



**LIBRO DE REFERENCIA SOBRE
AISLAMIENTO SOLITARIO**

POR SHARON SHALEV



Libro de referencia sobre aislamiento solitario

Por Sharon Shalev

Centre for Criminology
University of Oxford
Manor Road Building, Manor Road
Oxford OX1 3UQ, UK
Sharon.Shalev@solitaryconfinement.org

With support from the Nuffield Foundation

Traducido al español por:

Andrés Pizarro Sotomayor

Especialista en Derechos Humanos
Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad
Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Copyright © Sharon Shalev 2008

ISBN: 9781909890053 (Spanish translation, 2014)

Contacto: sharon.shalev@solitaryconfinement.org

Aviso de Derechos de Autor

El derecho de Sharon Shalev como autora de este trabajo ha sido establecido de conformidad con el *Copyright, Designs and Patents Act 1988*. Como es nuestro deseo promover el uso extendido de este Libro de Referencia, se permite a los lectores copiar y distribuir este material sin necesidad de contar con una autorización formal o pagar cuota alguna, siempre que:

- El material sea reproducido con precisión y no en un contexto manipulado.
- La autora del material sea debidamente reconocida y su nombre aparezca en el trabajo o en el fragmento que se reproduce.
- Una copia de la publicación que contenga el material sea enviada la autora.
- No se cobre por la copia de este trabajo o del fragmento que se reproduce.
- No se haga ninguna traducción del presente trabajo sin la autorización expresa de la autora.

Las copias electrónicas de este informe pueden ser descargadas del *Solitary Confinement website*, www.solitaryconfinement.org

Agradecimientos

Este proyecto no hubiese sido posible sin el patrocinio de la Fundación Nuffield, su apoyo ha sido generoso y sin cortapisas.

Agradezco particularmente a Jonathan Beynon y Mónica Lloyd, quienes ayudaron a darle forma al Libro de Referencia desde sus primeras etapas hasta su finalización y contribuyeron a redactar los borradores de algunas secciones específicas. Hernán Reyes y Camille Giffard también merecen una mención especial por sus extensivos y perspicaces comentarios a las últimas versiones.

Muchos otros han brindado generosamente su tiempo durante la elaboración de este Libro de Referencia compartiendo su experticia, dando prácticos y profesionales aportes acerca de los aspectos reales de esta materia, y haciendo observaciones a la totalidad o partes específicas del borrador de este trabajo. Debo agradecer a:

Henrik Steen Andersen, Helen Bamber, Jamie Bennett, Francesca Cooney, Andrew Coyle Kimmitt Edgar, Neil Frazer, John Gale, Dougie Graham, Andy Flynn and the Mental Health Team at Woodhill CSC, Stuart Grassian, Adrian Grounds, Craig Haney, Alison Hannah, Morit Heitzler, Lucy Kralj, Juliet Lyon, Clive Meux, Marlies Morsink, Lars Moller, Mary Murphy, Patrick Owen, Paul Rock, Peter Scharff-Smith, Julian Sheather and Ann Somerville.

Los puntos de vista presentados en este Libro de Referencia y cualquier error que contenga son enteramente mi responsabilidad.

*Sharon Shalev
Octubre 2008*

La edición española

Prologo

El aislamiento solitario es una práctica cuyo uso irrestricto puede llevar a la vulneración de derechos humanos fundamentales, especialmente el derecho a la integridad personal (física y mental) que es el centro de mi mandato como Relator Especial de Naciones Unidas sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. El aislamiento solitario es una práctica global que es utilizada muchas veces en forma prolongada, por diversos motivos y en distintos contextos, incluyendo prisiones, detenciones administrativas, centros de privación de libertad de menores de edad, centros de inmigración e instituciones de salud mental. A pesar de la existencia de evidencias contundentes respecto de los daños psicológicos severos que pueden resultar de la imposición del aislamiento solitario, la práctica se encuentra, en general, poco regulada. Esto conduce a su abuso y a su utilización en formas que constituyen tratos crueles, inhumanos o degradantes, o incluso tortura. Es por esto que celebro esta publicación y felicito a Sharon Shalev por su excelente trabajo en este volumen y por asegurar su disseminación en idioma español. Estoy muy agradecido y honrado de haber sido invitado a escribir esta breve introducción. No tengo dudas de que la publicación contribuirá significativamente a educar sobre esta práctica y sobre los perjudiciales efectos que tiene tanto sobre la salud mental y física de las personas que son objeto de la misma, como en la calidad de los sistemas penitenciarios, ya que el aislamiento solitario, en especial si es prolongado, no cumple con facilitar la rehabilitación de las personas detenidas que debe ser el fin último de la privación de libertad.

En mi papel de Relator Especial he trabajado este tema desde distintas perspectivas y en distintos ámbitos. En octubre de 2011, presenté un informe temático a la Asamblea General de Naciones Unidas que examina la práctica del aislamiento solitario en el mundo desde la perspectiva de la prohibición internacional absoluta de la tortura y los malos tratos e incluye una serie de recomendaciones para los Estados. En marzo de 2013 participé de la primera audiencia temática ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sobre el aislamiento solitario en las Américas. En seguida de esta audiencia, la CIDH apoyó mis recomendaciones y llamó a los Estados Miembros de la Organización de Estados Americanos a adoptar las medidas necesarias para prohibir el uso del aislamiento solitario prolongado. Adicionalmente, en mi informe temático presentado durante la sesión número 68 de la Asamblea General en octubre de 2013, recomendé que la revisión de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de las Personas Privadas de Libertad incluya en forma explícita la prohibición del aislamiento solitario prolongado, defina esta práctica, y prohíba absolutamente el aislamiento solitario de cualquier duración en el caso de niños, mujeres embarazadas, mujeres que amamantan y personas con discapacidades mentales. La revisión en marcha de este importante documento de principios constituye una excelente oportunidad para definir la práctica y garantizar que la misma no sea utilizada en formas que vulneren la prohibición absoluta de la tortura y los malos tratos.

En todas estas instancias he definido al aislamiento solitario, en conformidad con la Declaración de Estambul sobre el empleo y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento, como el aislamiento físico y social de personas que permanecen encerradas en sus celdas entre 22 y 24 horas al día. Si bien la modalidad de la práctica y el nombre que se le da pueden variar, la característica general es la ausencia de contacto humano significativo de la persona aislada con otras personas o con el mundo fuera de su celda. Promover el acceso a

este tipo de contacto a través, por ejemplo, del contacto con otros reclusos o con el personal penitenciario, las visitas, la recreación, el trabajo productivo, la lectura y el deporte, son medidas esenciales no sólo para favorecer la rehabilitación, sino además para cuidar la salud psicológica de los detenidos y para dar cumplimiento a la obligación de los Estados de prevenir los malos tratos y la tortura.

Dependiendo de las razones para su utilización, así como de las condiciones, la duración, la gravedad de sus efectos y otras circunstancias, el aislamiento solitario puede constituir un trato cruel, inhumano o degradante, o incluso tortura. Existen evidencias suficientes como para concluir que el aislamiento solitario, aún de corta duración, produce afectaciones severas a la salud mental, las que aumentan con el paso de tiempo, y pueden incluso volverse irreversibles. Investigaciones en este campo han establecido que el aislamiento puede llevar a ciertas alteraciones psicológicas diagnosticadas, incluyendo el síndrome conocido como psicosis de la prisión, cuyos síntomas incluyen la ansiedad, depresión, angustia, desórdenes cognitivos, paranoia, psicosis y la auto-inflicción de heridas. Asimismo, debido a que el aislamiento solitario crea una situación de soledad y ausencia de testigos, estas condiciones pueden dar lugar a otros actos de tortura o de malos tratos.

La duración de los períodos en aislamiento varía considerablemente, existiendo casos en los que el aislamiento dura varios meses, incluso años y décadas. Cuanto más prolongada sea la duración del aislamiento o mayor la incertidumbre acerca de la duración, mayor será el riesgo de causar un daño grave o irreparable a la persona detenida. Por este motivo es que el aislamiento solitario prolongado es una preocupación especial. En mis intervenciones en este tema, he definido al aislamiento solitario prolongado como todo período de aislamiento que supere los quince días. Esta definición se basa en que la mayoría de la literatura científica indica que luego de quince días de aislamiento se manifiestan cambios en el funcionamiento cerebral y los efectos psicológicos nocivos pueden ser irreversibles. El aislamiento solitario prolongado debe estar prohibido en forma absoluta debido a que siempre constituye trato cruel, inhumano o degradante o, en ocasiones, tortura, en violación al artículo 7 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, el artículo 1 y 16 de la Convención contra la Tortura, y la prohibición *jus cogens* y consuetudinaria de la tortura y los malos tratos. Esta conclusión ha sido también sostenida por el Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la tortura. La Corte Europea de Derechos Humanos ha reconocido que “el régimen de incomunicación completa, junto con el aislamiento social total, pueden destruir la personalidad y constituyen una forma de trato inhumano que no se justifica por las necesidades de la seguridad o cualquier otro motivo.”¹ En forma similar, la Corte Interamericana estableció que “el aislamiento prolongado y la incomunicación coactiva a los que se ve sometida la víctima representan, por sí mismos, formas de tratamiento cruel e inhumano, lesivas de la libertad psíquica y moral de la persona y del derecho de todo detenido del respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.²

La elección de quince días como plazo máximo después del cual el aislamiento debe ser considerado prolongado no es arbitraria: como se afirma más arriba, se basa en la literatura médica y psiquiátrica sobre el tema. Pero está claro que ese plazo es mucho más corto que los que se contemplan en casi todos los reglamentos penitenciarios existentes para

¹ Ilascu y otros c. Moldova y Rusia , solicitud núm. 48787/99, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2004), párr. 432.

² Velázquez-Rodríguez c. Honduras, Corte Interamericana de Derechos Humanos, serie C, núm. 4, párr. 156 (1988).

faltas graves a la disciplina carcelaria. Debo aclarar que el plazo de quince días se postula como plazo máximo para situaciones extremas de aislamiento: 24 horas al día en celdas sin luz natural, sin material de lectura o escritura y sin acceso a radio, etc. Para aislamiento matizado con alguna hora o dos de ejercicio fuera de la celda, contacto epistolar o algún acceso a radio o televisión, tal vez un plazo algo más largo sea aceptable. Pero lo importante es definir ese plazo para cada caso y prohibir absolutamente todo régimen de aislamiento que lo exceda.

Mientras que el uso del aislamiento por períodos cortos puede justificarse en algunas circunstancias, el uso prolongado del aislamiento nunca puede constituir un instrumento legítimo para el Estado. Esto no significa, sin embargo, que instancias de aislamiento solitario que duren menos de 15 días no puedan también constituir casos de malos tratos o tortura. La evaluación de si la reclusión en régimen de aislamiento constituye tortura o trato cruel, inhumano o degradante debe tener en cuenta todas las circunstancias pertinentes, analizándose cada caso en forma individual. Esas circunstancias incluyen la finalidad de imponer el aislamiento, sus condiciones, duración, efectos y las condiciones subjetivas de cada persona detenida.

Respecto de la finalidad, es común tratar de justificar el aislamiento como una sanción o como una medida de protección. Especialmente cuando se utiliza como una forma de cumplimiento de condena a prisión o reclusión, el aislamiento nunca está justificado ya que inflige castigos que van más allá de lo razonable en el cumplimiento de una pena y no favorece la rehabilitación. Asimismo, cuando es utilizado como una medida de “administración de la prisión”, como en los casos de la separación de personas sospechadas de pertenecer a pandillas, el aislamiento priva a las personas detenidas de sus derechos de debido proceso al no tener una posibilidad de recurrir la decisión. En estos casos, el aislamiento se convierte en una herramienta fácilmente abusada por parte de los guardias y el personal penitenciario. Siempre que el sufrimiento de la víctima alcance la severidad necesaria, estos casos constituyen malos tratos o incluso tortura.

