regímenes puede ser indefinida o de carácter abierto. Hay que observar que la duración también está relacionada con la aplicación de múltiples periodos consecutivos o casi consecutivos de permanencia en confinamiento solitario (ver el protocolo, sección 3).
- **Sin contacto humano apreciable:** a pesar de ser crucial en la definición internacional de confinamiento solitario, hay pocas directrices al respecto en los instrumentos internacionales de derechos humanos. La Declaración de Estambul sobre el confinamiento solitario y el panel de expertos de Essex lo han definido como «la cantidad y calidad de la interacción social y el estímulo psicológico que los seres humanos requieren para su salud mental y bienestar» (Istanbul Statement, 2007; Essex Paper 3, 2017)<sup>4</sup>.
- **El término «confinamiento solitario»:** la legislación penitenciaria nacional puede referirse específicamente al «confinamiento solitario», pero dichas medidas también pueden estar recogidas bajo otras denominaciones, como «aislamiento», «segregación», «exclusión», «separación» y «celular». Este protocolo utiliza los dos términos, «confinamiento solitario» y «aislamiento» indistintamente.
- **Uso típico del confinamiento solitario:** dentro de un sistema de justicia penal nacional, el confinamiento solitario suele estar impuesto por las autoridades que realizan las detenciones alegando los siguientes motivos:
  1. Preservar evidencias en pro de la investigación criminal
  2. Motivos disciplinarios (por ej., por haber infringido las normas penitenciarias)
  3. Motivos de seguridad (por ej., mantener el orden y la seguridad dentro de la cárcel, frente a riesgos y interrupciones) o
  4. Motivos de prevención o protección (por ej., separación de reclusos que puedan sufrir daños o puedan causar daños a otros, y puede ser incluso solicitado por el/la recluso/a).

4 Cabe debatir si el uso de celdas dobles se podría considerar «contacto humano apreciable», según la definición de las Reglas Nelson Mandela. Es muy ilustrativo observar que el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) defiende unos estándares de confinamiento solitario que se aplican en las situaciones en las que un recluso se ubica con «uno o dos reclusos más» (CPT, Estándares europeos, «Substantive sections of the CPT's General Reports», CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2015, p. 29, párr. 54. Haney alega que el confinamiento en celdas dobles puede exacerbar, en lugar de mitigar, el impacto del aislamiento, dado que el prisionero no solo está aislado de la población general, sino que además la celda está «abarrotaada» (crowded) con otra persona con la que podría no ser compatible. (Haney, Craig, Expert Report in Ashker v.

Los motivos o bases legales para usar el confinamiento solitario en estas situaciones pueden variar. El confinamiento solitario puede producirse también fuera de las situaciones indicadas anteriormente, por ejemplo, un confinamiento solitario *de facto* en ausencia de una decisión formal o como resultado de una cuarentena/aislamiento durante un brote de una enfermedad infecciosa en los que no

Governor of California, Civil Action No. 4:09-cv-05796-CW (N.D. California, 2012, p. 22).

se respetan los estándares sanitarios (Cloud DH et al., 2020).

**Categorías de reclusos vulnerables:** la vulnerabilidad puede estar relacionada con el mayor riesgo de algunos grupos de reclusos de presentar reacciones adversas severas ante el confinamiento solitario. Las Reglas Nelson Mandela (Regla 45 (2)) se refieren a tres de estos grupos:

1. *Reclusos con discapacidades físicas o mentales.*
2. *Niños:* personas de menos de 18 años.
3. *Mujeres embarazadas, con niños muy pequeños o con niños lactantes<sup>5</sup>:* reclusas embarazadas o que hayan dado a luz recientemente o que sean las principales cuidadoras de niños pequeños (tanto si son lactantes como si no).

La vulnerabilidad también puede estar relacionada con la probabilidad de que un recluso sea sometido a confinamiento solitario. Por ejemplo, una persona detenida con una discapacidad cognitiva podría tener más dificultad para comprender las reglas penitenciarias y, en consecuencia, tener más probabilidades de incumplirlas, lo que derivaría en sanciones. Factores socioculturales, como la pertenencia a un pueblo indígena, se han reconocido también como factores que aumentan el riesgo de muerte en el confinamiento solitario<sup>6</sup>.

## (2) Normas legales

Las Reglas Nelson Mandela, que reflejan el consenso internacional en torno a las buenas prácticas en la gestión de las cárceles y el tratamiento de los reclusos, ofrecen una definición legal de todas las formas de confinamiento solitario en la que la privación de un «contacto humano apreciable» durante un periodo de tiempo determinado es un elemento clave.<sup>7</sup> La interpretación legal de este aspecto de la definición y la duración máxima implica que las interacciones sociales no pueden limitarse a las que determinen las rutinas de la cárcel, el discurrir de las investigaciones (criminales) ni una necesidad médica. En consecuencia, la noción de «apreciable» excluye situaciones en las que, por ejemplo, 1) el personal penitenciario deje una bandeja con comida, correo o medicamentos en la puerta de la celda (Essex Paper 3); 2) los investigadores o representantes legales interactúen con el recluso de manera incidental y limitada al desempeño de sus obligaciones profesionales; y 3) los reclusos tienen formas de comunicación que no llegan a ser directas ni personales (por ejemplo, los reclusos pueden comunicarse a gritos a través de las paredes de las celdas o solo se pueden comunicar por medios tecnológicos, como teléfonos u ordenadores). Es crucial que el

5 Las Reglas de Bangkok incluyen disposiciones específicas contra el uso del confinamiento solitario en mujeres (reglas 23 y 24) para *evitar dar lugar a posibles complicaciones de salud en mujeres embarazadas o causar un perjuicio a sus hijos en la cárcel, al separarlos de sus madres. (The Bangkok Rules. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-Custodial Measures for Women Offenders with Their Commentary. A/RES/65/229, 2011)*

6 Puede leerse un ejemplo referido a Australia,

en Royal Commission into Aboriginal Deaths in Custody, Volume 3 [1991] AUROYALC 3,15 abril 1991, p. 25.7.12: «Hay que reconocer la ansiedad extrema que sufren los reclusos aborígenes en confinamiento solitario».

7 Por ejemplo, ver el caso de la British Columbia Civil Liberties Association y John Howard Society contra el Fiscal General de Canadá, 2018, B.C.J. N.º 53, 2018 BCSC 62, p. 61: Estoy satisfecho, basándome en la evidencia de que las Reglas Nelson Mandela representan un consenso internacional sobre los principios y prácticas adecuados en la gestión de centros penitenciarios y el trato de las personas confinadas.

contacto ofrezca el estímulo necesario para el bienestar humano; esto implica una conversación empática y una interacción social mantenida en el tiempo (Essex Paper 3). Las evaluaciones del nivel y la calidad del contacto se deben realizar caso a caso.

Las Reglas Nelson Mandela establecen prohibiciones sobre el confinamiento solitario en los casos de confinamiento solitario indefinido (es decir, sin fecha de finalización) (Regla 43), periodos prolongados (Regla 43) y cuando se aplica a niños, mujeres embarazadas, mujeres con niños muy pequeños o niños lactantes y reclusos con discapacidades mentales o físicas «que pudiera[n] agravarse bajo dicho régimen» (Regla 45(2)). La última prohibición, que refleja principios que se estipulan en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en las Reglas Penitenciarias Europeas (Regla 60.6.b) se requiere que el personal penitenciario valore si los reclusos padecen cualquier discapacidad y, en caso afirmativo, si su condición se verá empeorada por el aislamiento. En relación con los niños, hay normativas internacionales concretas que prohíben el uso del confinamiento solitario con jóvenes (McCall-smith, 2022; UN General Assembly, 1990), así como recomendaciones por organismos médicos y psiquiátricos internacionales (Gagnon et al., 2022; Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH); Royal College of Psychiatrists; British Medical Association (BMA), 2018)

Las Reglas Nelson Mandela introducen el importante concepto del *límite temporal* para todas las formas de confinamiento solitario y prohíben el confinamiento solitario de los reclusos durante más de 15 días consecutivos (Regla 44). La decisión de las autoridades (penitenciarias) se vuelve ilegal el día 16, cuando el confinamiento debería cesar automáticamente. Esto se refiere también a una situación de confinamiento solitario de periodos inferiores a

los 15 días, en los que el confinamiento solitario se repite con frecuencia pese a que haya algunos días intercurrentes. Esto puede ocurrir, por ejemplo, si se pone un recluso en confinamiento solitario tres periodos consecutivos de siete días, dado que la duración total del confinamiento solitario superaría los 15 días.<sup>8</sup>

El confinamiento solitario puede provocar daños graves que equivalgan a la consideración de un trato o pena cruel, inhumano o degradante o tortura (CIDTP). La evaluación legal en relación con la tortura se debe basar en los cuatro elementos de la definición de tortura (Artículo 1 (1) de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de las Naciones Unidas (UNCAT)), es decir, la gravedad del dolor o el sufrimiento físico o mental, la participación de las autoridades, la finalidad y la intencionalidad. Tres de los elementos de la definición son particularmente significativos: *finalidad*, *intencionalidad* y *severidad* del sufrimiento físico o mental. Si no es posible identificar estos elementos, la medida no se podrá considerar tortura, pero puede seguir siendo un tipo de CIDT. Esto se detalla más abajo en la revisión de jurisprudencia. En concreto, en lo que se refiere al confinamiento solitario, es importante señalar que infligir dolor mental puede ser constitutivo de tortura por sí solo aunque no se asocie con el dolor físico.

El CIDTP, tal como establece el artículo 16 del UNCAT, está absolutamente prohibido por la convención y esta prohibición tiene

8 También es una práctica del CPT solicitar una interrupción de varios días entre tales periodos (CPT, Informe de la visita a España en 2011, CPT/Inf (2013) 6, p. 75). Ver también el 21.<sup>er</sup> Informe general del CPT, CPT/Inf (2011) 28, p. 56: «Se deben prohibir las sentencias disciplinarias consecutivas que den lugar a un periodo ininterrumpido de confinamiento solitario que exceda el periodo máximo».



un carácter vinculante. Presupone la participación de una persona con un cargo oficial, cuando al acto le faltan uno o varios de los otros tres elementos de tortura (severidad, intencionalidad y finalidad). Por ejemplo, si el confinamiento solitario provoca un dolor o sufrimiento severos pero no es intencionado o carece de finalidad, puede constituir un CIDT, más que un acto de tortura. Del mismo modo, si dicho acto tiene una intencionalidad y una finalidad, pero no ocasiona un dolor o sufrimiento «severos», no será un acto de tortura, sino un CIDT.

El nexo entre confinamiento solitario y tortura/CIDT está bien establecido en la jurisprudencia internacional y regional.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) ha establecido que el confinamiento solitario puede, en última instancia, destruir la personalidad de la persona detenida y su capacidad de relación con el entorno (*Ramirez Sanchez contra Francia*) y que el «confinamiento solitario sin un estímulo mental y físico podría tener, a largo plazo, efectos dañinos, lo que da lugar al deterioro de las facultades mentales y de relación con el entorno» (*A.B. contra Rusia*). El TEDH ha emitido sentencias relativas al uso del confinamiento solitario en múltiples casos<sup>9</sup>. El TEDH se ha referido al principio de proporcionalidad en casos en los que se valoraba el uso del confinamiento solitario como castigo disciplinario. Por ejemplo, en el caso *Ramishvili y Kokhleidze contra Georgia*, el demandante que había sido sentenciado a una pena

de cuatro años de cárcel, fue puesto en confinamiento solitario como castigo disciplinario por usar un teléfono móvil. El tribunal observó primero que, entre las distintas sanciones disciplinarias disponibles, la administración eligió la más severa: el confinamiento en una celda de castigo. No se tuvieron en cuenta hechos como, por ejemplo, la naturaleza del delito cometido por el demandante y el hecho de que fuera la primera vez que cometía ese tipo de infracción. El tribunal determinó que se trataba de un acto de CIDT relacionado con las condiciones de la celda de castigo (espacio insuficiente en la celda —5,65 m<sup>2</sup> para dos reclusos—); ausencia de ejercicio al aire libre; falta de privacidad; cama compartida; condiciones sanitarias inadecuadas.<sup>10</sup>

Los tribunales nacionales también han reconocido que la duración es un factor importante para evaluar el confinamiento solitario.<sup>11</sup>

Tanto la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (IDH) han reconocido los profundos efectos del aislamiento prolongado y la privación de la comunicación. La CIDH ha proscrito de forma absoluta y consistente la detención prolongada e indefinida como una «forma de trato cruel, inhumano o degradante en virtud del Artículo 5 de la Convención Americana sobre Dere-

9 *Mathew contra Países Bajos*, 24919/03, 29 septiembre 2005; *A.B. contra Rusia*, 1439/06, 14 octubre 2010; *Piechowicz contra Polonia*, 20071/07, 17 mayo 2012; *Gorbulya contra Rusia*, 31535/09, 6 marzo 2014; y *N.T. contra Rusia*, 4727/11, 2 junio 2020.

10 Para leer una crítica del uso del confinamiento solitario como castigo disciplinario por tener un móvil en las cárceles danesas, ver el Conference Report (Informe de la conferencia) 2017 (DIGNITY, Copenhague), en línea en: [conference-report-solitary-confinement.pdf](https://www.dignity.dk/conference-report-solitary-confinement.pdf) (dignity.dk)

11 *Ashker contra el Gobernador de California*, Acción civil n.º. 4:09-cv-05796-CW (N.D. California) y el acuerdo en el caso 1 de septiembre de 2015. Ver también la opinión discrepante del juez Breyer en *Ruiz contra Texas*, 137 S. Ct. 1246, 1247(2017).

chos Humanos»<sup>12</sup>. La Corte IDH dictaminó que esas medidas eran «en sí mismas un trato cruel e inhumano, perjudicial para la integridad psicológica y moral de la persona y una violación del derecho del recluso al respeto de su dignidad inherente como ser humano»<sup>13</sup>. A lo largo de los años, la Corte IDH ha dictado numerosas sentencias condenatorias relativas al confinamiento solitario<sup>14</sup>.

La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (CADHP) también ha podido valorar el uso del confinamiento solitario. En un caso, tres presos políticos fueron retenidos en un «confinamiento solitario casi absoluto, se les dio una alimentación extremadamente deficiente, recibieron una asistencia sanitaria inadecuada, tuvieron grilletes puestos durante largos periodos de tiempo dentro de sus celdas y no se les permitió verse durante años» y se determinó que este tratamiento constituía, entre otras cosas, una violación del artículo 5<sup>15</sup>. En otro caso, la CADHP encontró que había habido una violación en un caso en el que se vio implicado un periodista, que estuvo detenido durante 147 días, estuvo sujeto con contenciones mecánicas y se mantuvo en un confinamiento solitario durante algunos periodos<sup>16</sup>. Es difícil esta-

blecer los límites legítimos del confinamiento solitario a partir del razonamiento combinado de la Comisión en tales casos.

El Comité de la ONU Contra la Tortura (CAT)<sup>17</sup> y el Comité de Derechos Humanos (CDH)<sup>18</sup> han interpretado sus respectivas convenciones vinculantes en el contexto del confinamiento solitario.

Para evitar daños, en general, el uso del confinamiento solitario, cuando no está prohibido por una normativa de carácter no vinculante (ver más arriba) debería limitarse a casos excepcionales, como último recurso y por el mínimo tiempo posible (Regla 45 (1) Reglas Nelson Mandela). Así, las autoridades están obligadas a, antes de nada, considerar medidas alternativas y menos restrictivas y, después, si se rechazan, asegurarse de que la duración del confinamiento solitario sea lo más breve posible. El daño ocasionado por el confinamiento solitario fue reconocido por un tribunal canadiense (el Tribunal Supremo de la Columbia Británica) que determinó que «ocasiona a algunos reclusos daños físicos y que pone a todos los reclusos que se someten a él en Canadá en riesgo de sufrir un daño psicológico grave, incluido dolor y sufrimiento mental y una mayor incidencia de autolesiones y suicidios» (Lobel and Smith, 2020)<sup>19</sup>. Las jurisprudencias europea

12 *Castillo Petruzzi et al. contra Perú*, Serie C, N.º 52, sentencia del 30 de mayo de 1999.

13 *Vélazquez-Rodríguez contra Honduras*, Serie C, N.º 4, sentencia del 29 de julio de 1988, p. 156.

14 *Loayza-Tamayo contra Perú*, Serie C, N.º 33, sentencia del 17 de septiembre de 1997, p. 58; *Miguel Castro-Castro Prison contra Perú*, Serie C, N.º 160, sentencia del 25 de noviembre de 2006; *Cantoral-Benavides contra Perú*, Serie C, N.º 69, sentencia del 30 de agosto de 2000, pp. 62 y 104.

15 *Krishna Achuthan y Amnistía Internacional (en nombre de Aleke Banda y Orton y Vera Chirwa) contra Malawi*, Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, n.º 64/92, 68/92 y 78/92, sentencia del 22 de marzo de 1995, p. 7.

16 *Media Rights Agenda (en nombre de Niran Malaolu) contra Nigeria*, Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, N.º

224/98, sentencia del 6 de noviembre de 2000, pp. 70 y 72.

17 *Bouabdallah Ltaief contra Túnez*, CAT/C/31/D/189/2001, 14 noviembre 2003; *Imed Abdelli contra Túnez*, CAT/C/31/D/188/2001, 14 noviembre 2003; CAT, Informe sobre Turquía, A/48/44/ADD.1, 15 noviembre 1993), p. 52.

18 *Daley contra Jamaica*, CCPR/C/63/D/750/1997, 3 agosto 1998; *Evans contra Trinidad y Tobago*, CCPR/C/77/D/908/2000, 5 mayo 2003; *Yong-foo Kang contra República de Corea del Sur*, CCPR/C/78/D/878/1999, 16 julio 2003. Ver también HRC, Observación General 7, Artículo 7 (1982), p. 2.

19 Ver el caso de la *British Columbia Civil Liberties*



e interamericana también requieren que el confinamiento solitario se utilice de forma excepcional<sup>20</sup> e, incluso en ese caso, de forma proporcionada.<sup>21</sup>

En las Reglas Nelson Mandela se estipulan requisitos adicionales, incluida una supervisión médica estricta de los reclusos en confinamiento solitario: *«el personal sanitario (...) deberá (...) prestar especial atención a la salud de los reclusos que son mantenidos en cualquier forma de separación involuntaria, incluso visitando a algunos reclusos a diario y ofreciendo un tratamiento o asistencia médica inmediatos a solicitud de dicho recluso o personal penitenciario»* (Regla 46(1)). La Asociación Médica Mundial ha señalado que *«la provisión de atención médica debe realizarse cuando haya una necesidad médica o a solicitud del recluso. Los médicos deben tener acceso diario a los prisioneros en situación de confinamiento solitario por su propia iniciativa»* (Asociación Médica Mundial, 2019).<sup>22</sup>

El confinamiento solitario debería realizarse en celdas que cumplan las condiciones mínimas de conformidad con los estándares internacionales, por ej., las propias Reglas Nelson Mandela. Hay otros requisitos relacionados con el confinamiento solitario impuesto como medida disciplinaria, por ej., sobre el derecho a presentar una queja y a una revisión judicial (Reglas 36 a 53, Reglas Nelson Mandela).