Similar conclusión debe extenderse a los casos de utilización del aislamiento solitario durante la prisión preventiva. En este contexto, el aislamiento produce circunstancias de presión psicológica que puede llevar a los detenidos a hacer declaraciones que de otro modo no hubieran hecho. En mi práctica como Relator he observado que el aislamiento solitario durante la prisión preventiva es utilizado en varias ocasiones en forma deliberada para obtener información o confesiones. Esto hace del aislamiento una herramienta de coerción que constituye trato cruel, inhumano o degradante, o incluso tortura. Además, cuando se aplica automáticamente en relación a la severidad del crimen del que se acusa a la persona, el aislamiento solitario viola el principio de inocencia. La práctica del aislamiento solitario en prisión preventiva debilita los controles internos y externos y por ello también aumenta las posibilidades de que se produzcan otros actos de tortura o malos tratos.

Además, el régimen de aislamiento solitario nunca debería ser impuesto a menores de edad, mujeres embarazadas o con hijos lactantes, o personas con discapacidad mental. En estos casos, debido a la especial vulnerabilidad de la situación del detenido, el aislamiento solitario siempre constituye trato cruel, inhumano, o degradante o tortura. Respecto de los menores de edad, tanto la Asamblea General de la ONU, el Comité contra la Tortura, el Subcomité para la Prevención de la Tortura, y el Comité de los Derechos del Niño han declarado que el aislamiento solitario debe ser estrictamente prohibido.

El uso del régimen de aislamiento sólo puede aceptarse en circunstancias excepcionales y sólo como medida de último recurso. En todo caso su duración debe ser tan breve como sea posible, y debe permitirse al detenido la oportunidad de recurrir la medida y de informarlo de las razones para su aplicación. Para esto las personas mantenidas en regímenes de aislamiento deben contar con acceso a asesores legales y cuidados médicos. Es esencial que en ningún caso el aislamiento solitario se utilice en forma prolongada por más de 15 días y que se prohíba su utilización respecto de menores de edad, madres embarazadas o en lactancia y personas con discapacidades mentales.

Esta publicación va a contribuir sin dudas a diseminar estas necesarias garantías y será una importante herramienta para la sociedad civil y los gobiernos en su trabajo por avanzar en la erradicación de la tortura y los malos tratos.

Juan E. Méndez

Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

(El autor agradece la inestimable colaboración de María Leoni Zardo)

Marzo 2014

Prefacio

El uso extendido del aislamiento solitario en centros penitenciarios y otros lugares de detención ha sido desde hace mucho una fuente de gran preocupación para aquellos vinculados a la protección internacional de los derechos humanos. Nunca antes más que en los años recientes, en los que se ha visto un incremento marcado en el uso de estricto y a veces prolongado aislamiento solitario alrededor del mundo: en el contexto de la “guerra contra el terror”; como castigo disciplinario; aplicado a detenidos en prisión preventiva, a personas con discapacidad mental y presos en el corredor de la muerte; y, en las llamadas prisiones “supermax”.

Como demuestra claramente este libro de referencia, está muy bien documentado que el aislamiento solitario tiene un impacto negativo en la salud mental y el bienestar, y que puede constituir trato o castigo cruel, inhumano o degradante, particularmente cuando es aplicado por periodos de tiempo prolongados. Por lo tanto, el uso del aislamiento solitario deberá estar estrictamente limitado a casos excepcionales o donde sea absolutamente necesario para propósitos de investigación criminal. El severo sufrimiento causado por el aislamiento solitario indica que en todos los casos sólo debe utilizarse como medida de último recurso, y por el periodo de tiempo más breve posible. Cuando se utilice por propósitos de investigación, solo o en combinación con otros métodos, el aislamiento solitario no sólo puede llegar a constituir trato cruel, inhumano o degradante, sino también tortura.

Este comprensivo libro de referencia incorpora el conocimiento acumulado y los estándares relativos al aislamiento solitario y sus consecuencias nocivas. El mismo identifica cómo el aislamiento solitario puede ser mal utilizado y las salvaguardas que deben aplicarse. Asimismo, es un recurso valioso para el personal de las prisiones y aquellas personas encargadas del diseño de políticas públicas, en la tarea de promover el respeto y protección de los derechos y el bienestar de los reclusos y detenidos. No olvidemos que las personas privadas de libertad están entre los grupos más vulnerables de cualquier sociedad.

El aislamiento solitario no ha recibido la atención que amerita en los estándares internacionales. Existe la necesidad de ir más allá en el desarrollo de salvaguardas orientadas específicamente a reducir su uso y mitigar los efectos nocivos que ocasiona. El Libro de Referencia en Aislamiento Solitario es un aporte importante a esta empresa conjunta que busca la protección universal de los derechos humanos en todos los lugares de privación de libertad. Lo recomiendo a un amplio público de lectores.

Univ. Prof. Dr. Manfred Nowak, LL.M.
Professor for International Human Rights Protection, University of Vienna
Director, Ludwig Boltzmann Institute of Human Rights
UN Special Rapporteur on Torture

Octubre 2008

Tabla de contenidos

Agradecimientos	3
Prologo.....	4
Prefacio	8
Tabla de contenidos.....	9
1. Introducción.....	11
1.1 ¿De qué trata este libro de referencia?	11
1.2 ¿Cómo está estructurado este Libro de Referencia?.....	12
1.3 Definición: ¿qué constituye aislamiento solitario?.....	12
1.4 Breve contexto histórico.....	12
1.5 Marco legal y regulatorio.....	13
2. Los efectos en la salud del aislamiento solitario.....	19
2.1. Introducción.....	19
2.2. Los efectos en la salud del aislamiento solitario: un breve recuento de la literatura y de los testimonios de los reclusos.....	19
2.3. Los efectos negativos en la salud del aislamiento solitario: síntomas identificados.....	25
2.4. ¿Qué hace que el aislamiento solitario sea nocivo?.....	28
2.5. La duración del aislamiento solitario	32
2.6. Secuelas del aislamiento: los efectos duraderos del confinamiento solitario.....	33
2.7. Observaciones finales acerca de los efectos del aislamiento solitario	34
3. La decisión de colocar presos y detenidos en aislamiento solitario.....	37
3.1. ¿Cuándo y por qué los detenidos y presos son colocados en aislamiento solitario?.....	37
3.2. La puesta en aislamiento solitario: garantías procesales, disposiciones especiales y recomendaciones relativas al aislamiento de categorías específicas de reclusos.....	40
3.3. La perspectiva de los derechos humanos y la jurisprudencia relativa al mantenimiento de reclusos en aislamiento solitario	45
4. Diseño, condiciones físicas y régimen en las unidades de aislamiento solitario.....	49
4.1. Introducción.....	49
4.2. Estándares internacionales relativos las condiciones y régimen de las prisiones.....	50
4.3. Resultados de las investigaciones y recomendaciones relativas a diseño de las prisiones y factores ambientales	59
4.4. Jurisprudencia de derechos humanos relativa al régimen y condiciones físicas en las unidades de segregación.....	61

4.5. Consideraciones finales acerca del régimen y condiciones del confinamiento en unidades de segregación y alta seguridad.....	63
5. La función de los profesionales de la salud en las unidades de segregación: directrices éticas, profesionales y de derechos humanos	66
5.1. Introducción: la ética aplicada a la práctica médica en los centros de privación de libertad ...	66
5.2. Cuestiones relacionadas con la práctica de la medicina en las unidades de aislamiento solitario	66
5.3. Jurisprudencia relativa a la prestación de servicios de salud en los establecimientos penitenciarios	74
6. Monitoreo e inspección de las unidades de confinamiento	78
7. Recuento de recomendaciones	81
APÉNDICE 1: Selección de textos	83
APÉNDICE 2: Declaración de Estambul sobre la utilización y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento.....	86
Enlaces y recursos	90
Enlaces y recursos en Inglés.....	90
Enlaces y recursos en Español	91
Bibliografía	93

1. Introducción

1.1 ¿De qué trata este libro de referencia?

Aislamiento, segregación, separación, aislamiento solitario o celular son algunos de los términos usados para describir una forma de confinamiento en la que las personas privadas de libertad son mantenidas solas en sus celdas hasta por 24 horas al día, y sólo se les permite salir, si acaso, durante un hora más o menos para hacer ejercicios. El aislamiento solitario puede imponerse a los reclusos como castigo de corta duración por faltas cometidas dentro de la cárcel, o indefinidamente para proteger al propio recluso, a petición suya o por decisión de las autoridades de la cárcel. En otros casos los reclusos pueden ser aislados del resto de la población del establecimiento por meses o incluso años por razones administrativas: como estrategia a largo plazo para controlar internos problemáticos o cuando éstos son considerados una amenaza para la seguridad nacional. Finalmente, aquellos detenidos sobre los que aún no se han formulado cargos o están en prisión preventiva pueden estar aislados de los demás mientras son interrogados o la investigación del caso está en curso.

Este Libro de referencia sirve de punto de referencia para aquellos interesados en la práctica del aislamiento solitario, particularmente cuando se aplica por periodos de tiempo prolongados. Sus objetivos son: (a) informar al personal penitenciario, profesionales de la salud y autoridades a cargo de las políticas públicas, acerca de los estándares internacionales relativos al aislamiento solitario, de los estándares y códigos profesionales y de ética relativos al aislamiento de reclusos, y de los resultados de las investigaciones acerca de los efectos que el aislamiento solitario produce en la salud de las personas; y (b) a la luz de lo anterior, proponer algunas salvaguardias y buenas prácticas. En un sentido más amplio, busca crear conciencia acerca de las potenciales consecuencias del aislamiento solitario prolongado.

Este Libro de referencia parte de la premisa fundamental de que el aislamiento solitario prolongado es esencialmente perjudicial y no constituye una buena práctica. El aislamiento solitario solo debe usarse como último recurso y estar reservado para aquellos, contados, casos más extremos. En aquellos pocos casos en los que el aislamiento solitario puede ser excepcional y absolutamente necesario, sólo debe aplicarse por el periodo más breve posible, y ser administrado de conformidad con estrictas directrices y garantías. Por extensión, los regímenes penitenciarios que están fundamentalmente constituidos en torno al modelo del aislamiento solitario son inevitablemente perjudiciales para los reclusos, y su funcionamiento es contrario a los principios de rehabilitación y reintegración social. Si bien las autoridades de los centros de privación de libertad pueden necesitar en algunas ocasiones de la segregación disciplinaria de internos a corto plazo, esto, como ya se ha dicho, sólo debe darse como último recurso y administrarse con estrictas salvaguardias o mecanismos de protección. El uso del aislamiento solitario como medio de coerción para obtener “confesiones” o como método para “ablandar” a los detenidos durante los interrogatorios debe estar prohibido en toda circunstancia.

1.2 ¿Cómo está estructurado este Libro de Referencia?

El resto de este capítulo aborda cuestiones conceptuales, presenta el contexto histórico del uso del aislamiento solitario, y establece el marco legal y regulatorio relativo a la operación de los centros de privación de libertad y al tratamiento de los reclusos. El Capítulo 2 examina los bien documentados efectos que produce en la salud el aislamiento solitario, tanto físicos, como psicológicos, y procura llegar a una comprensión de qué hace que el aislamiento solitario sea nocivo. El Capítulo 3 examina las diferentes funciones del aislamiento solitario en los sistemas penitenciarios contemporáneos – como castigo, para la protección del propio recluso, como herramienta para controlar prisioneros difíciles, y como parte de las investigaciones o durante el curso de los interrogatorios– y algunos de los estándares, salvaguardias y recomendaciones relativas al mantenimiento de detenidos y presos en aislamiento solitario. El Capítulo 4 presenta los estándares internacionales, resultados de las investigaciones y recomendaciones relativas al diseño, condiciones físicas y el régimen de las unidades de aislamiento. El Capítulo 5 aborda algunas de las cuestiones y dilemas éticos a los que se enfrentan los profesionales de la salud que trabajan en las unidades de aislamiento solitario. El Capítulo 6 se refiere brevemente los mecanismos regionales, nacionales e internacionales de inspección y monitoreo de las unidades de confinamiento solitario; y el Capítulo 7 recapitula algunos de los principales temas y cuestiones que se discuten a lo largo de este Libro de Referencia.