En concreto, en lo referido a la vida familiar (y las comunicaciones privadas, etc.), en virtud de lo que establece el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), las Reglas Nelson Mandela requieren que el no se pueda prohibir el contacto con las familias durante el confinamiento solitario, y están especialmente prohibidas las limitaciones punitivas del contacto con las familias, sobre todo cuando hay niños involucrados (Regla 43(3)).<sup>23</sup> Esto significa que se debe permitir a los reclusos mantener un cierto contacto con familia y amigos durante las visitas, así como a través de una correspondencia adecuada y frecuente. Sin embargo, por motivos de seguridad, las autoridades penitenciarias deben tener un cierto grado de control sobre los visitantes autorizados (Regla 60) y la comunicación con familiares y amigos puede realizarse *«bajo una supervisión necesaria»*, normalmente con un control visual (Regla 58

---

*Asociación y John Howard Society contra el Fiscal General de Canadá*, 2018, B.C.J. N.º 53, 2018 BCSC 62. El caso ha sido recurrido en el Tribunal Supremo de Canadá.

- 20 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Resolución 1/08, *Principles and Best Practices on the Protection of Persons Deprived of Liberty in the Americas*, 13 de marzo de 2008: *«El confinamiento solitario solo se permitirá como una disposición de último recurso y durante un tiempo limitado, cuando sea evidente que es necesario para asegurar los intereses legítimos relacionados con la seguridad interna de la institución y proteger derechos fundamentales, como el derecho a la vida y la integridad de las personas privadas de libertad o el personal»*.
- 21 *Caso de Montero-Aranguren et al.* (Centro de detención de Catia) contra Venezuela, Serie C N.º 150, sentencia de 5 julio 2006.
- 22 La Corte IDH considera esencial la supervisión independiente y autónoma de la capacidad de un individuo de soportar el confinamiento solitario (CIDH, Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, 31 diciembre 2011, pp. 417 y 418.

- 23 Las Reglas Nelson Mandela (43 (3)) también establecen que *«las formas de contacto familiar solo se pueden restringir durante un periodo de tiempo limitado y en la medida en que sea estrictamente necesario para mantener la seguridad y el orden»*. Ver también TEDH, *Ilaşcu y otros contra Moldavia y Rusia*, N.º 48787/99, 8 julio 2004, §438. En lo que se refiere a las mujeres, ver también la Regla 23 de las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)(2010).

(1)). Además, aunque no se pueda prohibir el contacto con la familia, se puede restringir durante «un periodo de tiempo limitado, tal como se requiere para el mantenimiento de la seguridad y el orden» (Regla 43 (3)) (ver TEDH, *Piecho-wicz contra Polonia*).

Los estados están obligados por la legislación internacional sobre derechos humanos a tratar a todas las personas por igual y sin discriminación. Esto se recoge en diversos instrumentos internacionales centrales, incluidos el artículo 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el artículo 2(2) del ICCPR y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estas disposiciones prohíben explícitamente la discriminación basada en raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otro tipo, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estado. Esto queda firmemente establecido en la jurisprudencia relativa a niños y niñas,<sup>24</sup> re-

clusos LGTB<sup>25</sup> y reclusos con discapacidades<sup>26</sup>.

### (3) Aspectos médicos/psicológicos

El confinamiento solitario ha demostrado tener efectos graves y a menudo duraderos sobre la salud mental y el funcionamiento psicológico y social (Grassian, 2006; Craig Haney, 2018; S. Shalev & Lloyd, 2015; Sharon Shalev, 2008, 2022; Siennick et al., 2021; The Lancet, 2018). También se pueden apreciar síntomas físicos. Las consecuencias descritas son sorprendentemente consistentes en un amplio número de estudios, fechas, tipos de prisiones, categorías de detenidos y ubicaciones. Esta panorámica pretende destacar algunos de los estudios más importantes, tanto los primeros, o históricos, como los más recientes.

Se han descrito de modo consistente una serie de reacciones tras la detención en régimen de aislamiento. Algunos estudios enfatizan los cambios de estado de ánimo, reacciones somáticas y otras indicativas de angustia y enfermedad mental graves. En los estudios hay una fuerte evidencia de que, cuanto más largo sea el aislamiento, más probable es que se produzcan reacciones adversas.

Se requiere considerar algunos de los aprendizajes extraídos de los estudios sobre

24 El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas ha declarado y enfatizado en múltiples ocasiones que todas las formas de confinamiento solitario de los niños deben ser abolidas: Observaciones finales sobre El Salvador, CRC/C/15/Add.232, 30 junio 2004, p. 36(a); Observaciones finales sobre Singapur, CRC/C/15/Add.220, 27 octubre 2003, p. 45(d); Observación General N.º 10, CRC/C/GC/10, 25 abril 2007, p. 89). La Corte IDH ha observado que la mayoría de los estados miembros han seguido aplicando el confinamiento solitario como un castigo para los niños (CIDH, Relatoría sobre los derechos de la niñez, justicia juvenil y derechos humanos en las Américas, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 78 (2011), p. 559) y reitera en el mismo informe la prohibición de «cualquier práctica estatal que implique el confinamiento solitario de los niños en instalaciones policiales», p. 263. Ver la jurisprudencia de Australia, como el caso *Certain Children by their Litigation Guardian Sister Marie Brigid Arthur v Minister for Families and Children & Others (guardiana ad litem hermana Marie Brigid Arthur de algunos niños*

*contra el Ministro de las Familias y la infancia y otros*) [N.º 2] (2017) 52 VR 441, 554.

25 TEDH, X contra Turquía. El subcomité de las Naciones Unidas para la prevención de la tortura también ha llamado la atención sobre el problema de los reclusos LGBT en aislamiento, señalando que «no solo es probable que cumplan sus penas en aislamiento, sino que es probable que se trate de penas más largas». (SPT, Noveno informe anual del SPT, CAT/C/57/4, 22 marzo 2016, p. 64.

26 CIDH, *Victor Rosario Congo contra Ecuador*, Caso 11.427, Informe n.º 12/97, IACtHR, OEA/Ser.L/V/II.95 Doc. 7 rev. at 257, sentencia del 12 marzo 1997.

privación sensorial en entornos experimentales, dado que el confinamiento solitario en sus formas más estrictas puede, en cierta medida, acercarse a la privación sensorial, dado el potencial que tiene de limitar la estimulación sensorial, incluida a la luz, el sonido y al contacto con otros seres humanos. La privación de estímulos se puede presentar como un *continuum*, en el que se producen distintos grados e intensidades.

### **Consecuencias del aislamiento:**

Los experimentos, ampliamente conocidos, pero muy cuestionados éticamente, sobre la privación sensorial que se realizaron en los años 50 mostraron que tras unos días tan solo de limitar de forma severa la información sensorial (luz, sonido y tacto), los participantes de la investigación, que eran voluntarios, bien preparados y capaces de detener el experimento en cualquier momento, presentaban incapacidad para pensar con claridad, controlaban peor sus pensamientos y perdían la capacidad de estimar el tiempo. Asimismo, manifestaban dificultades mentales temporales, menor concentración, un rendimiento académico reducido y mayor angustia y agitación. Algunos participantes tuvieron alucinaciones, ansiedad e incluso crisis agudas de pánico (Heron, 1957; Leiderman et al., 1958).

También se puede extraer un aprendizaje de los campos emergentes de la neuroinvestigación que han vinculado la soledad con, entre otros, un rendimiento cognitivo menor, un declive cognitivo más rápido y una cognición disminuida (como ejemplo, ver Cacioppo & Hawkley, 2009). La necesidad de un estímulo sensorial para el funcionamiento humano está bien documentada en otros tipos de estudios. En un ensayo clínico aleatorizado, se puso a un grupo de reclusos en confinamiento solitario durante siete días y a otro grupo se le sometió al tratamiento carcelario habitual. El primer

grupo presentó una actividad disminuida en el electroencefalograma y latencia en el potencial visual evocado (impactos de la actividad eléctrica en el cerebro y los canales visuales), ambos indicadores de una disfunción neurológica. Se observan hallazgos similares en los estudios sobre privación sensorial (O'Mara, 2015). Los estudios neuropsicológicos recientes abundan en que el confinamiento solitario prolongado puede ocasionar daños en el cerebro (Akil, 2019), incluso de carácter irreversible (Coppola, 2019, Kupers, 2017)).

**Reacciones psicológicas:** Algunas reacciones psicológicas que se observan a menudo en los estudios en cárceles, incluso tras breves periodos de confinamiento solitario, son ansiedad, miedo, bajo estado de ánimo, depresión y problemas de concentración (Stang et al., 2003). En un estudio, se determinó que hasta el 91 % de los participantes sufrían ansiedad y nerviosismo, el 70 % se describían a sí mismos como «a punto de tener una crisis emocional» (Haney, 2003). Además, el 77 % estaban en un estado de depresión crónica y dos tercios padecían varios síntomas a la vez (Haney, 2003; Smith, 2006). También se han reportado unos niveles más elevados de agresión e ira, hostilidad y alejamiento de otras personas durante y después de un confinamiento solitario de larga duración (Jackson, 1983; Miller, 1997). Muchos estudios hablan de sentimientos de extrañamiento de sí mismos y de los demás y que los reclusos experimentan síntomas confusionales (Pérez-Sales, 2017; Sveaass, 2009).