1.3 Definición: ¿qué constituye aislamiento solitario?

Para los efectos de este Libro de Referencia, aislamiento solitario se define como una forma de confinamiento en el que los reclusos pasan de 22 a 24 horas al día solos en sus celdas, separados unos de otros¹. No obstante los diferentes significados que tienen cada uno de estos términos en las diferentes jurisdicciones, los términos “aislamiento” o “segregación” serán utilizados como sinónimos de “aislamiento solitario”, al hacer referencia a aquellos regímenes carcelarios en los cuales los reclusos no tienen más contacto entre sí que el permitido durante los ratos de ejercicio fuera de sus celdas, como ocurre en algunas jurisdicciones².

1.4 Breve contexto histórico

El aislamiento solitario es una de las prácticas penitenciarias más antiguas y duraderas. Fuera de la pena de muerte, el aislamiento solitario es la sanción o castigo más extremo que puede imponerse legalmente a las personas privadas de libertad. En un principio el aislamiento solitario fue usado amplia y sistemáticamente a ambos lados del Atlántico en penitenciarías “separadas” y “silenciosas” (“*separate*” and “*silent*”) en el siglo XIX, con el objetivo de reformar a los condenados. Se creía que una vez dejado con su conciencia y la Biblia, los presos podrían reflexionar a fondo, ver el error de sus actos y reformarse como ciudadanos respetuosos de la ley. Pronto se conoció que en lugar de reformarse, muchos reclusos adquirirían enfermedades mentales; además hay poca evidencia de que estas nuevas y costosas cárceles tuvieran más éxito que sus predecesoras en reducir la delincuencia. Estas críticas, aunadas al crecimiento de la población penitenciaria y a la necesidad de contar con mayor espacio dentro de las cárceles, condujeron a que hacia finales del siglo XIX se fuera desmontando el sistema de aislamiento en la mayoría de los países³. Sin embargo, para entonces, el

aislamiento solitario se había convertido en un rasgo permanente de los sistemas penitenciarios del mundo entero, usado principalmente como una forma de castigo a corto plazo para faltas cometidas dentro de la prisión, para la reclusión de presos políticos, como medida de protección, y como una técnica para “ablandar” detenidos antes y durante las sesiones de interrogatorios, usada particularmente con aquellos sospechosos de haber cometido delitos contra el Estado.

Además de los mencionados usos “tradicionales”, hacia finales del siglo XX y durante los comienzos del XXI, el uso del aislamiento solitario prologado a gran escala regresó con el advenimiento de las cárceles “*supermax*” (forma abreviada de “*super maximum security*”) y cárceles de seguridad especial (“*special security*”). Estos son centros penitenciarios a gran escala y de alta tecnología, diseñados para el aislamiento estricto a largo plazo de reclusos clasificados como de alto riesgo y/o difíciles de controlar. Este fenómeno es particularmente evidente en los Estados Unidos, donde el Gobierno Federal y otros 44 estados mantienen al menos una de estas cárceles, pero también pueden encontrarse instalaciones similares en otros países. El uso del aislamiento solitario prolongado se ha incrementado también en los últimos años en el contexto de la “guerra contra el terror”, sobre todo en el centro de detención de la Base Naval de Guantánamo donde los detenidos han sido mantenidos en instalaciones tipo *supermax* por años, en su mayoría sin que se les hayan formulado cargos y sin haber sido juzgados; y en centros de detención secretos donde el aislamiento es utilizado como parte integral de los interrogatorios⁴. Otra forma de aislamiento solitario, utilizado en algunos países de Europa, es el “aislamiento de pequeños grupos” en el cual los reclusos que han sido clasificados como peligrosos o de alto riesgo son puestos en aislamiento solitario en pequeñas unidades de alta seguridad, y se les permite interactuar limitadamente con hasta otros cinco internos en determinados momentos, típicamente durante el periodo de una hora de ejercicio al aire libre requerido por el derecho internacional. Paradójicamente, aunque el hacinamiento de la población penitenciaria sea un problema serio en muchas jurisdicciones, el uso de distintas formas de aislamiento solitario se ha incrementado en las últimas dos décadas.

1.5 Marco legal y regulatorio

El funcionamiento de los centros penitenciarios y otros lugares de detención, y el tratamiento de aquellos allí reclusos, están regulados por leyes, directivas y estándares nacionales, los cuales varían de un Estado a otro. Estos instrumentos nacionales deben ser a su vez compatibles con las normas y los estándares internacionales y regionales de derechos humanos⁵, establecidos por las Naciones Unidas y los organismos o mecanismos regionales de derechos humanos (como por ejemplo, el Consejo de Europa, la Organización de Estados Americanos, la Unión Africana, entre otros).

Este Libro de Referencia incorpora los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos y las interpretaciones que de ellos hacen los respectivos tribunales y organismos de monitoreo. Asimismo, incorpora aquellos estándares fijados por instituciones profesionales para orientar a aquellos que trabajan en centros de reclusión. Sin embargo, este Libro de Referencia no ofrece un catálogo comprensivo del derecho internacional de los derechos humanos y su aplicación, sino que aborda algunas de las cuestiones más pertinentes relativas al aislamiento solitario⁶. Algunos de los organismos e instrumentos de derechos humanos claves a los que se hace referencia a lo largo de este Libro de Referencia son presentados brevemente en la siguiente sección, además el Apéndice 1 contiene una selección de textos con los que se recomienda al lector que se familiarice.

Estos materiales son “instrumentos vivos” que evolucionan con el tiempo, por lo tanto esta publicación refleja los actuales criterios y puntos de vista.

Instrumentos y organismos de derechos humanos

El derecho internacional de los derechos humanos incluye, tanto aquellos instrumentos diseñados para la protección universal de todos los seres humanos, como aquellos dirigidos específicamente a la protección de los presos y detenidos. La premisa básica de estos instrumentos es que, fuera de las limitaciones inherentes a la privación de libertad, los reclusos siguen siendo titulares de derechos humanos mientras dure el encarcelamiento. Estos derechos incluyen, por ejemplo, el derecho a un juicio justo; la libertad de pensamiento, conciencia y religión; el derecho a la vida privada y familiar; el derecho a una alimentación adecuada, condiciones dignas de alojamiento y a tener ropas adecuadas; el derecho a la salud; y el derecho a la educación.

El derecho de las personas privadas de libertad a ser tratadas con respecto de su dignidad humana y la prohibición contra toda forma de tortura, tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes son reiterados en un gran número de instrumentos internacionales, incluyendo dos tratados internacionales: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR) y la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura (CAT), los cuales son jurídicamente vinculantes para todos los Estados partes que los han ratificado, así como también aquellos instrumentos regionales análogos. Otros instrumentos establecen reglas de conducta para el personal penitenciario, el personal de salud y otros profesionales vinculados, y fijan estándares mínimos aceptables para el diseño de las prisiones, provisión de elementos básicos necesarios y otras condiciones de reclusión. Estos instrumentos incluyen: las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (SMR), y el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión (en adelante también “Conjunto de Principios”)⁷.

A. Instrumentos y organismos internacionales de derechos humanos

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR)

El ICCPR (por sus siglas en inglés) entró en vigencia en 1976. Sus disposiciones son interpretadas y su implementación monitoreada por el **Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (HRC)**. De acuerdo con el Artículo 40 del ICCPR, los Estados partes se comprometen a presentar informes relativos al cumplimiento de sus disposiciones, inicialmente luego de su ratificación y a partir de entonces periódicamente. Adicionalmente, de acuerdo con el Protocolo Facultativo del ICCPR el Comité de Derechos Humanos puede conocer de comunicaciones individuales enviadas por personas naturales respecto de los Estados partes de dicho Protocolo.

Dos artículos del ICCPR se relacionan directamente con el tratamiento de los reclusos y las condiciones de reclusión, incluyendo lo relativo al aislamiento solitario. En este sentido, el Artículo 7 del ICCPR proclama que *“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes...”*. El Comité de Derechos Humanos ha interpretado el Artículo 7 en el sentido de que⁸:

[2] La finalidad de las disposiciones del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos es proteger la dignidad y la integridad física y mental de la persona... [3]

El texto del artículo 7 no admite limitación alguna... no se puede invocar justificación o circunstancia atenuante alguna como pretexto para violar el artículo 7 por cualesquiera razones... [4] [El Comité no] considera necesario establecer una lista de los actos prohibidos o establecer distinciones concretas entre las diferentes formas de castigo o de trato; las distinciones dependen de la índole, el propósito y la severidad del trato aplicado.

La expresión tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, *“debe interpretarse de manera que abarque la más amplia protección posible contra todo tipo de abusos, ya sean físicos o mentales, incluido el de mantener al preso o detenido en condiciones que lo priven, temporal o permanentemente, del uso de uno de sus sentidos, como la vista o la audición, o de su conciencia del lugar o del transcurso del tiempo”* (Nota al Principio 6, del Conjunto de Principios). Esta interpretación podría aplicarse a algunas de las modalidades del aislamiento solitario, por ejemplo en celdas oscuras, sin ventanas y a prueba de sonidos. En esos casos, el aislamiento solitario podría caracterizar como trato cruel, inhumano o degradante e incluso como tortura⁹.

El Artículo 7 del ICCPR está estrechamente relacionado con el Artículo 10 de dicho instrumento, el cual proclama que *“Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano... el régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad esencial será la reforma y la readaptación social de los penados”*. El aislamiento solitario por definición priva al individuo de contacto humano y de interacción social, y por lo tanto es abiertamente contrario a este principio.

En conjunto, los Artículos 7 y 10 del ICCPR establecen una amplia protección para las personas privadas de libertad contra cualquier forma de maltrato. El Comité de Derechos Humanos ha señalado que:

[3] El párrafo 1 del artículo 10 impone a los Estados Partes una obligación positiva... En consecuencia, las personas privadas de libertad no sólo no pueden ser sometidas a un trato incompatible con el artículo 7... Sino tampoco a penurias o a restricciones que no sean los que resulten de la privación de la libertad; debe garantizarse el respeto de la dignidad de estas personas en las mismas condiciones aplicables a las personas libres. Las personas privadas de libertad gozan de todos los derechos enunciados en el Pacto, sin perjuicio de las restricciones inevitables en condiciones de reclusión. [4] Tratar a toda persona privada de libertad con humanidad y respeto de su dignidad es una norma fundamental de aplicación universal... Esta norma debe aplicarse sin distinción de ningún género, como, por ejemplo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro género, origen nacional o social; patrimonio, nacimiento o cualquier otra condición¹⁰.

La Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

La Convención contra la Tortura fue adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1984 y entró en vigor en 1987. El Artículo 1 de la Convención estipula que:

A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión,

de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona...

La implementación de la Convención por los Estados parte es monitoreada por un cuerpo de expertos independientes, el **Comité contra la Tortura (CAT)**. Los Estados partes se comprometen a presentar un informe dentro del primer año luego de la ratificación, y posteriormente en forma periódica. El Comité considera estos informes y publica sus conclusiones. En el 2006 entró en vigencia el **Protocolo Facultativo de la CAT (OPCAT)**, el cual tiene el objeto de prevenir la tortura y otros malos tratos mediante un sistema regular de visitas de inspección a todo tipo de lugares de privación de libertad. El OPCAT establece un órgano internacional de monitoreo (el Subcomité para la Prevención de la Tortura) y una entidad nacional permanente de inspección (conocida como Mecanismo Nacional de Prevención).

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos (SMR)

Las SMR (por sus siglas en inglés) fueron adoptadas por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en 1957¹¹, y establecen principios y directrices relativas a *“conceptos generalmente admitidos en nuestro tiempo y en los elementos esenciales de los sistemas contemporáneos más adecuados, los principios y las reglas de una buena organización penitenciaria y de la práctica relativa al tratamiento de los reclusos”* (Preámbulo). Las SMR son un conjunto de directrices específicas para el tratamiento de las personas privadas de libertad, que van desde alimentación básica, condiciones de alojamiento y el ejercicio físico hasta pautas para la clasificación de los internos y la provisión de capacitación profesional y vocacional. Las SMR también establecen con claridad principios generales, como la Regla 60 que reitera que los reclusos deben ser tratados con el debido respeto debido a su dignidad como seres humanos; las Reglas 64 y 65 que reafirman que los reclusos son encarcelados como castigo, no para ser castigados; y la Regla 27 que subraya que los centros de reclusión deben funcionar *“sin imponer más restricciones de las necesarias para mantener la seguridad y la buena organización de la vida en común”*. La Regla 31 se refiere directamente al aislamiento solitario prohibiendo el confinamiento de internos en celdas oscuras y la imposición de toda sanción cruel, inhumana o degradante por faltas disciplinarias. Aun cuando las SMR no son legalmente vinculantes para los Estados, las mismas establecen estándares mínimos y recomendaciones para el funcionamiento de los centros de reclusión que son aceptadas como las principales guías universales para el tratamiento de personas privadas de libertad. Esto queda evidenciado por el hecho de que en algunos países las SMR han sido incorporadas a la legislación interna o han sido tomadas como fundamento para las regulaciones penitenciarias.

El Relator Especial de las Naciones Unidas para la Tortura

Es un experto independiente designado por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (anteriormente por la antigua Comisión de Derechos Humanos), quien tiene el mandato de informar acerca de la situación de la tortura en cualquier parte del mundo, con independencia de si el Estado en cuestión es parte o no de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Con el paso del tiempo el Relator se ha referido al uso de varias formas de aislamiento solitario alrededor del mundo, y ha identificado

situaciones en las que su uso constituye tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes e incluso tortura.

B. Instrumentos y organismos regionales de derechos humanos¹²

El Convenio Europeo de Derechos Humanos (ECHR)

El ECHR (por sus siglas en inglés) fue adoptado por el Consejo de Europa en Roma en 1950 y entró en vigor el 1953. La Corte Europea de Derechos Humanos o ECtHR (por sus siglas en inglés) monitorea el cumplimiento del Convenio por parte de los Estados Miembros.

El ECHR proclama en su Artículo 3 que *“Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*. Esta prohibición de tortura y malos tratos es absoluta. Los Estados no pueden derogarla en tiempo de guerra o de cualquier otra emergencia pública, y es enunciada sin matices o reservas. El umbral que tienen que sobrepasar los malos tratos para caer dentro del ámbito de aplicación del Artículo 3 de la ECHR es relativo, *“depende del conjunto de circunstancias del caso, el sexo, la edad y estado de salud de la víctima”*¹³. Trato inhumano *“abarca al menos aquella forma de tratamiento que deliberadamente causa un sufrimiento severo, físico o mental, el cual, dada la situación particular, es injustificable”*¹⁴. Las condiciones de reclusión, y por ende el uso del aislamiento solitario, pueden caer también dentro del ámbito de aplicación del Artículo 3. Al momento de analizar un caso concreto la Corte tomará en consideración los efectos acumulativos de tales condiciones, así como los alegatos específicos hechos por el denunciante¹⁵.

Reglas Penitenciarias Europeas (EPR)

Las EPR¹⁶ (por sus siglas en inglés) contienen 108 Reglas, reafirman la idea de que los reclusos siguen siendo titulares de sus derechos humanos y establecen estándares detallados dirigidos a orientar a la administración penitenciaria, las condiciones de reclusión, la provisión de servicios de salud en las cárceles, el régimen disciplinario, y la conducta de la administración y el personal penitenciario. Al igual que las SMR, las EPR no son legalmente vinculantes, pero establecen una serie de estándares mínimos por debajo de los cuales no deben encontrarse las condiciones de los centros de privación de libertad.

El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT)

El CPT fue creado bajo el Artículo 2 del Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (1987), con el objetivo de proveer una maquinaria no-judicial de carácter preventivo, y fortalecer la protección de los presos y detenidos frente a la tortura o los tratamientos degradantes prohibidos por el Artículo 3 del ECHR mediante un sistema de visitas. El CPT puede visitar cualquier lugar en el que se hallen personas privadas de su libertad dentro de la jurisdicción de los Estados partes. Por medio del desarrollo de un conjunto de estándares que aplica en el curso de sus visitas a lugares de reclusión, el CPT también ejerce una importante función estableciendo estándares en esta materia.

¹ Se debe distinguir a la segregación carcelaria del aislamiento o del internamiento por razones médicas o en establecimientos psiquiátricos, los cuales no son analizados en esta publicación. Este Libro de Referencia se enfoca principalmente en los reclusos adultos varones, y no se refiere a cuestiones relacionadas específicamente con otros grupos, como mujeres o menores privados de libertad.

² El periodo para ejercicios dura usualmente una hora, que es el mínimo requerido por el derecho internacional; sin embargo, en algunas jurisdicciones puede durar hasta dos horas.

³ Para un excelente análisis acerca de las ideas que sustentaron el uso del aislamiento solitario en el siglo XIX, véase: Evans, R. (1982) *The Fabrication of Virtue: English prison Architecture 1750-1840*. Cambridge: Cambridge University Press. Véase también: Morris, N. and Rothman, D., eds. (1998) *The Oxford History of the Prison: The Practice of Punishment in Western Society*. Oxford: Oxford University Press; Rothman, D.J. (1980) *Conscience and Convenience: The Asylum and its Alternatives in Progressive America*. Boston: Little, Brown and Company.

⁴ Véase a este respecto: Human Rights Watch report: *Locked Up Alone: Detention Conditions and Mental Health at Guantanamo*, junio de 2008.

⁵ El derecho internacional de los derechos humanos incluye: el derecho de tratados (tratados, convenciones, convenios), los cuales son legalmente vinculantes para los Estados partes y sus agentes, incluyendo las autoridades penitenciarias; el derecho consuetudinario (o costumbre internacional), el cual refleja aquellas prácticas establecidas a lo largo del tiempo y consideradas como ley no escrita; y, las declaraciones de derechos humanos, recomendaciones, principios, códigos de conducta y directrices, las cuales no son en sí mismas legalmente vinculantes, pero constituyen un reflejo de las normas y costumbres internacionales.

⁶ Para una discusión más amplia acerca de los derechos humanos y las cárceles véase: Andrew Coyle (2002) *A Human Rights Approach to Prison Management*, International Centre for Prison Studies, London; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2005) *Human Rights and Prisons*, Professional Training Series No.11, disponible en: www.ohchr.org

⁷ El Conjunto de Principios fue adoptado por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 1988. Contiene 39 principios que reafirman que los detenidos y presos siguen siendo titulares de sus derechos humanos durante la privación de libertad, y enumeran una serie de principios procesales y sustantivos que deben dirigir el funcionamiento de todos los centros de reclusión a nivel universal. Otros instrumentos relevantes de derechos humanos son: los Principios Básicos para el Tratamiento de Reclusos (adoptados en 1990, los cuales reiteran que los reclusos siguen siendo titulares de sus derechos humanos durante la privación de libertad); el Código de Conducta de las Naciones Unidas para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley; Los Principios de Ética Médica; y, en situaciones de conflicto armado, las Convenciones de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977.

⁸ HRC, Observación General No. 20, 44º periodo de sesiones (1992).

⁹ Véase: Reyes, H. *The worst scars are in the mind: psychological torture*, International Review of the Red Cross, Volume 89 No. 867 September 2007 pp 591-617.

¹⁰ HRC, Observación General No. 21, 44º periodo de sesiones (1992).

¹¹ Adoptadas en el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobado por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

¹² El breve contenido de este capítulo se basa en los instrumentos y organismos europeos, pero similares disposiciones pueden encontrarse en otros instrumentos regionales, como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), que proclama en su Artículo 5 que "(1) Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. (2) Nadie puede ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano".

¹³ *Ireland v UK* A25 (1978) at par. 162.

¹⁴ *The Greek Case*, 5.11.69, Yearbook of the European Convention on Human Rights, Vol. 12, 1969, p. 186.

¹⁵ *Dougoz v. Greece*, no. 40907/98, 46, ECHR 2001-II.

¹⁶ Consejo de Europa, Recomendación No. R(87)3, revisada y reemplazada por la Recomendación No. R(2006)2.

2. Los efectos en la salud del aislamiento solitario¹

2.1. Introducción

Estar encerrado en aislamiento solitario es, para la mayoría de los internos, una experiencia estresante con potenciales efectos nocivos para la salud. El recluso es aislado socialmente de los demás, su nivel de contacto humano reducido a un trato superficial con el personal penitenciario y a contacto infrecuente con sus familiares y amigos. El recluso depende casi completamente del personal de la cárcel – incluso más de lo usual en el ámbito de la reclusión – para la satisfacción de todas sus necesidades básicas, y sus pocos movimientos están estrictamente controlados y observados muy de cerca. Confinado a una pequeña celda con escaso mobiliario con poca o ninguna vista al mundo exterior y con acceso limitado al aire fresco y la luz natural, el recluso vive en un ambiente con pocos estímulos y escasas oportunidades de ocuparse con alguna actividad.

A lo largo de la prolongada historia de su utilización en establecimientos penitenciarios – desde las penitenciarías “silenciosas” y “separadas” del siglo XIX hasta las modernas unidades de segregación de las cárceles “supermax” – los profesionales de la salud y los investigadores han observado los efectos nocivos del aislamiento solitario en la salud de los presos. En el contexto de los interrogatorios coercitivos, expertos internacionales han calificado al aislamiento solitario como tortura psicológica². Los potenciales efectos dañinos del aislamiento solitario también son reconocidos por los instrumentos nacionales e internacionales y por los organismos de monitoreo, los cuales consideran que esta es una práctica penitenciaria extrema que sólo debe ser usada como último recurso, y aún así sólo por periodos de tiempo cortos. De hecho, en 1990 la Organización de las Naciones Unidas, expresando gran preocupación acerca del uso del aislamiento solitario, llegó incluso al punto de pedir su abolición³.

Este capítulo examina algunos de los hallazgos a los que han llegado las investigaciones que se han realizado desde el siglo XIX acerca de los efectos perjudiciales que produce el aislamiento en la salud solitario, e intenta explicar cómo y por qué el mismo afecta perjudicialmente el bienestar físico, mental y social de los reclusos⁴. Aun cuando estos efectos negativos en la salud pueden producirse luego de un periodo de tiempo muy corto, este capítulo está principalmente enfocado a los efectos más serios asociados a la aplicación de esta medida por periodos prolongados.

2.2. Los efectos en la salud del aislamiento solitario: un breve recuento de la literatura y de los testimonios de los reclusos

Observaciones generales

Existe evidencia inequívoca que el aislamiento solitario tiene un profundo impacto en la salud y el bienestar, particularmente en aquellas personas con desórdenes preexistentes de salud mental, y que el mismo puede provocar también enfermedades mentales. El alcance del daño psicológico varía y va a depender de factores individuales (p.ej. antecedentes personales y problemas de salud preexistentes), factores ambientales (p. ej. Las condiciones físicas de reclusión y la provisión de elementos básicos), régimen de reclusión (p.ej. tiempo fuera de la celda y el nivel de contacto humano), el contexto del aislamiento (p.ej. castigo, protección del propio interno, voluntario/involuntario, político/criminal) y su duración.