**Síntomas físicos:** En un estudio sobre el uso del confinamiento solitario durante la prisión preventiva, se determinó que el 94 % de los participantes sufrieron síntomas adversos psicológicos y psicósomáticos después de cuatro semanas (Gamman, 2001; Smith, 2011). En otro estudio sobre consecuencias somáticas los reclusos en confinamiento solitario refirieron más problemas de salud que

aquellos que habían estado en una custodia ordinaria. En concreto, reportaban dolores de cabeza, dolor en el cuello, hombros y estómago, además de ansiedad y depresión (Gamman, 1995). Aquellos que tenían síntomas somáticos antes de entrar en aislamiento sufrieron un empeoramiento de los síntomas. Las quejas duraron todo el tiempo que duró el aislamiento, pero la mayoría de los reclusos se recuperaron cuando este finalizó. También se han observado eccemas y picores en la piel de las personas recluidas en un confinamiento solitario (Strong et al., 2020), así como apatía, mareo y pérdida de peso (Korn, 1988).

**Trastornos psiquiátricos:** La relación entre el aislamiento y los trastornos psiquiátricos es compleja. En los primeros meses de encarcelamiento, se ha observado que los reclusos aislados con un trastorno de salud mental preexistente mantenían los mismos niveles de trastorno, en tanto que los reclusos que no estaban aislados mejoraban (Andersen et al., 2003).

En un estudio que hizo un seguimiento longitudinal de los reclusos se observó que un porcentaje significativamente superior de los que estaban en confinamiento solitario (el 28 % frente al 15 %) desarrollaron síntomas, en su mayoría relacionados con trastornos de adaptación, como dificultad para concentrarse, insomnio, irritabilidad, depresión y tristeza, ansiedad, apatía y pasividad como síntomas comunes. Se observó, como síntomas típicos, una mezcla de ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos (Andersen et al., 2000). También se han descrito con frecuencia procesos de pérdida de control del pensamiento y alucinaciones (Jackson, 1983).

En un estudio, la proporción de reclusos que habían padecido esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y

trastorno de pánico era más elevado en los prisioneros aislados que entre la población general de reclusos y los grupos no encarcelados (Hodgins et al., 1991). Los reclusos que han requerido ser hospitalizados en clínicas psiquiátricas han sido mayoritariamente reclusos que habían sido sometidos a un confinamiento solitario (Volkart et al., 1983). Así mismo, los reclusos que habían sido sometidos a un confinamiento solitario de cuatro semanas tenían 20 veces más posibilidades de ser hospitalizados por un cuadro psiquiátrico que aquellos que no habían estado en un confinamiento solitario (Sestoft et al., 1998).

**Suicidio y autolesiones:** Se observan a menudo entre los reclusos que están en un confinamiento solitario casos de suicidio y autolesiones. En un estudio el 13 % de un grupo de reclusos sometido a confinamiento solitario iniciaron actos autolesivos (Gamman, 2001). En otro, los participantes sometidos a un confinamiento solitario tuvieron casi siete veces más probabilidades de incurrir en autolesiones y más de seis veces más probabilidades de lesionarse de forma letal en comparación con aquellos que no habían estado confinados en solitario (Kaba et al., 2014). Se ha determinado que el riesgo de suicidio incrementa considerablemente cuando se comparan los reclusos aislados de los que no lo han sido (Roma et al., 2013). Incluso en los primeros años después de su liberación, los que han estado en un confinamiento solitario/celda de castigo (una forma de aislamiento) se ha determinado que presentan una mortalidad superior (Wildeman and Andersen 2020; Brinkley-Rubinstein et al., 2019).

#### **Factores que influyen en los efectos del confinamiento solitario**

Los efectos dañinos del confinamiento solitario se pueden encontrar en la mayoría de las personas que han sufrido alguna forma

de aislamiento, pero hay algunos factores que pueden influir en el resultado (Haney, 2003; Shalev, 2008).

Entre estos factores se incluyen la edad, el género, el estado de salud previo, antecedentes culturales, personalidad, anteriores traumas/exposiciones al estrés, confinamiento(s) en solitario previos, así como la disposición, motivación y orígenes del confinamiento. También influyen factores relacionados con las circunstancias en las que se ha producido el confinamiento solitario, y aspectos como su duración, condiciones generales de la celda, información sensorial, factores de mitigación

como el acceso a la radio, televisión, prensa, actividades y comunicación. Además, es importante la información o el conocimiento sobre la duración y el grado de control de la duración. En especial, la falta de información sobre la duración puede afectar a la persona más que la propia duración. Además, se ha señalado como un factor destacado la falta de referencias que permitan orientarse (Ruff et al., 1961). Finalmente, se debe considerar también un factor que influye en los efectos del confinamiento solitario: la falta de acceso a los servicios, mecanismos de quejas, etc.

## II. Protocolo

Se trata de un protocolo genérico que busca guiar la parte de una entrevista que está relacionada con el confinamiento solitario. Como tal, este protocolo es un complemento del Protocolo de Estambul cuando se requiere específicamente documentar el confinamiento solitario. Sin embargo, cabe señalar que los malos tratos y la tortura no se basan en técnicas individuales únicas (que pueden resultar dañinas o no, si se considerasen de manera independiente), sino que son el resultado de la interacción de distintos métodos. Los efectos acumulativos del contexto general de la detención y el interrogatorio, así como la combinación de los distintos métodos empleados, en lo que se denomina un Entorno Torturante son importantes y se deben así mismo documentar de conformidad con el Protocolo de Estambul. Esto se aplica también a los efectos acumulativos de ciertos métodos cuando se aplican durante un tiempo prolongado, entre ellos el confinamiento solitario.

El protocolo está diseñado para que lo utilicen profesionales de la salud y del derecho en las entrevistas en centros de detención o después de la puesta en libertad de la persona. Aunque cierta información puede ser recopilada tanto por los profesionales legales como los de la salud (en concreto, las secciones 1 a 4), dos de las secciones del protocolo requieren una cualificación especializada (las secciones 5 y 6).

El Protocolo de Estambul estipula una serie de consideraciones generales importantes para documentar las entrevistas, incluyendo los aspectos vinculados con la seguridad. Si el recluso sigue estando detenido, es importante recordar la situación precaria en que se encuentra, evaluar los riesgos para su seguridad y adoptar medidas de mitigación de riesgos si fuera necesario. El Protocolo de Estambul también estipula consideraciones generales para documentar entrevistas a grupos particularmente vulnerables, como pueden ser los niños. Estas consideraciones deben ser tenidas en cuenta también cuando se documente el confinamiento solitario. Además, al entrevistar a un prisionero que haya sido sometido a un confinamiento solitario, quizás durante un periodo prolongado, es importante recordar medidas que eviten desencadenar reacciones psicológicas adversas y retraumatización.

Las entrevistas a niños son particularmente difíciles. Será necesario adaptar las preguntas en función de la edad del niño, su conducta y su nivel cognitivo, y se deberán interpretar sus emociones a la luz de su edad y desarrollo. Por este motivo, los niños solo deben ser entrevistados por personas que tengan una experiencia, conocimiento y formación adecuados para que puedan determinar correctamente las partes del protocolo que se deben usar.

Se presupone que el entrevistador ha recopilado información personal sobre el/la entrevistado/a, incluida su edad, género, etc. Esta información permitirá determinar más fácilmente si la persona encaja en alguna de las categorías en las que no se debe usar el confinamiento solitario según estipulan las Reglas Nelson Mandela (ver más arriba y en la sección 6 más abajo) y qué consideraciones concretas hay que tener en cuenta durante la entrevista.

El protocolo contiene seis secciones:

1. Consentimiento informado
2. Experiencia subjetiva
3. Condiciones y circunstancias del confinamiento solitario



4. Evaluación de la salud y la función ejecutiva antes del arresto y del confinamiento solitario
5. Evaluación de las consecuencias médicas y psicológicas y
6. Evaluación legal del confinamiento solitario

### Sección 1. Consentimiento informado

El consentimiento informado implica asegurarse de que cuando alguien acepta ser entrevistado (y acepta el uso posterior de la información que facilite), la persona haya sido plenamente informada y haya comprendido los beneficios y riesgos potenciales de la línea de acción propuesta. El entrevistador debería obtener el consentimiento informado según las directrices que establece el Protocolo de Estambul (capítulo II).

### Sección 2. Experiencia subjetiva

Esta sección incluye las preguntas que hay que plantear en la entrevista para obtener la descripción espontánea de la persona de su experiencia en el confinamiento solitario. Las respuestas se deberán recoger tan literalmente como sea posible. Presupone que el entrevistador pida primero a la persona que confirme que ha sido retenida en una celda u otro lugar sin contacto con otros durante un cierto tiempo (confinamiento solitario).

Si fuera el caso, se deberán hacer preguntas de profundización. Las siguientes preguntas pueden servir de inspiración o guía, pero es posible que surjan otros temas importantes durante la entrevista.

- ¿Por qué cree que le han puesto en un confinamiento solitario?
- ¿Qué *destacaría del tiempo que ha pasado/pasó en el confinamiento solitario?* Incluya otras preguntas sobre lo que la persona vio, oyó, sintió, olió o los pensamientos que tuvo.
- ¿Cómo cree que le afectó el confinamiento solitario *tanto en el momento en que se produjo como inmediatamente después?*
- Si ha pasado un cierto tiempo desde que la persona ha salido del confinamiento solitario, ¿le sigue afectando a fecha de hoy? En caso afirmativo, ¿podría explicar cómo?

### Sección 3. Circunstancias y condiciones del confinamiento solitario

Para complementar lo descrito en la sección anterior, esta sección presenta preguntas que se pueden plantear durante la entrevista para obtener un relato de lo ocurrido tan objetivo y concreto como sea posible. Es posible que haya algunas lagunas informativas, pero la entrevista debería intentar recopilar los hechos de forma tan detallada como sea posible.

- a. Los eventos que han conducido al confinamiento solitario
  - *¿Cómo fue trasladado al confinamiento solitario?*
  - *¿Cuál fue el proceso que condujo al confinamiento solitario?* (Por ej., si el confinamiento solitario fue una sanción disciplinaria).
  - *¿Qué información recibió y cuándo?* (Por ej., sobre el motivo del confinamiento solitario, su duración esperada, régimen, opciones de queja, revisiones y visitas médicas).

- *¿Tiene alguna condición de salud preexistente que pudiera afectarle durante su confinamiento solitario? En caso afirmativo, ¿las autoridades que realizaron la detención la conocían? ¿La tuvieron en cuenta? (Por ej., claustrofobia, ansiedad, depresión).*
- b. Duración
- *¿Cuántos días/semanas/meses/años ha pasado en un confinamiento solitario en total?*
  - *¿Se trató de un periodo continuado? ¿Hubo alguna interrupción del confinamiento solitario durante ese periodo o ha pasado varios periodos en confinamiento solitario? (Es decir, una descripción de la duración de los distintos periodos y lapso de tiempo entre los periodos).*
- c. Contacto con otras personas durante el confinamiento solitario
- *¿Con quién estuvo en contacto durante su tiempo en confinamiento solitario?*
  - *¿Con qué frecuencia mantuvo contacto con esas personas y durante cuánto tiempo?*
  - *¿Cuál era la finalidad de este contacto? (Por ej., acompañar la persona al baño, llevarle la comida, visitas por parte del personal, visitas del exterior).*
  - *¿Cómo estuvo en contacto con estas personas? (Por ej., por teléfono, a través de la puerta, visitas en la celda, acceso a otros fuera de la celda).*
  - *¿Cuál era la finalidad de los distintos tipos de contacto que mantuvo?*
  - *¿Tuvo ocasión de hablar con ellos? ¿Estuvieron en silencio todo el tiempo o se esperaba que usted estuviese en silencio?*
- d. Condiciones en las que se produjo el confinamiento solitario
- Intente obtener toda la información posible sobre la habitación o celda en la que se produjo el confinamiento solitario y sobre las condiciones generales durante el confinamiento solitario. Esto puede incluir:
- *Dimensiones y condiciones de la habitación o celda*
  - *Tipo y condición de la cama y otros muebles*
  - *Acceso a aire y luz del exterior en la sala (presencia y dimensiones de las ventanas, puertas, aberturas de ventilación)*
  - *Luz artificial e interruptores*
  - *Temperatura, humedad y calidad del aire*
  - *Sonidos —ruido—, silencio, incluidos cambios durante el día*
  - *Posibilidades de indicar la hora, por ej., reloj de pared, de pulsera, llamadas a la oración*
  - *Nivel de limpieza, incluida la presencia de polvo, moho, insectos u otros animales*
  - *Acceso a ropa, calzado, mantas/colchas*
  - *Acceso a comida, agua e instalaciones sanitarias (¿con qué frecuencia, con qué intervalos, bajo demanda?)*
  - *Acceso al botón de aviso/alarma u otros medios de informar al personal en caso de necesidad*
  - *Uso de sujeciones (cuándo, qué tipos)*
  - *Acceso a materiales de lectura, radio, TV u otras actividades en la sala*
  - *Acceso a trabajo, ejercicio al aire libre u otras actividades fuera de la sala (¿qué, con qué frecuencia durante cuánto tiempo?)*
- e. Contacto con profesionales sanitarios durante el confinamiento solitario
- *¿Recibió visitas no solicitadas por parte de profesionales de la salud durante el confinamiento solitario?*
  - *En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia se produjeron estas visitas? ¿Cuánto duraron las visitas? ¿Qué hicieron los profesionales de la salud? ¿Pudo hablar con el profesional de la salud en privado?*

- *¿Solicitó ver a un médico u otro profesional sanitario durante el confinamiento solitario? ¿Se atendió su solicitud?*
- f. Acceso a las salvaguardas legales durante el confinamiento solitario
- *¿Pudo presentar una queja sobre el hecho de haber sido puesto/a en confinamiento solitario o sobre las condiciones del confinamiento?*
  - *¿Tuvo acceso a asistencia legal gratuita o pudo ver un abogado?*
  - *¿Hubo revisiones de la decisión de ponerlo en confinamiento solitario? ¿Tuvo ocasión de ser escuchado/a durante esas revisiones? ¿Con qué frecuencia se produjeron estas revisiones?*

#### **Sección 4. Evaluación de la salud y las funciones ejecutivas antes del arresto y el confinamiento solitario**

Esta sección pretende obtener información sobre el estado de salud y las funciones ejecutivas de la persona antes del arresto y del confinamiento solitario. Esto cumple tres finalidades principales:

- Identificar cualquier condición preexistente puede ayudar cuando haya que argumentar que la persona no debería haber sido sometida a un confinamiento solitario debido a vulnerabilidades específicas.
- Comparar el estado de salud de la persona antes y después del confinamiento solitario puede ayudar a evaluar el potencial impacto del aislamiento.
- Determinar en los procedimientos judiciales si se deposita en el demandante la carga de prueba (ver sección 6).

Antes de plantear las siguientes preguntas, la entrevista debe aclarar si la persona ha pasado tiempo en confinamiento solitario con anterioridad, así como las reacciones experimentadas. Para cada instancia, se deberá recopilar información sobre cuándo, dónde y en qué condiciones. Recoja las respuestas de forma tan literal como sea posible.

1. Los problemas relacionados con la salud física y mental antes de la detención y antes de experimentar el confinamiento solitario *(de preferencia, las preguntas las debe plantear un profesional de la salud)*.
2. Si la persona ha pasado tiempo detenida antes del confinamiento solitario, pregúntele también sobre los problemas de salud mental y física antes de dicho confinamiento *(de preferencia, las preguntas las debe plantear un profesional de la salud)*.
3. Nivel general de las funciones ejecutivas antes de la detención. Los problemas pueden incluir preguntas sobre las condiciones de vida, el desarrollo de actividades de educación, trabajo y otras formas de actividades diarias, manejo de la situación financiera, situación familiar, planes y objetivos.
4. Si la persona ha pasado tiempo detenida antes del confinamiento solitario, pregunte también sobre el nivel de las funciones ejecutivas en la detención antes de ser puesta en confinamiento solitario. Los problemas pueden incluir las relaciones con otros detenidos y el personal, así como el trabajo u otras actividades.

### Sección 5. Evaluación de las consecuencias médicas y psicológicas

Esta sección del protocolo debe utilizarla un médico o experto en psicología. Las siguientes preguntas sirven de inspiración sobre lo que sería interesante preguntar para evaluar las consecuencias físicas y psicológicas, teniendo presente que siempre deben tenerse en cuenta las particularidades de la persona y la situación en la que se realiza la entrevista. Ofrezca una descripción detallada de las respuestas de la persona.

Si no hubiera ningún entrevistador con experiencia y conocimientos médicos o psicológicos, y considerando la experiencia del entrevistador, pueden plantearse las primeras cuatro preguntas que se enumeran a continuación, pero con cuidado de evitar inducir a la persona entrevistada.

- ¿Ha experimentado algún síntoma físico mientras estaba en el confinamiento solitario (por ej., dolor, problemas de sueño, náusea, mareos, tensión en el cuerpo)? Escriba una descripción detallada.
- ¿Ha experimentado algún problema de salud mental durante el confinamiento solitario? Escriba una descripción detallada.
- ¿Ha requerido tratamiento médico o psicológico por estos problemas en alguna ocasión?
- ¿Experimenta actualmente problemas sociales o de salud mental que atribuya a haber estado sometido/a a *confinamiento solitario*?

Es posible recopilar más información sobre las reacciones de la persona sometida a confinamiento solitario con las dos listas de comprobación siguientes y las preguntas adicionales relacionadas con la interacción de las personas con otros. Los elementos de las listas de comprobación y las preguntas están diseñados para usarlos después de que el confinamiento solitario concluya. Pueden servir de referencia al entrevistar a alguien que siga en confinamiento solitario, pero hay que tener en cuenta la situación precaria y el estado mental de la persona cuando se decida el nivel de detalle de las preguntas que se planteen.

#### *1: Lista de comprobación de síntomas cognitivos:*

Esta lista de comprobación evalúa los síntomas cognitivos de la persona durante el confinamiento solitario y después.<sup>27</sup> Cuando plantee alguna pregunta, busque información sobre cualquiera de los elementos que se enumeran a continuación (por ej., circunstancias, síntomas, experiencia subjetiva o lo que pueda servir para comprender el elemento).

<sup>27</sup> Elementos seleccionados de los cuestionarios MoCA y Evaluación neuropsicológica breve y adaptados a un contexto de detención y confinamiento solitario.

**Tabla 1.** Lista de comprobación de síntomas cognitivo

	¿Se ha producido alguno de los siguientes síntomas durante el confinamiento solitario? ¿Con qué frecuencia?	¿Cuál era la situación después del confinamiento solitario?
	Nunca A veces A menudo Todo el tiempo	No es aplicable Ha mejorado No ha cambiado Ha empeorado
1. ¿Ha perdido el <b>conocimiento</b> en alguna ocasión? En caso afirmativo: Motivos para perder el conocimiento: (a) Golpes en la cabeza u otro traumatismo craneal (b) Estrangulamiento/asfixia (c) Desmayo emocional o síncope debido a ansiedad o miedo (d) Otras formas de dolor (e) Otros		
2. <b>Orientación.</b> ¿Podía decir más o menos cuánto tiempo estuvo detenido en confinamiento solitario?		
3. <b>Orientación.</b> ¿Normalmente sabía, aproximadamente, qué hora era? (o, alternativamente, si era mañana, tarde, noche)		
4. <b>Conciencia.</b> ¿Se sentía aletargado/a casi todo el día?		
5. <b>Concentración y memoria.</b> ¿Alguna vez ha observado que no podía recordar información básica sobre sí misma (por ej., el nombre de miembros cercanos de su familia, detalles de infancia)?		
6. <b>Concentración y memoria.</b> ¿Le ocurrió alguna vez que no podía entender siquiera preguntas sencillas que le hacían otras personas?		
7. <b>Concentración y memoria.</b> Después de haber estado en un confinamiento solitario, ¿podía recordar cómo era la celda? (No utilizar esta pregunta si la persona tenía los ojos vendados).		