No obstante las variaciones en la tolerancia individual y los factores ambientales y de contexto, es notable la consistencia en los hallazgos que durante décadas han arrojado los estudios que se han hecho acerca de los efectos que produce en la salud el aislamiento solitario. Los cuales han demostrado en su mayoría efectos negativos, los estudios que han concluido que esta práctica no tiene efectos negativos son pocos y muy distanciados entre sí, y virtualmente ningún estudio da cuenta de efectos positivos⁵.

Antecedentes históricos

El uso extendido del aislamiento solitario en las prisiones de principios del siglo XIX está bien documentado, y sus efectos en los reclusos constan en los diarios médicos de la época. Grassian y Friedman (1986) refieren treinta y siete informes y artículos publicados en Alemania solamente entre 1854 y 1909, identificando al aislamiento solitario como factor central en el desarrollo de la psicosis como enfermedad entre los reclusos. Como ejemplos podemos ver un informe de 1854 del director médico de la penitenciaría de Halle, en Alemania, quien observó lo que él denominó Psicosis de la Prisión (*Prison Psychosis*) en los reclusos mantenidos en aislamiento y concluyó que *“el aislamiento absoluto prolongado tiene un grave efecto nocivo en el cuerpo y la mente y parece predisponer a alucinaciones”*, y por lo tanto debería dejar de utilizarse inmediatamente (Nitsche y Williams, 1913). Un informe de 1863 describe alucinaciones vívidas, delirio, aprensión y agitación psicomotriz padecidas por 84 reclusos que sufrían de lo que los autores del informe denominaron la Psicosis del Aislamiento Solitario. En 1881, un recuento de los diagnósticos practicados a 186 internos del “departamento de orates” (*“insane department”*) de la cárcel de Waldheim, también en Alemania, concluyó que más de la mitad de los internos sufrían manifestaciones reactivas al aislamiento solitario (Grassian y Friedman, 1986).

Similares observaciones fueron hechas, por ejemplo, en Inglaterra, donde en 1850 en la prisión de Pentonville 32 de cada 1,000 reclusos tuvieron que ser transferidos de sus celdas de aislamiento por razones de locura o demencia; comparado con la tasa de 5.8 por cada 1,000 internos que no estaban en ámbitos aislamiento solitario (McConville, 1981:208-9). En los EEUU, la Sociedad de Disciplina Penitenciaria de Boston (Boston Discipline Society), la cual ayudó a idear el sistema de aislamiento solitario “Separado” o llamado tipo “Pennsylvania”, reportó desde 1839 serios problemas mentales entre los presos mantenidos en aislamiento, incluyendo alucinaciones y demencia (citado por Scharff-Smith, 2004). Haciendo referencia a informes similares, varios años más tarde la Corte Suprema observó que los efectos del aislamiento solitario eran tales que *“un número considerable de reclusos... cayó en estado semi-fetal... y otros se volvieron violentamente dementes”* (Re Medley, 1890-167-8). Ciertamente, el entendimiento de que en lugar de su pretendido objetivo de ayudar a “curar la enfermedad del crimen”, el aislamiento solitario estaba produciendo enfermedades

mentales en los reclusos, jugó un papel fundamental en erradicar las prisiones de aislamiento a ambos lados del Atlántico hacia finales del siglo XIX.

Sin embargo, aunque el uso del aislamiento solitario a gran escala cesó, el mismo subsistió ya como parte integrante del sistema penitenciario y, como se mencionó previamente, durante la última década su uso se ha incrementado en muchas jurisdicciones. Por décadas los investigadores han continuado reportando acerca de los efectos negativos asociados al aislamiento solitario, y sus hallazgos son sorprendentemente similares a aquellos a los que llegaron sus predecesores históricos.

Investigaciones recientes

Estudios más recientes han reafirmado en su mayoría que el aislamiento solitario afecta perjudicialmente a aquellas personas a las que se les aplica, y han identificado “la psicosis del aislamiento” (*“confinement psychosis”*) como una condición médica tipificada como una *“reacción psicótica caracterizada frecuentemente por alucinaciones y delirios, producidos por el aislamiento físico prolongado y la inactividad en áreas completamente segregadas”* (Scott y Gendreau, 1969:338).

Una investigación realizada en 1975 acerca del uso del aislamiento solitario en prisiones de Canadá concluyó que el aislamiento con carácter administrativo aplicado por largos periodos de tiempo representada un *“serio peligro para los reclusos”*⁶. Dos años más tarde un estudio del Consejo de Europa (1977) sugirió que el confinamiento cerrado prolongado de internos recluidos a largo plazo conduce a lo que denominó *“síndrome de la separación”*, que incluye problemas emocionales, cognitivos, sociales y físicos⁷. Benjamin y Lux (1977:262) aseveraron que *“la evidencia abrumadoramente [indica] que el solo aislamiento solitario, incluso en la ausencia de brutalidad física o condiciones antihigiénicas, puede producir daños emocionales, disminución del funcionamiento mental e incluso tipos más extremos de psicopatologías como la despersonalización, alucinaciones y delirios”*. La Comisión Europea de Derechos Humanos realizó consideraciones similares al decidir el fondo de un caso relativo a internos mantenidos en estricto aislamiento en Alemania (1978:97), al indicar que *“el aislamiento en sí mismo puede ser suficiente para perjudicar gravemente la salud física y mental”*.

La evaluación psiquiátrica hecha por Grassian de 14 reclusos mantenidos en el pabellón de aislamiento solitario de la Institución Correccional de Massachusetts, en Walpole (1983), reportó cambios en la percepción, perturbaciones afectivas, dificultades para pensar, memorizar y concentrarse, trastornos en el contenido de los pensamientos, y problemas en el control de los impulsos. El estudio de Korn sobre la Unidad de Máxima Seguridad para Mujeres de Lexington, Kentucky (1988), encontró que las mujeres allí recluidas sufrían claustrofobia, rabia, depresión severa, alucinaciones, retraimiento (*withdrawal*), embotamiento del afecto y apatía. También reportó pérdida del apetito, pérdida de peso, disturbios visuales y palpitaciones cardiacas. El estudio de Brodsky y Scogin (1988) sobre 45 presos mantenidos en custodia por motivos de protección evidenció de manera similar una alta prevalencia de síntomas psicológicos y fisiológicos negativos, incluyendo nerviosismo, alucinaciones y delirios, confusión, rabia irracional, dolores de cabeza y problemas para dormir, y que hablaban solos. Hodgins y Cote (1991) encontraron severos desórdenes mentales en el 29% de un muestreo de 41 internos mantenidos en segregación en la Unidad Especial de Control de Quebec (*Special Handling Unit - SHU*), y en el 31% de un muestreo de

32 internos mantenidos en segregación en la Unidad de Segregación de Largo Plazo (*Long-Term Segregation Unit - LTSU*)⁸.

Haney (1993) analizó 100 presos seleccionados al azar de una de las prisiones *supermax* del estado de California, la *Pelican Bay Security Housing Unit*, encontrando una alta prevalencia de síntomas de trauma psicológico en el 91% de los internos examinados, los cuales sufrían desde ansiedad y nerviosismo; más del 80% sufrían dolores de cabeza, letargo y problemas de sueño; y 70% depresión nerviosa inminente. Más de la mitad de los internos observados sufrían pesadillas, vértigo y palpitaciones cardíacas y otros problemas de salud mental causados por el aislamiento, los que incluían cavilaciones (*ruminación*), ira irracional y confusión en el proceso de pensar (más del 80% de los reclusos observados), depresión crónica (77%), alucinaciones (41%) y deterioro general.

El estudio de Miller (1994:48) sobre 30 personas privadas de libertad en una penitenciaría de Kentucky encontró de igual forma que *“los internos alojados en los ambientes más restrictivos [segregación disciplinaria] reportaron niveles significativamente más altos de síntomas de desórdenes psicológicos como ansiedad y hostilidad, que los internos de la población general”*. Un estudio de seguimiento (Miller y Young, 1997:92) encontró retraimiento (*withdrawal*), hostilidad, agresividad, ira e impulsos irreprimibles en aquellos internos colocados en segregación disciplinaria, y concluyó que estos resultados indican que *“puede haber un nivel de restricción tal que, en lugar de resolver problemas de administración, se convierte, tanto en un asunto de salud mental, como en un futuro problema de administración penitenciaria”*. Sestoft y otros (1998:105) concluyó su estudio sobre el impacto del aislamiento solitario en la subsiguiente hospitalización de reclusos en Dinamarca señalando que *“los individuos colocados en aislamiento solitario son puestos a la fuerza en un ambiente que incrementa su riesgo de hospitalización... Por razones psiquiátricas”*.

En su extenso estudio sobre los efectos del encarcelamiento en más de 900 reclusos, incluyendo aquellos colocados en unidades de segregación, Hans Toch acuñó el término *“pánico del aislamiento”* (*“isolation panic”*) para describir lo que experimentan los presos sometidos a aislamiento. Los síntomas de este síndrome incluían:

Un sentimiento de abandono... Desesperación por el sentimiento de no encontrar una salida [dead-end desperation]... Impotencia, tensión. Es una reacción física, una exigencia de liberación o una necesidad de escapar a cualquier precio... [Los reclusos en aislamiento] se sienten enjaulados más que confinados, abandonados más que solos, sofocados más que aislados. Reaccionan al aislamiento solitario con impulsos de pánico o rabia. Pierden el control, sufren ataques, regresiones... (Toch 1992:49).

El psiquiatra de Harvard Stuart Grassian, quien ha estudiado los efectos del aislamiento solitario durante más de dos décadas, sugirió de manera similar que los síntomas experimentados por los internos sometidos a aislamiento caracterizan un síndrome distinto, muy parecido al 'delirio',

Esto es, una constelación de síntomas que se manifiestan en conjunto y tienen un desarrollo característico a través del tiempo, por lo tanto sugerente de una enfermedad discreta... Al tiempo que este síndrome es impresionantemente atípico para las enfermedades psiquiátricas funcionales, es realmente característico de un síndrome cerebral orgánico agudo: delirio, caracterizado por un nivel de alerta decreciente, irregularidades en el EEG [electroencefalograma]... Perturbaciones cognitivas y de

percepción, terror, paranoia, y agitación; y comportamiento impredecible, impulsivo y autodestructivo... (Grassian, 2006:338).

Finalmente, el creciente número de investigaciones acerca de los efectos en la salud del aislamiento solitario en prisiones *supermax* en los Estados Unidos (por ejemplo: Cloyes y otros (2006); Haney (2003); Kupers (1999); Miller (1994); Miller & Young (1997); Rhodes (2004); Grassian (2006) confirman extensamente los hallazgos encontrados en estudios previos, a saber, que *“esta experiencia es psicológicamente dolorosa, puede ser traumática y nociva, y coloca a muchos de los que han sido sometidos a ella en una situación de riesgo de padecer daños emocionales e incluso físicos a largo plazo”* (Haney & Lynch, 1997:500).

Testimonios de los reclusos

Los investigadores han encontrado que los internos en aislamiento solitario con frecuencia no tienen mucha conciencia de su propio estado mental y tienden a minimizar sus reacciones frente al aislamiento solitario y cualquier problema de salud mental (Grassian, 1983; Haney, 2003). Los presos en segregación también aparentan tener una visión más negativa del tratamiento psiquiátrico dentro de la cárcel y tienden a evitar buscar ese tipo de ayuda (Coid y otros 2003-1:315). Los problemas de salud mental son particularmente estigmatizantes entre los presos musulmanes, quienes son reacios a buscar ayuda (Robbins y otros 2005). Así por ejemplo, un informe de inspección de una pequeña unidad para presos musulmanes detenidos en aplicación de las leyes de migración por razones de seguridad nacional en el Reino Unido, identificó que cinco de los ocho tenían problemas de salud mental significativos, pero aprovechaban muy poco los servicios de salud mental ofrecidos (Una Inspección de la Unidad de Detención Categoría A en Long Lartin, HMCIP, 2007).