8. <b>Concentración y memoria.</b> ¿Observó alguna dificultad para concentrarse en tareas o actividades que realizara?		
9. <b>Percepción.</b> ¿Tuvo la percepción de alteraciones en su entorno (por ej., sensación de que el techo o los muros se movieran o se le cayeran encima)?		
10. <b>Percepción.</b> ¿Oyó voces o vio figuras fuera de su mente y se dio cuenta más tarde de que no eran reales?		
11. <b>Juicio.</b> ¿Ha experimentado alguna situación en la que intentara hablar pero le resultara difícil encontrar las palabras adecuadas o se sintiera bloqueado/a?		
12. <b>Juicio.</b> ¿Se le explicaron sus derechos pero no pudo comprender el contenido de la conversación?		
13. <b>Juicio.</b> ¿Le facilitaron documentos (por ej., confesiones, declaraciones, etc.) que no pudo comprender?		
14. <b>Autoevaluación subjetiva.</b> ¿Cree que estaba en condiciones de tomar decisiones de cualquier tipo?		

2: Lista de comprobación de síntomas emocionales:

Esta lista de comprobación valora las emociones durante el confinamiento solitario y después.<sup>28</sup>

Preguntas relacionadas con interacciones de la persona con otros:

- *Después de haber estado en confinamiento solitario, ¿ha experimentado algún cambio en su deseo de estar con otras personas?* (Por ej., querer más o menos contacto, alejarse de otros o evitarlos por completo).
- *¿Experimenta algún problema cuando está con otras personas?* (Por ej., problemas de concentración, falta de confianza, pensamientos perturbadores, emociones perturbadoras [por ej., ira o desilusión] o reacciones psicósomáticas [por ej., sudoración, boca seca, temblores o mareo])
- *¿Siente que estar con otras personas puede ayudarle?*
- *¿Hay una diferencia en sus reacciones en función de con quién esté?* (Por ej., familia, amigos, compañeros de trabajo)
- *¿Siente que sus reacciones a estar con otras personas le hacen las cosas más difíciles?* (Por ej., influye en cómo la persona desempeña su papel en la familia o su capacidad de trabajar o estudiar)

28 Elementos seleccionados y adaptados de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y el Profile of Mood States (POMS) a un contexto de detención y confinamiento solitario.



**Tabla 2.** Lista de comprobación de síntomas emocionales:

	¿Se ha producido alguna de estas emociones durante el confinamiento solitario? ¿Con qué frecuencia?	¿Cuál era la situación después del confinamiento solitario?
	1. Nunca 2. A veces 3. A menudo 4. Todo el tiempo	1. No es aplicable 2. Ha mejorado 3. No ha cambiado 4. Ha empeorado
<b>Emociones, sentimientos y somatización</b>		
1. <b>Tristeza</b>		
2. <b>Ira</b> (contra usted o contra otros)		
3. <b>Terror, miedo</b>		
4. <b>Ansiedad</b> , incluidos problemas para respirar o ataques de pánico		
5. <b>Dolor</b> sin motivo aparente (por ej., dolor de estómago, dolores de cabeza u otras reacciones)		
<b>Emociones vinculadas a acciones contra si misma</b>		
6. <b>Autolesiones</b> . Deseo de autolesionarse (por ej., cortes o golpes)		
7. <b>Ideaciones suicidas</b> . Pensamientos de quitarse la vida		
8. <b>Planes o acciones concretos de suicidio</b> . Tenía un plan definido o ha intentado suicidarse		
9. <b>Apatía</b> . Sentimientos de abandono y desesperanza		
<b>Emociones secundarias: emociones relacionadas con otras personas</b>		
10. <b>Vergüenza</b> . Humillación o degradación intensa		
11. <b>Culpa</b> . Culparse a si misma o tener remordimientos intensos		
<b>Emociones de desapego</b>		
12. <b>Disociación</b> . Sentimiento de que todo era irreal. Aturdido, como si las cosas no le ocurrieran a usted.		

<b>Emociones positivas</b>		
<b>13. Control.</b> Calma, sentimiento de estar al mando o tener el control de la situación		
<b>14. Felicidad.</b> Momentos de alegría a pesar de todo		

*Otras evaluaciones:*

El Anexo A incluye una selección de escalas clínicas que se pueden usar para realizar una evaluación integral de la persona, de conformidad con el Protocolo de Estambul. Estas escalas se pueden usar *en relación con el confinamiento solitario*. Por ejemplo, si se usa el PCLC-V para evaluar los síntomas del trastorno por estrés postraumático, explicar a la persona que cada elemento (*flashbacks*, conductas de evitación, pensamientos intrusivos) se deben considerar en relación con el confinamiento solitario (es decir, *flashbacks* o pensamientos recurrentes sobre el tiempo pasado en un confinamiento solitario, evitación de estar solo/a que considere es consecuencia o en relación al confinamiento, etc.). Cuando realice la evaluación, utilice las versiones más recientes y validadas de las escalas clínicas disponibles.

*Conclusión:*

Debería finalizar la evaluación con un resumen de los hallazgos, a ser posible con los sistemas de diagnóstico CIE o DSM.

### **Sección 6. evaluación legal del confinamiento solitario**

Esta sección del protocolo debe utilizarla de preferencia un profesional del ámbito legal. Durante la entrevista intente buscar la información mencionada más abajo, que le resultará útil para la valoración legal del caso.

Cuando evalúe la medida a la luz del derecho internacional, hay que considerar distintas cuestiones:

- ¿Qué tipo de confinamiento solitario se impuso en este caso concreto, y por qué?
- ¿La persona pertenecía a uno de los grupos vulnerables que no deben someterse en ningún caso a confinamiento solitario, según las Reglas Nelson Mandela?
- ¿La medida infringía otros principios de las Reglas Nelson Mandela?
- Por ej., ¿la medida violaba alguna prohibición absoluta?
- ¿La medida constituía torturas o malos tratos (Artículos 1 o 16 UNCAT)?
- ¿El confinamiento solitario viola otras normas relativas a los derechos humanos? Esta evaluación legal se relacionaría, *inter alia*, con la protección frente a la discriminación, es decir, si la instancia se impuso de forma discriminatoria.

A nivel de procedimiento, merece la pena recordar que la regla general en las diferentes jurisdicciones es que el demandante tiene que justificar su demanda. Sin embargo, si el demandante puede documentar una buena salud al ser detenido, pero no así al ser puesto en libertad, la carga de la prueba puede cambiar al Estado, como ocurre en la jurisprudencia europea (TEDH, *Ribitsch contra Austria*). Puede ser importante para las cuestiones procesales haber

conseguido recopilar información sobre la salud de la persona antes de la detención y el confinamiento solitario (ver supra),.

*Interpretación y uso de los resultados de la evaluación médica y psicológica*

A la luz del debate legal anterior, es probable que la argumentación jurídica pudiera estar respaldada por las evaluaciones realizadas por los profesionales sanitarios.

Cuando evalúe el resultado de tales evaluaciones, podrá buscar orientación en el Protocolo de Estambul y se deben plantear las siguientes preguntas:

- ¿Los hallazgos sugieren que el confinamiento solitario ha dado lugar a problemas de salud mental o física?
- ¿Es posible que, durante el confinamiento solitario, los problemas de salud mentales preexistentes hayan incrementado el riesgo de exacerbación de los problemas de salud mental?
- ¿Es posible que los problemas de salud mental preexistentes hayan dado lugar al confinamiento solitario?

# Anexo 1. Evaluación del confinamiento solitario

## Guía de entrevista rápida.

1. Plantee preguntas abiertas sobre la **experiencia subjetiva** por parte de la víctima. Recoja las respuestas de forma tan literal como sea posible.

- ¿Por qué le pusieron en confinamiento solitario?
- ¿Qué recuerda del tiempo que ha pasado/pasó en confinamiento solitario?
- ¿Cómo le afectó el confinamiento solitario en el momento en que se produjo e inmediatamente después?
- ¿Le sigue afectando a fecha de hoy? En caso afirmativo, ¿de qué modo?

2. **Circunstancias y condiciones.**

- ¿Cuáles fueron los hechos que condujeron al confinamiento solitario?
- ¿Cuánto tiempo pasó en confinamiento solitario? ¿Fueron uno o varios episodios?
- ¿Con quién estuvo en contacto durante el tiempo en confinamiento solitario? ¿Cómo? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué finalidad?
- ¿Cómo eran las condiciones en las que se produjo el confinamiento solitario, por ej., condiciones de la celda y acceso a un baño, uso de sujeciones, acceso a trabajo y a actividades?
- ¿Tenía acceso a un profesional de la salud?
- ¿Tenía acceso a un abogado? ¿La decisión del confinamiento solitario se revisó periódicamente?
- ¿Pudo presentar una queja?