En todo caso, los testimonios de los propios reclusos ilustran una gama de severos efectos nocivos en la salud mental. Lo que viene a continuación es lo que ha salido a relucir de las entrevistas con reclusos que se encontraban en aislamiento, o después de haberlo experimentado, y de los escritos de presos que fueron sometidos a esta medida.

Uno de los problemas más reportados por presos que han estado aislados es que les resulta difícil distinguir la realidad de sus propios pensamientos, o encuentran la realidad tan dolorosa que crean su propio mundo de fantasía. Los investigadores relacionan ese comportamiento con la ausencia de estímulos externos, lo que da como resultado que el cerebro comienza a crear sus propios estímulos, los que se manifiestan en forma de fantasías o alucinaciones. Un estudio relativo a presos que estuvieron sometidos a aislamiento por periodos que iban de 11 días a 10 meses reportó que éstos llegaron a tener alucinaciones auditivas y visuales. Uno de los presos entrevistados lo describió así: *“las paredes de la celda comienzan a moverse... todo en la celda comienza a moverse; sientes que estás perdiendo la visión”*. Otros reportaron alucinaciones auditivas: *“Yo alcanzo a oír guardias hablando. ¿Ellos dijeron eso? ¿Sí? ¿No? Se vuelve confuso. ¿Estoy volviéndome loco?”* Los reclusos también reportaron alta sensibilidad a ruidos y olores: *“te vuelves sensible al ruido. El sistema de desagüe... el correr del agua a través de las tuberías – es demasiado ruidoso, te llega a los nervios. No lo puedo aguantar. Comidas – No puedo aguantar el olor... lo único que puedo tolerar es el pan”* (Grassian, 1983).

Otros estudios han reportado experiencias similares, que van desde la hipersensibilidad a los sonidos y olores, hasta episodios de paranoia y autoagresión. Una antigua reclusa describió la extrema sensibilidad a los sonidos así: *“Con la visión altamente restringida, vives de sonidos... puedes escuchar cada chirrido del lugar, sabes, del edificio. Eso era casi amplificado... no es que nuestra audición fuera mejor, era sólo que nosotros poníamos más atención porque el sonido tenía que ver con... con la vida”* (Citado en Shalev, 2009). Otro antiguo prisionero que estuvo aislado en una celda oscura de castigo ‘vio rostros’ y ‘mantuvo conversaciones’ con gente que no estuvo ahí:

Algunas veces yo sentía que me estaba volviendo loco, o que ya me había vuelto loco, tú sabes... Teniendo conversaciones conmigo mismo... Tuve conversaciones con personas. Quiero decir diálogos, largos diálogos con personas. Conocía a algunos de ellos, a otros no los conocía. Había momentos en los que la oscuridad no era oscura. Podía ver rostros... Yo pienso que me di cuenta que podía estar teniendo alucinaciones cuando toqué mis ojos abiertos, así de alguna manera tuve conocimiento de que estaba soñando. Después de un tiempo pensé que tal vez podía morir allí. Realmente pensé que podría. [Antiguo prisionero, EEUU, citado en Shalev 2009].

Resultados similares arrojó el estudio hecho por Siegel (1984) sobre 31 personas que fueron sometidas a aislamiento, privación de visibilidad y restricción de movimiento físico como rehenes, reclusos condenados penalmente o prisioneros de guerra durante periodos variables de tiempo. Todos los entrevistados reportaron alucinaciones visuales y auditivas que aparecieron a horas de haber sido puestos en aislamiento y que se volvieron más y más elaboradas con el paso del tiempo. Los reclusos que participaron en el estudio a gran escala de Toch (1992) acerca de los efectos psicológicos del encarcelamiento manifestaron experiencias similares en aislamiento solitario. El entrevistado “M”, por ejemplo, describió pánico y pensamientos paranoicos durante sus primeros días en aislamiento:

[...] Y entonces me acosté en el colchón, y luego de que me senté ahí sentí que las paredes se movían alrededor mío. Entonces cuando los custodios entran y estoy gritando, dicen: ‘¿qué coño es está pasando aquí?’, y yo les digo ‘las paredes se están cerrando alrededor mío’ y ellos dicen ‘eso es duro, tú vas a morir de todas formas. Nosotros te estrangularemos’... Yo estaba pensando que si no salía de ahí de una vez por todas, ellos realmente iban a matarme. Y no siento ganas de luchar en contra de ellos (Toch 1992:150).

Otro antiguo recluso que pasó dos años en una cárcel *supermax* en California prefirió hablar de ‘ver a otros perderse’ y describió así escenarios similares⁹:

Yo he visto internos volverse locos completamente debido al sonido de la lámpara de luz, empiezan a gritarle a la lámpara, a maldecir a la lámpara, creyendo que por alguna razón las autoridades han plantado alguna especie de ruido dentro de la lámpara intencionalmente... Y por eso los internos que no son fuertes de mente, no tienen nada en qué aferrarse, la lámpara, el sonido de la puerta, pueden hacerles perder la cordura... Yo encontré extraño, tú sabes, como un hombre ya adulto, un hombre grande y corpulento, puede descomponerse por una lámpara. Pero eso es lo que ese lugar puede hacer. Y una vez que has perdido la razón, no sabes distinguir el bien del mal. No sabes que estás rompiendo una regla. No sabes qué hacer exactamente [Antiguo recluso, EEUU, citado en Shalev 2009].

Ver y escuchar a otros reclusos descomponerse es una experiencia estresante en sí misma, como lo vivió Henry Charriere ('Papillon') durante su estancia en la 'Isla del Diablo', una colonia penal francesa en Guyana: *"Una gran cantidad de suicidios y hombres locos de atar a mi alrededor... Es deprimente escuchar hombres gritando, llorando o gimiendo por horas o incluso días".* Él mismo sobrevivió ocho años en aislamiento solitario a través de fantasías: *"gracias a mi vagar por entre las estrellas era muy raro que tuviera una desesperación duradera. Yo volaba por encima de ellas velozmente y rápidamente inventé un viaje real o imaginario que pudiera disipar las negras ideas"* (1970:354-356). Uno de los problemas con ese tipo de técnicas es que las fronteras entre la fantasía y la realidad se pueden volver peligrosamente borrosas, como fue el caso de una antigua reclusa, quien regularmente 'dejó su sangre' para 'viajar' al mundo exterior. Esto no se trataba de soñar despierta, sino de experiencias fuera del cuerpo de las cuales por momentos, según ella, era "realmente difícil regresar":

Los primeros cuatro años en prisión fueron un mundo de fantasía... Yo estaba en segregación. Podía estar en mi celda, ignorar todo lo que estuviera a mi alrededor e irme de viaje. Podía elevarme y salir de la prisión y sobrevolar las playas y montañas de Okinawa, donde yo solía vivir. Algunas veces era realmente, realmente difícil regresar (Antigua reclusa, EEUU, citada en Shalev 2009).

A medida que su tiempo en aislamiento aumentaba, lo mismo sucedía con la intensidad y la frecuencia de sus 'viajes', hasta que un día el capellán de la cárcel la vio tendida en el piso de su celda en un estado casi de catatonia y la tomó bajo su protección. El preso británico Doug Wakefield tuvo alucinaciones menos placenteras luego de un periodo de aislamiento, *"usualmente en forma de arañas e insectos que se arrastraban por el suelo, la cama y las paredes, y en esos momentos es común escuchar voces y ruidos extraños"* (Wakefield 1980:28). Describiéndose a sí mismo como un 'diplomado en 1000 días en segregación', escribió: *"el fantasear y soñar despierto se convierten en pasatiempos y el peligro evidente aquí es que esa actividad puede convertirse en estado permanente de la mente con la consecuente desventaja de no saber por momentos si realmente estás en la realidad o en la fantasía"* (Ibid at p. 30).

Las similitudes entre estos testimonios de periodos en aislamiento en diferentes contextos, ubicación geográfica, y por diversos periodos de tiempo son impactantes y no pueden ser descartados fácilmente. Es más, los testimonios anteriormente citados son consistentes con los hallazgos de las investigaciones que se han realizado acerca de los efectos que produce el aislamiento solitario en la salud analizados previamente. Algunos de los efectos en la salud del aislamiento solitario, tanto fisiológicos como psicológicos, que han sido documentados son enumerados en la siguiente sección.

2.3. Los efectos negativos en la salud del aislamiento solitario: síntomas identificados

Efectos fisiológicos

Aunque los efectos psicológicos son los más comunes y usualmente los dominantes, los efectos fisiológicos son, no obstante, comúnmente reportados. Algunos de los cuales pueden ser

manifestaciones físicas del estrés psicológico, sin embargo la falta de acceso a aire fresco y a la luz solar y los largos periodos de inactividad pueden tener también consecuencias físicas. Grassian y Friedman (1986) enumeran problemas gastrointestinales, cardiovasculares y genitourinarios, migrañas y profundas fatigas. Otros signos y síntomas registrados por algunos de los estudios tratados anteriormente son:

- Palpitaciones cardíacas (conciencia de ritmo cardíaco rápido y/o fuerte)
- Diaforesis (sudoración excesiva y repentina)
- Deterioro de la vista
- Poco apetito, pérdida de peso y en algunas ocasiones diarrea
- Letargo, debilidad
- Temblores
- Sensación de frío
- Agravamiento de problemas médicos preexistentes

Efectos psicológicos

Los efectos del aislamiento solitario más ampliamente reportados son los psicológicos¹⁰. Los cuales podrán variar de acuerdo con los ajustes pre-mórbidos del individuo y el contexto, duración y condiciones del confinamiento. La experiencia de traumas anteriores volverá al individuo más vulnerable, así como la naturaleza involuntaria del confinamiento como castigo, y el confinamiento que se prolongue por un periodo de tiempo sostenido. A las reacciones agudas iniciales pueden seguir síntomas más crónicos si el aislamiento persiste. Mientras que la mayoría de aquellos individuos mantenidos en aislamiento van a mostrar alguna forma de perturbación, puede haber un pequeño número que muestre pocas señales y síntomas y que quizás sean más resistentes a los efectos negativos del aislamiento. Los síntomas se manifiestan en las siguientes áreas y van de lo agudo a lo crónico.

Ansiedad, que va desde la sensación de tensión hasta ataques de pánico completamente desbordados

- Persistentes niveles de estrés de baja intensidad
- Irritabilidad y ansiedad
- Miedo o sensación de una muerte inminente
- Ataques de pánico

Depresión, que va desde el estado de decaimiento hasta la depresión clínica

- Monotonía emocional/embotamiento – pérdida de la capacidad de tener cualquier “sentimiento”
- Inestabilidad emocional (cambio constante de estados de ánimo)
- Desesperanza
- Retraimiento social; pérdida de interés en realizar actividades o tener ideas; apatía; letargo
- Depresión mayor

Ira, que va desde la irritabilidad hasta totales desbordamientos de rabia

- Irritabilidad y hostilidad
- Poco control de los impulsos
- Arranques de violencia física y verbal contra otras personas u objetos, o del propio individuo hacia sí mismo
- Ira no provocada, algunas veces manifestaciones de rabia

Trastornos cognitivos congénitos, que van desde pérdida de la concentración hasta estados de confusión

- Corta capacidad de atención
- Poca concentración
- Poca memoria
- Confusión en el proceso de pensar, desorientación

Distorsiones de la percepción, que van desde la hipersensibilidad hasta las alucinaciones

- Hipersensibilidad a los olores y a los ruidos
- Distorsiones de la percepción o de la sensación (p.ej. que las paredes se acercan)
- Desorientación de tiempo y espacio
- Despersonalización/irrealidad del mundo exterior (*derealisation*)
- Alucinaciones que afectan los cinco sentidos, la vista, la audición, el tacto, el olfato y el gusto (p. ej. alucinaciones de objetos o personas que aparecen en la celda, o el escuchar voces cuando en realidad nadie está hablando)

Paranoia y Psicosis, que van desde pensamientos obsesivos hasta totales desbordamientos de psicosis

- Pensamientos recurrentes y persistentes (cavilaciones) muchas veces de carácter violento y vengativo
- Ideas paranoicas – muchas veces de persecución
- Episodios o estados de psicosis: depresión psicótica, esquizofrenia.