3. **Salud y funciones ejecutivas antes del arresto y el confinamiento solitario.** Esta sección sirve para:

- Identificar condiciones de salud preexistentes que indican vulnerabilidades concretas
- Comparar el estado de salud antes y después del confinamiento solitario
- Determinar si el demandante tiene la carga de la prueba

Recopile información sobre:

- El confinamiento solitario previo y las reacciones
- Problemas relacionados con la salud física y mental antes del arresto
- Problemas de salud física y mental antes del confinamiento solitario
- Nivel general de funciones ejecutivas antes de la detención, incluidas las condiciones de vida, la situación financiera, situación familiar, planes y objetivos
- Nivel de las funciones ejecutivas durante la reclusión, pero antes del confinamiento solitario, incluida la relación con otros detenidos y el personal; el trabajo y otras actividades

#### 4. Consecuencias físicas y psicológicas del confinamiento solitario.

- ¿Ha experimentado algún síntoma físico durante el confinamiento solitario?
- ¿Ha experimentado algún problema de salud mental durante el confinamiento solitario?
- ¿Ha requerido tratamiento médico o psicológico por estos problemas en alguna ocasión?
- ¿Experimenta actualmente problemas sociales o de salud mental que atribuya a haber estado sometido/a a un confinamiento solitario?
- Además de estas preguntas, los profesionales sanitarios pueden utilizar las listas de comprobación para explorar en profundidad las potenciales reacciones cognitivas y emocionales.

#### 5. Evaluación legal (no forma parte de la entrevista – a evaluar por el entrevistador con posterioridad):

- ¿Qué tipo de confinamiento solitario se impuso a la persona?
- ¿La persona pertenecía a uno de los grupos vulnerables que no deben someterse en ningún caso a un confinamiento solitario?
- ¿La medida infringía otros principios de las Reglas Nelson Mandela?
- ¿La medida constituía torturas o malos tratos?
- ¿Se violaron otras normas relativas a los derechos humanos?
- ¿Cómo contribuye la evaluación médica/psicológica a las conclusiones?

## Anexo 2. Cuestionarios adicionales.

Este protocolo se puede complementar con las siguientes herramientas de evaluación. Algunas de ellas aparecen en el protocolo y otras se incluyen como referencia.

**Trastorno de estrés postraumático (TEPT):** La Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión para civiles 5 (PCL-C-5) es un cuestionario de 20 ítems que proporciona un diagnóstico de TEPT cumpliendo base a los criterios del DSM-5. También existen cuestionarios cortos para filtrado. El Cuestionario Internacional sobre Estrés Postraumático (ITQ) es una medida de 12 elementos que permite diagnosticar el TEPT y TEPT-C, basado en la CIE-11. La Escala de Experiencias Disociativas (DES II) ofrece una medida de los estados de disociación. Se puede adaptar a la reacción del recluso dentro de los periodos de detención en solitario.

**Función ejecutiva diaria:** considere medidas que evalúen la autonomía de la persona después de su puesta en libertad (por ej., trabajo, estudios, comunidad, vida familiar).

**Evaluación cognitiva – test de Montreal (MoCA)** 30 ítems que permiten evaluar la función neurocognitiva. Se tarda unos 15 minutos en realizarlo. Ziad S. Nasreddine MD, et al, *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment*, Journal of the American Geriatric Society, 30 de marzo de 2005.

**Evaluación neuropsicológica breve: miniexamen del estado mental** 30 puntos de medición que pretenden determinar la discapacidad cognitiva vinculada a condiciones médicas. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “*Mini-mental state*”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-19.

**Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)** Breve escala que consiste en dos factores de estados de ánimo de 10 ítems para medir las reacciones emocionales ante una situación dada. D. Watson, L.A. Clark, and A. Tellegen (1988). *Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales*. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 1063-1070.

**Perfil de Estados de Ánimo (POMS)**. 65 ítems que evalúan 7 dimensiones de estados de ánimo. McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

**Inventario de Evaluación de Intencionalidad del Perpetrador (IAC)**. Esta es una ayuda para evaluar la presunta intención del autor de las torturas. Ayuda a evaluar de forma sistemática todos los elementos potencialmente pertinentes, sin intentar obtener una puntuación, sino una perspectiva global de los elementos relacionados con la intencionalidad. Pau Pérez-Sales, *Psychological Torture*, Routledge. p. 375

**MQPL+: Cuestionario de Measuring the Quality of Prison Life (MQPL, Medición de la calidad de la vida penitenciaria) y Staff Quality of Life (SQL, Calidad de vida del personal)**. Liebling, A., Hulley, S. and Crewe, B. (2011), ‘*Conceptualising and Measuring the Quality of Prison Life*’, en Gadd, D., Karstedt, S. and Messner, S. (eds.) *The Sage Handbook of Criminological Research Methods*. Londres: Sage

**Inventario de Depresión de Beck**. Yuan-Pang Wang y Clarice Gorenstein (2013). *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review*. Brazilian Journal of Psychiatry, vol.35 no.4, <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

**MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**. (M.I.N.I.) es una entrevista diagnóstica estructurada corta, desarrollada conjuntamente por psiquiatras y profesionales clínicos en Estados Unidos y Europa para trastornos psiquiátricos de DSM-IV y CIE-10. (M.I.N.I.): Desarrollo y validación de una entrevista psiquiátrica diagnóstica para DSM-IV y CIE-10 D V Sheehan , Y Lecrubier, K H Sheehan, P Amorim, J Janavs, E Weiller, T Hergueta, R Baker, G C Dunbar. J Clin Psychiatry 1998;59 Suppl 20:22-33; cuestionario 34-57.



## Referencias

- Akil, H. (2019). The Brain in Isolation: A Neuroscientist's Perspective on Solitary Confinement'. En Jules Lobel, and Peter Scharff Smith (eds), *Solitary Confinement: Effects, Practices, and Pathways toward Reform*. New York, 2019; online edn, Oxford Academic, 19 dic. 2019. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190947927.003.0012>
- Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Krishna Achuthan y Amnistía Internacional (en nombre de Aleke Banda y Orton y Vera Chirwa) contra Malawi, N.º 64/92, 68/92 y 78/92, sentencia de 22 marzo 1995.
- Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Media Rights Agenda (en nombre de Niran Malaolu) contra Nigeria, N.º 224/98, sentencia de 6 noviembre 2000.
- Bottom of Form
- Andersen, H.S., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R., & Kramp, P. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatr Scand.*, Jul 102(1), 19–25.
- Andersen, H.S. et al. (2003). A longitudinal study of prisoners on remand: repeated measures of psychopathology in the initial phase of solitary versus non-solitary confinement. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 165–177.
- Ashker v. Governor of California, Civil Action No. 4:09-cv-05796-CW (N.D. California), resolución amistosa del caso (1 septiembre 2015).
- Brinkley-Rubinstein, L., Sivaraman, J., Rosen, D.L., Cloud, D.H., Junker, G., Proescholdbell, S., Shanahan, M.E. & Ranapurwala, S.I. (2019). Association of Restrictive Housing During Incarceration With Mortality After Release. *JAMA Network Open*, 2(10).
- British Columbia Civil Liberties Association y John Howard Society contra el Fiscal General de Canadá, (2018), B.C.J. N.º 53, 2018 BCSC 62.
- Bronwyn, N. & Shalev, S. (2022), Solitary Confinement and the Meaning of “Meaningful Human Contract”, Chapter 10, Herrera, C.B and Haeck, Y (eds), *Human Rights Behind Bars: Tracing Vulnerability in Prison Populations Across Continents from a Multidisciplinary Perspective*, Springer Cham.
- Cacioppo J.T. & Hawley L.C. (2009). *Perceived Social Isolation and Cognition*. *Trends Cogn Sci*. 2009 Oct; 13(10): 447–454.
- Certain Children by their Litigation Guardian Sister Marie Brigid Arthur v Minister for Families and Children & Others [N.º 2] (2017) 52 VR.
- Cloud, D.H., Ahalt, C., Augustine, D., Sears, D., & Williams, B. (2020). Medical Isolation and Solitary Confinement: Balancing Health and Humanity in US Jails and Prisons During COVID-19. *J Gen Intern Med*; 35: 2738–2742.
- Coppola, F. (2019). The brain in solitude: an (other) eighth amendment challenge to solitary confinement. *Journal of Law and the Biosciences*, 1–42 doi:10.1093/jlb/lisz014 Advance Access Publication.
- DIGNITY – Danish Institut against Torture, Conference Report 2017 Solitary Confinement used as a Disciplinary Measure
- European Committee on the Prevention of Torture. (2011). Standards: Solitary Confinement of Prisoners.
- European Committee on the Prevention of Torture. (2011). Report on the Visit to Spain, CPT/Inf (2013)/6.
- European Committee on the Prevention of Torture. (2011). 21st General Report, CPT/Inf (2011).
- European Committee on the Prevention of Torture. (2015). General Reports, CPT/Inf/E, 1 - Rev. 2015.
- ECtHR. (2005). *Ribitsch v. Austria*, 18896/91
- ECtHR. (2006). *Ramirez Sanchez v. France*, 59450/00
- ECtHR. (2005). *Mathew v. the Netherlands*, 24919/03
- ECHR. (2010). *A.B. v. Russia*, 1439/06
- ECHR. (1997). *Raninen v. Finland*. 20972/92
- ECHR. (1999). *Selmouni v. France*. 25803/94
- ECtHR. (2004). *Ilaşcu and others v. Moldova and Russia*, No. 48787/99
- ECtHR. (2009). *Ramishvili and Kokhreidze v. Georgia*, 1704/06
- ECtHR. (2011). *Payet v. France*, 19606/08
- ECtHR. (2012). *Piechowicz v. Poland*, 20071/07
- ECtHR (2014). *Gorbulya v. Russia*, 31535/09
- ECtHR. (2020). *N.T. v. Russia*, 4727/11
- European Prison Rules (2020), Recommendation Rec(2006)2, revised and amended by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 1 julio 2020.
- Gamman, T. (1995). Solitary Confinement and Influence on Inmates Health. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1995: 2243–6.
- Gamman, T. (2001). Om bruk av isolasjon under varetaktsfengsling. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvitenskap* 2001: 88.
- Gendreau, P. et al. (1972). Changes in EEG Alpha Frequency and Evoked Response Latency During Solitary Confinement. *Journal of Abnormal Psychology*, 79 (1): 54–59.
- Haney, C. (2003). Mental Health Issues in Long-