Autolesiones y suicidio

Informes históricos acerca del aislamiento solitario en el siglo XIX describen reiteradamente actos de autoagresión, automutilación, y suicidio. Estudios contemporáneos también han mostrado que las autolesiones (incluyendo los cabezazos contra las paredes de la celda) y suicidios son más comunes en las unidades de aislamiento que en el resto de la población penal (Haney y Lynch 1997:525). En California, por ejemplo, se reportó que el 69% de los suicidios cometidos en cárceles y centros penitenciarios en el 2005 ocurrieron en unidades de segregación (USA Today, 27/12/2006), y en Inglaterra y Gales en 2004/5 una quinta parte de los suicidios cometidos en establecimientos penitenciarios tuvieron lugar en unidades de segregación (*National Offender Management Service, Safer Custody Group. Self inflicted death Annual Report, 2004/5*).

Otras formas de autolesiones también son predominantes en el aislamiento solitario. Los investigadores han observado que la automutilación o los cortes son frecuentemente “*el resultado de la súbita frustración del estrés situacional del cual no hay formas permitidas de desahogo físico... Las agresiones dirigidas a sí mismos son la única actividad de desahogo [para los presos]*” (Scott y Gendreau, 1969:341). Otro estudio encontró que la automutilación fue un medio para “*para liberar al yo de la insostenible tensión, el dolor físico se convierte en un sustituto compensador para el dolor psíquico o la vergüenza*” (Dabrowski (1937), citado en McCleery, 1961:303). Antiguos presos han dado testimonio que las autolesiones juegan un papel diferente para ellos cuando son mantenidos en segregación – les reafirman que están vivos todavía.

Yo estaba totalmente frustrado... Comencé a destrozar todo en la celda. Me negué a comer. Comencé a rehusar el agua. Estaba totalmente paranoico. Comencé a tomarme a sorbos mi propia orina porque pensé que estaban tratando de envenenarme. Recurrí a las autolesiones... Te vuelves tan iracundo. Es una salida, pero tienes que sacarlo hacia afuera. Incluso tu propia sangre es algo real [Antiguo recluso, Reino Unido, citado en Shalev, 2009].

Me encontré acurrucado en posición fetal meciéndome hacia adelante y hacia atrás y estrellando la cabeza contra la pared. Ante la ausencia de sensaciones, a veces es muy difícil convencerte a ti mismo de que realmente estás ahí (Antiguo prisionero, EEUU, arriba citado).

Es difícil obtener estadísticas o cifras de aquellos incidentes de autolesiones que no resultan en la muerte del preso. No obstante, existe convincente evidencia anecdótica que da cuenta de que los niveles de ocurrencia de este tipo de incidentes en las unidades de aislamiento y segregación son particularmente altos.

2.4. ¿Qué hace que el aislamiento solitario sea nocivo?

Cada uno de los tres principales factores inherentes al aislamiento solitario – aislamiento social, estimulación ambiental reducida y pérdida del control sobre casi todos los aspectos de la vida diaria – es potencialmente perturbador o angustiante. Juntos crean una mezcla potente. Además, estudios de morbilidad psiquiátrica en reclusos han indicado que éstos son una población particularmente vulnerable, aun cuando no estén en aislamiento solitario. En Inglaterra y Gales, un estudio sobre morbilidad llevado a cabo por la Oficina Nacional de Estadísticas en 1998 encontró que sólo el 10% no tenía en su historial registros de desórdenes neuróticos, desórdenes psicóticos, desórdenes de personalidad o abuso de sustancias, y que muchos habían padecido una combinación de algunos o de todos estos desórdenes (ONS psychiatric morbidity survey, 1998). También es conocido que cerca del 7% de los reclusos padecen de discapacidad severa para el aprendizaje, con un Coeficiente intelectual de 70 o menos¹¹, y que aquellos con discapacidades para el aprendizaje encuentran particularmente difícil el lidiar con el aislamiento. Cerca del 12% estarán recibiendo también tratamiento psiquiátrico mientras se encuentren en prisión debido a severas y duraderas enfermedades mentales (HMCIP, *The mental health of Prisoners*, 2007). Una de las causas de estos altos niveles de perturbación es el haber experimentado traumas en edades tempranas y el consiguiente desajuste personal y social. Todas estas características contribuyen a que los presos se

vuelvan particularmente vulnerables a los efectos del aislamiento, actividades reducidas, infraestimulación y pérdida del control sobre sus vidas.

Por el contrario, la evidencia testimonial sugiere que algunos presos están protegidos de los peores efectos del aislamiento solitario cuando comprenden el sentido de la experiencia que están viviendo. Por ejemplo, algunos presos políticos han demostrado extraordinaria resistencia durante periodos prolongados de confinamiento. Lo que no significa que la experiencia que vivieron no haya sido dura. Describiendo su experiencia en la Isla de Robben, Nelson Mandela escribió: *“Para mí el aislamiento solitario fue el aspecto más angustiante de la vida en prisión. Allí no hay principio ni fin: sólo está la mente, que puede comenzar a hacerte malas pasadas. ¿Todo esto fue un sueño o realmente sucedió? Uno empieza a cuestionar todo”* (Nelson Mandela, *el Largo Camino hacia la Libertad*, 1995). Líderes del movimiento Tupamaro en Uruguay, que fueron encerrados en estricto aislamiento solitario (no les estaba permitido comunicarse con absolutamente nadie, sus comidas eran repartidas por guardias por medio de una rendija en la puerta de la celda y no les estaba permitido intercambiar ni una palabra con otros presos) por varios años en la década de los 70’s, manifestaron que el aislamiento solitario fue la peor forma de tortura; uno de aquellos presos dijo que *“los choques eléctricos [como tortura] son un mero juego de niños en comparación con la soledad prolongada”* (citado en Reyes, 2007:607).

Aislamiento social

El bienestar social es considerado por la Organización Mundial de la Salud como parte integral de la definición de “salud”¹². El aislamiento solitario aparta al individuo de la compañía de otros y lo priva de la mayoría de las formas significativas¹³ y humanas de interacción social, así como del contacto físico. En la mayoría de los casos al individuo aislado se le priva de cualquier forma de interacción con otros reclusos, y en algunas ocasiones con su familia y amigos, por medio de restricciones en las visitas. En los lugares donde las visitas se llevan a cabo, los reclusos pueden estar separados de los visitantes por medio de una barrera o división que evita que estén en contacto con los ellos.

Las teorías del conocimiento social ponen de manifiesto la importancia del contacto social con otros, no sólo por placer y diversión, sino para el sentido mismo del “yo” del individuo, el cual es moldeado y preservado a base de las interacciones sociales. El contacto social es crucial para desarrollar percepciones, conceptos, interpretar la realidad y brindar apoyo¹⁴.

*El “yo”... es esencialmente una estructura social y surge de las experiencias sociales. Luego de que ha surgido el “yo”, en cierto sentido él mismo comienza a ofrecer sus propias experiencias sociales, y así es como podemos concebir un “yo” absolutamente solidario. Pero es imposible concebir al “yo” emergiendo fuera de la experiencia social. Cuando éste se ha desarrollado nosotros podemos pensar en una persona mantenida en aislamiento solitario por el resto de su vida, pero quien todavía se tiene a sí mismo por compañía, y que es capaz de pensar y conversar consigo mismo de la misma forma como se comunicaba con otros... **Este proceso de abstracción no puede ser llevado a cabo indefinidamente.** (Mead, 1934, énfasis añadido).*

Paradójicamente, el aislamiento social puede conducir a mayor retraimiento. Un estudio encontró sustento para la hipótesis de que las personalidades introvertidas o solitarias (“*shut-in*”, “*seclusive*”), “*generalmente consideradas como la base para la esquizofrenia, pueden ser el resultado de un*

periodo prolongado de 'aislamiento cultural', esto es, de la separación de contacto social íntimo y solidario" (Faris, 1962:155). Faris añade que "el retraimiento es con frecuencia la última etapa de un proceso que comenzó con la exclusión o el aislamiento no elegidos por el paciente" (Ibid. At p. 159).

Privado de contacto social significativo y solidario y de la interacción con otros, el recluso mantenido en aislamiento solitario puede retraerse y meterse en sí mismo. Incluso cuando los presos mantenidos en aislamiento no manifiestan ningún síntoma evidente, luego de que son sacados del aislamiento pueden sentirse incómodos en situaciones en las que tienen que socializar y pueden querer evitarlas, con consecuencias negativas para su futuro desenvolvimiento social, tanto en la comunidad de presos, como en el conglomerado social, una vez más, socavando la posibilidad de que puedan reinsertarse exitosamente.

Reducción de estímulos y actividades

La monotonía y la reducción de estimulación sensorial son parte integrante de la experiencia del aislamiento. En las penitenciarías donde se aplicaba el aislamiento en el siglo XIX, en las que los reclusos tenían acceso al trabajo, se ponía gran empeño en asegurar que el trabajo que se les diera fuera deliberadamente tedioso y aburrido, y que por lo general lo hicieran en silencio. En las 'modernas' secciones de aislamiento de las cárceles, el trabajo, la educación u otras formas de entretenimiento como los materiales de lectura, la radio o la televisión, pueden ser restringidas o denegadas como parte de un sistema de castigo. Cuando el trabajo es asignado, el mismo con frecuencia se desarrolla dentro de la celda, como ocurría en el siglo XIX, puede ser simple y monótono, por ejemplo, rellenando sobres. Los presos pueden ser encerrados en celdas escasamente amobladas por hasta 23 horas al día con poca estimulación sensorial o mental.

Los testimonios de los internos ilustran los efectos que la monotonía y el tedio tienen en su estado mental durante el periodo de aislamiento:

El tedio es un gran enemigo. La privación sensorial es una forma de vida. Simplemente no hay nada que hacer. Sentado en el baño solo sin ninguna de tus pertenencias íntimas, trata de imaginar años así, semana tras semana. Lentamente te va destrozando, mental y físicamente¹⁵.

El total y monstruoso aburrimiento que se vuelve tan opresivo luego de un corto periodo de aislamiento es una experiencia sumamente intensa, para combatir la tendencia al completo embotamiento y para mantener el control sobre los sentidos, es necesario hacer grandes esfuerzos... Sin embargo, no importa cuán exitoso sea un recluso en mantenerse fuera de los efectos de... El aislamiento, es sólo cuestión de tiempo antes de que éstos lo alcancen (Wakefield 1980:281).

[...] Uno sentado en aislamiento solitario cociéndose lentamente en la nada, ni siquiera tu propia nada, sino la nada de la sociedad, de otros, del mundo. El letargo de meses que se acumulan en años en una celda, solo, se entrelaza alrededor de cada actividad 'física' del cuerpo y lo va estrangulando lentamente hasta la muerte, la horrible decadencia de una verdadera muerte en vida. Ya no haces más lagartijas (push-ups) u otro ejercicio físico en tu pequeña celda; ya no cuentas los cuatro pasos hacia adelante y hacia atrás a lo largo de tu celda. Ya no te masturbas; no puedes volver a recordar visión erótica alguna... El tiempo va bajando en tu celda como la tapa de un ataúd en el cual estás tendido y ves como

lentamente se va cerrando sobre ti... El aislamiento solitario en la cárcel puede trastocar la composición ontológica de una piedra (Abbott 1982:44-45).