- Term Solitary and “Supermax” Confinement. *Crime Delinquency*, Vol. 49 (1): 124–156.
- Haney, C. (2012). Expert Report in *Ashker v. Governor of California*, Civil Action No. 4:09-cv-05796-CW (N.D. California).
- Hebb, D. (1961). Introduction to Chapter 2, Cognitive and Physiological Effects of Perceptual Isolation. In Ph. Solomon et al. (eds). *Sensory Deprivation. An investigation of Phenomena Suggesting a Revised Concept of the Individual’s response to His Environment*, Cambridge: *Harvard University Press Cognitive and Physiological* pp. 6 – 33.
- Heron, W. (1957). The pathology of boredom. *Scientific American*, Vol. 196: 52–56.
- Heron, W. (1961). Cognitive and Physiological Effects of Perceptual Isolation. In Ph. Solomon et al. (eds). *Sensory Deprivation*, pp. 6 – 33. Cambridge: Harvard University Press.
- Hodgins, S. & Cote, G. (1991). The mental health of penitentiary inmates in isolation. *Can J Criminol.* 33(Apr 91):175–182.
- Inter American Commission on Human Rights, Resolution 1/08, Principles and Best Practices on the Protection of Persons Deprived of Liberty in the Americas, 13 de marzo 2008.
- Inter-American Court on Human Rights, Velázquez-Rodríguez contra Honduras, Series C, N.º 4, sentencia de 29 julio 1988.
- Inter-American Court on Human Rights, Víctor Rosario Congo contra Ecuador, Case 11.427, sentencia de 12 marzo 1997.
- Inter-American Court on Human Rights, Loayza-Tamayo contra Peru, Series C, N.º 33, sentencia de 17 septiembre 1997.
- Inter-American Court on Human Rights, Castillo Petruzzi et al. contra Peru, Series C, N.º 52, sentencia de 30 mayo 1999.
- Inter-American Court on Human Rights, Cantoral-Benavides contra Peru, Series C, N.º 69, 18 de agosto 2000.
- Inter-American Court on Human Rights, Miguel Castro-Castro Prison contra Peru, Series C, N.º 160, sentencia de 25 noviembre 2006
- Inter-American Court on Human Rights, Montero-Aranguren et al. (Detention Center of Catia) contra Venezuela, Series C N.º 150, sentencia de 5 julio 2006
- Inter-American Court on Human Rights, Report on the Human Rights of Persons Deprived of Liberty in the Americas, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, 31 diciembre 2011.
- The Istanbul Statement on the Use and Effects of Solitary Confinement (2007).
- Jackson, M. (1983). *Prisoners of Isolation: Solitary Confinement in Canada*. Toronto: Toronto University Press.
- Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H., et al (1972). Solitary Confinement and Risk of Self-Harm Among Jail Inmates. *American Journal of Public Health* | marzo 2014, Vol 104 (3).
- Korn, R. (1988). The Effects of Confinement in the High Security Unit at Lexington. *Social Justice* Vol. 15, N.º 1 (31), Struggles for Justice (Spring 1988), pp. 8-19, <https://www.jstor.org/stable/29766384>.
- Leiderman, P.H., Mendelson, J., Wexler, D., & Solomon, P. (1958). Sensory deprivation: Clinical aspects. *AMA Arch Intern Med.* 1958;101(2):389-396, doi:10.1001/archinte.1958.00260140221032.
- Lobel, J. & Smith, P.S. (eds.) (2020). Solitary Confinement, Effects, Practices, and Pathways towards Reform, Oxford University Press.
- Mc Coy, A.W. (2008). Legacy of a Dark Decade: CIA Mind Control, Classified Behavioral Research, and the Origins of Modern Medical Ethics. In A.E. Ojeda (ed). *The Trauma of Psychological Torture*, pp. 40-70. London: Praeger.
- Miller, H.A., & Young, G.R. (1997). Prison segregation: administrative detention remedy or mental health problem? *Crim Behav Ment Health.* 7(1):85–94.
- Perez-Sales, P. (2017). *Psychological Torture. Definition, evaluation and measurement*. New York: Routledge.
- Pérez-Sales, P., Søndergaard, E., Shir, E., Cakal, E., & Brasholt, M. (2019). Protocol on Medico-Legal Documentation of Sleep Deprivation. *Torture Journal*, 29(2), 28-55.
- Penal Reform International and Essex Human Rights Centre, Essex paper 3: Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules (2017).
- Roma, P., Pompili, M., Lester, D., Girardi, P., & Ferracuti, S. (2013) Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. *Forensic Sci Int.* (2013 Dec 10);233(1):e1–2.
- Royal Commission into Aboriginal deaths in custody. (1991). Volume 3 AURoyalC 3, 15 abril 1991.
- Ruff, G.E., Levy, E.Z. & Thaler, V.H. (1961). Factors Influencing the Reaction to Reduced Sensory Output. In Ph. Solomon et al. (eds). *Sensory Deprivation. An investigation of Phenomena Suggesting a Revised Concept of the Individual’s response to His Environment*, pp. 72-91. Cambridge: Harvard University Press.
- Ruiz contra Texas, 137 S. Ct. 1246, 1247 (2017).
- Sestofo D.M., Andersen H.S., Lillebaek T, Gabrielsen G (1998). Impact of solitary confinement

- on hospitalization among Danish prisoners in custody. *Int J Law Psychiatry*, Winter 1998;21(1):99-108. doi: 10.1016/s0160-2527(97)00025-3.
- Smith, P.S. (2006). The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A brief history and review of literature. *Crime and Justice*, vol. 34, 441-528.
- Smith, P.S. & Koch, I. (2019). Isolationens følger virkninger – fra 1800-tallet til i dag. En M. Rus & P.S. Smith (2019). *Isolasjon – et fengsel i fengslet*. Pp. 109 – 139. Copenhagen: Cappelen Damm Akademisk.
- Stang, J., Moe, J, Teigst, I.A., Østberg, B., & Moger, T. (2003). Fanger i sikkerhetscelle – en utfordring. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 13–14, 2003; 123: pp. 1844–6.
- Stang, J. & Østberg, B. (2006). Innsattes forslag til å forebygge isolasjon i sikkerhetscelle. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 43, nummer 1, 2006, pp. 30-33.
- Strong, J.D., Reiter, K., Gonzalez, G., Tublitz, R., Augustine, D., Barragan, M., et al. (2020) The body in isolation: The physical health impacts of incarceration in solitary confinement. *PLoS ONE* 15 (10): e0238510. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238510>.
- Sveaass, N. (2009). Torture – a Crime against Humanity. In A. Lothe, M. Daniel, M.B. Snipstad & N. Sveaass (eds). *Strength in Broken Places. Marginalisation and Empowerment*, pp. 179-197, Oslo.
- Søndergaard, E., Skilbeck, R., & Shir, E. (2019). Development of interdisciplinary protocols on medico-legal documentation of torture: Sleep deprivation. *Torture Journal*, 29(2), pp. 23-27.
- United Nations Committee against Torture, Bouabdallah Ltaief contra Túnez, CAT/C/31/D/189/2001, 14 noviembre 2003.
- United Nations Committee against Torture, Imed Abdelli contra Tunisia, CAT/C/31/D/188/2001, 14 noviembre 2003.
- United Nations Committee against Torture, Report of the Inquiry on Turkey, A/48/44/ADD.1, 15 noviembre 1993.
- United Nations Committee on Human Rights, Daley contra Jamaica, CCPR/C/63/D/750/1997. 3 agosto 1998
- United Nations Committee on Human Rights, Evans contra Trinidad y Tobago, CCPR/C/77/D/908/2000, 5 mayo 2003
- United Nations Committee on Human Rights, Yong-Joo Kang contra República de Corea del Sur, CCPR/C/78/D/878/1999, 16 julio 2003.
- United Nations Committee on Human Rights, Observación General 7, artículo 7 (1982).
- United Nations Committee for the Rights of the Child, Concluding Observations on El Salvador, CRC/C/15/Add.232, 30 junio 2004.
- United Nations Committee for the Rights of the Child, Concluding Observations on Singapore, CRC/C/15/Add.220, 27 octubre 2003.
- United Nations Committee for the Rights of the Child, General Comment N.º 10, CRC/C/GC/10, 25 abril 2007.
- United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006).
- United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women (2010).
- United Nations Sub-Committee on the Prevention of Torture, Ninth annual report of the SPT, CAT/C/57/4, 22 marzo 2016.
- Volkart, R., Rothenfluh, T., Kobelt, W., Dittrich, A., & Ernst, K. (1983). Confinamiento solitario como factor de riesgo para la hospitalización psiquiátrica (en alemán). *Psychiatr Clin (Basel)*, 16(5-6): pp. 365-77.
- Wildeman, C. & Andersen, L.H. (2020). Solitary placement and post-release mortality risk among formerly incarcerated individuals: A population-based study. *Lancet Public Health* 5(2): e107-e113. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30271-3.
- World Medical Association, (2019). Statement on Solitary Confinement, adopted by the 65th WMA General Assembly, Durban, South Africa, October 2014 and revised by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019.

















