Estas historias personales son confirmadas por estudios que indican que la reducción de la información que se recibe por vía de los sentidos conduce a la disminución de la actividad cerebral. Basándose en la teoría de la recepción-transmisión, un estudio sugirió que la recepción de información por vía sensorial y las expresiones o manifestaciones motoras o motrices de la mente trabajan paralelamente:

Una disminución en la información sensorial que se recibe por acción de una restricción sensorial produce una disminución en la agilidad mental, falta de capacidad de concentración, una disminución en la motivación y capacidad de planificación, todo esto aunado a una disminución en la actividad física en la comunicación verbal y el sistema motriz... En la vida en prisión el tedio genera tedio. Una caída en la recepción de estímulos se traduce en pereza mental, aversión al aprendizaje y a una correlativa caída en el hacer planes, la motivación y la actividad física (Scott y Gendreau, 1969:338).

Para evaluar esta hipótesis, se midió diariamente la actividad cerebral de los reclusos mantenidos en aislamiento. Los investigadores encontraron que pasados siete días en aislamiento se producía una caída en la actividad cerebral. Esta disminución *“estaba correlacionada con un comportamiento apático, letárgico... Y con una reducción en la búsqueda de estímulos. Hasta siete días el declive del EEG [electroencefalograma] es reversible, pero si esto se mantiene por un largo periodo de tiempo este puede darse el caso de que no lo sea”* (Scott y Gendreau, *ibid.*).

Falta de control

Un tercer aspecto del aislamiento solitario es la rigidez del régimen y el excepcionalmente alto nivel de control sobre todos los aspectos de la vida de los reclusos, o lo que se ha denominado *“un sistema autoritario de control social”* (McCleery, 1961:272), o de *“control total”* (Haney, 1993).

Mientras se ejerce alguna forma de control o medida disciplinaria, es inevitable que las autoridades ejerzan algún grado mayor de control y vigilancia. Sin embargo, en el caso del aislamiento solitario, este control es extremo y los reclusos tienen pocas vías o espacios en los que puedan ejercer su autonomía personal, al tiempo que son completamente dependientes del personal de la cárcel para la provisión de todas sus necesidades básicas. Cuando este grado de control es ejercido durante largos periodos de tiempo, el impacto psicológico es proporcionalmente mayor.

Varios estudios han analizado los aspectos socio-psicológicos del encarcelamiento prolongado en ambientes altamente controlados y han identificado algunas reacciones psicológicas comunes¹⁶. Las cuales típicamente van desde la apatía a la agresión: *“cualquier reacción al sistema de rígida disciplina tiende a convertirse en algo muy parecido a la locura – apatía, languidez, caprichos, o también irritabilidad, ira e inestabilidad nerviosa”* (Sutherland y Cressey, 1955:473). Otro estudio similar encontró que con el paso del tiempo, los síntomas experimentados por los reclusos en aislamiento son *“propensos a desarrollarse en su comportamiento suicida u homicida”* (McCleery, 1961:265).

Así, contrariamente al fin de imprimir calma y control en el recluso, el aislamiento solitario puede producir subsecuente irritabilidad e incluso reacciones violentas, frecuentemente no provocadas. Esos arranques de violencia pueden estar dirigidos al personal de la prisión, pero también pueden volverse contra el recluso mismo en la forma de autolesiones o suicidio. En ocasiones en las que el recluso se vuelve más dócil y aparentemente conforme con las reglas, esto puede ser una reacción patológica en forma de retraimiento, entumecimiento emocional y apatía. Es más, el “control total” significa que muchos reclusos se vuelven tan dependientes de la logística de la cárcel para la organización de sus vidas y rutinas diarias que pierden la capacidad de ejercer su autonomía personal. Esto, nuevamente, puede hacerlos disfuncionales para la vida en sociedad luego de su puesta en libertad y algunos buscarán la forma de regresar a la cárcel.

2.5. La duración del aislamiento solitario

Todos los estudios acerca de reclusos que han estado encerrados en aislamiento solitario involuntariamente en centros penitenciarios por más de diez días, han demostrado la ocurrencia de algún efecto negativo en la salud de estas personas (Haney, 2003), e incluso defensores de esta práctica aceptan que el aislamiento solitario prolongado como castigo *“representa un considerable riesgo para los internos”* (Gendreau y Bonta, 1984:475).

Un estudio hecho con respecto a una serie de pacientes que ingresaron en un Hospital psiquiátrico de Dinamarca, en el que se comparó a aquellos presos que estuvieron en aislamiento solitario con aquellos que estuvieron interactuando normalmente con el resto de la población reclusa, reveló que las tasas de hospitalización difieren significativamente después de cuatro semanas. La *“probabilidad de ser internado... por razones psiquiátricas era cerca de 20 veces mayor que para una persona no sometida a aislamiento solitario por el mismo periodo de tiempo”* (Sestoft y otros, 1998:105). El estudio de Siegel (1984) hecho sobre 31 personas que fueron sometidas a aislamiento, privación visual y restricción de movimiento en diferentes situaciones (rehenes, prisioneros de guerra, presos ordinarios) y por distintos periodos de tiempo reveló la presencia de alucinaciones visuales y auditivas dentro de un periodo de horas luego de haber sido colocados en aislamiento, y que se agravaban con el paso del tiempo.

Estudios realizados con presos voluntarios que han estado hasta diez días en aislamiento han arrojado resultados similares, identificando efectos negativos mínimos. Walters y otros (1963:772) observó en un grupo de 20 reclusos de la Penitenciaría Federal de Canadá que voluntariamente aceptaron ser puestos en aislamiento solitario por cuatro días, que *“mientras que el aislamiento social puede producir algún cambio en sentimientos subjetivos, el mismo no resulta en deterioros mentales o psicomotrices ni incrementa la susceptibilidad a la influencia social”*. Pero estos resultados se explican debido a la corta duración del aislamiento y por el hecho de que los reclusos que participaron en dichos estudios aceptaron con agrado la oportunidad de pasar un tiempo apartados de la población general de la prisión.

Estudios experimentales con voluntarios han encontrado un relativo nivel de tolerancia de corto plazo al aislamiento. Aunque estas experiencias no son equivalentes al aislamiento impuesto en el contexto carcelario, en el que los reclusos no tienen la libertad de retirarse libremente del experimento, sus hallazgos sirven para ilustrar el poderoso impacto del aislamiento en sujetos

humanos. En un estudio dirigido a medir los niveles de tolerancia al aislamiento, aproximadamente dos tercios de los voluntarios fueron capaces de permanecer en un cuarto aislado por periodos de entre tres a catorce días (Zucherman, 1964:255-276).

En otro estudio, veinte voluntarios fueron colocados separadamente en una habitación a prueba de sonidos, y se les pidió que permanecieran allí todo el tiempo que pudieran. El tiempo promedio en el que los voluntarios se retiraron de la habitación fue de 29.24 horas para los hombres y de 48.70 horas para las mujeres. Ninguno de los participantes aguantó el “cuarto silencioso” por más de cuatro días (Smith y Lewt, 1959:342-345). En situaciones en las que la duración del aislamiento no se especificó, dos horas fueron suficientes para generar confusión y el miedo de volverse loco (Solomon y otros, 1961).

Otros estudios también han demostrado que un elemento importante en el nivel de resistencia al aislamiento solitario es el conocimiento previo de su duración. La incertidumbre acerca de su duración *“promueve un sentimiento de impotencia. Sentencias por periodos definidos, impuestas por hechos reconocidos, parecen inspirar menos pánico”* (Toch, 1992:250). Otro estudio concluyó que la incertidumbre es un factor crítico relacionado con las manifestaciones de hostilidad y agresión (McCleery 1961:303). Saber cuánto tiempo va a durar la experiencia es por lo tanto un claro factor mitigante disponible para aquellos responsables de colocar a un recluso en aislamiento solitario.

2.6. Secuelas del aislamiento: los efectos duraderos del confinamiento solitario

Hay pocos estudios de seguimiento a largo plazo (*longitudinal studies*) de los efectos del aislamiento solitario y no hay estudios de monitoreo de antiguos presos sometidos a aislamiento luego de que éstos han sido puestos en libertad. Una vez más, cualquier efecto a largo plazo del aislamiento solitario dependerá sobre todo del individuo, el tipo de confinamiento y su duración. Un estudio hecho sobre detenidos mantenidos en aislamiento solitario estando en prisión preventiva en la Prisión Occidental de Copenhagen, en el que se les examinó entre el segundo y cuarto día de aislamiento y luego mensualmente, encontró un decrecimiento en los síntomas al poco tiempo de su reubicación con la población general, indicando que *“los daños causados por el aislamiento solitario son angustiantes y probablemente temporales, al menos parcialmente”* (Andersen y otros 2003:174). Los autores destacan, no obstante, *“el hallazgo de que las condiciones de salud mental mejoraron cuando los reclusos pasaron del aislamiento solitario a un ámbito de no-aislamiento indica que el aislamiento solitario comporta un estado que podría decirse que puede ser evitado mediante su terminación”* (Ibid. página 175).

De manera similar, el estudio de Grassian (1983) sobre internos mantenidos en aislamiento solitario en la prisión de Walpole, en Massachusetts, cuyo reglamento interno disponía que los presos puestos en aislamiento tenían que ser relevados de ese estado por al menos 24 horas cada 15 días, reportó una rápida disminución de los síntomas durante estos recesos del confinamiento.

Sin embargo, otros estudios reportan trastornos del sueño, pesadillas, depresión, ansiedad, fobias, dependencia emocional, confusión, y deterioro de la memoria y de la capacidad de concentración

(Hocking, 1970) mucho tiempo después de haber sido sacados de los ámbitos de aislamiento. Estos síntomas son similares a aquellos experimentados por reclusos que están en aislamiento y pueden implicar un grado de irreversibilidad. Pero los efectos duraderos del aislamiento solitario son quizás más evidentes en el contexto social y en las relaciones interpersonales:

Aunque muchos de los síntomas agudos padecidos por los internos es posible que subsistan luego de la terminación del aislamiento solitario, muchos [internos], incluyendo algunos que no se volvieron abiertamente enfermos psiquiátricamente durante el confinamiento en solitario, sufrirán muy probablemente daños permanentes... Este daño se manifiesta con mayor frecuencia en la continuada intolerancia a la interacción social, una discapacidad que muchas veces les impide al interno reajustarse exitosamente a la población general de la prisión, y con frecuencia afecta su capacidad de reintegrarse al contexto más amplio de la sociedad luego de su puesta en libertad (Grassian, 2006:332).

Antiguos presos que estuvieron por largos periodos de tiempo en aislamiento solitario han dado testimonio de haber experimentado dificultades en situaciones de interacción social mucho tiempo después de haber sido liberados:

Quiero decir que todavía hay momentos en los que yo puedo ir al cine y luego de que la película ha terminado y, tú sabes, es como que has estado en la oscuridad y de repente se encienden todas las luces y de repente “boom” toda esa muchedumbre a mi alrededor, y yo estoy, tú sabes, como preguntándome quién me va a golpear, qué va a suceder... Quiero decir, uno se siente realmente incómodo y entonces te das cuenta, espera un minuto, estoy en un cine, por qué estoy tan alterado. No hay nadie aquí que esté loco. No estoy en la prisión. Esto se vuelve realmente incómodo cuando estoy cerca de una muchedumbre. Como algunas veces que voy a la abarrotería que me siento incómodo, tú sabes, cuando la gente me mira, y yo me estoy preguntando, tú sabes, diablos, ¿qué están mirando? [Antiguo recluso, EEUU, citado en Shalev, 2009].

Mi carácter y personalidad han experimentado muchos cambios negativos y ahora soy una persona muy paranoica y desconfiada. La paranoia se ha vuelto tan extensiva que para mí es imposible confiar en nadie y he desarrollado la tendencia a odiar a la gente sin razón aparente (Wakefield, 1980:30).

Incapaces de volver a ganar el manejo social necesario para llevar adelante una vida ‘normal’, algunos continúan viviendo en relativo aislamiento social luego de su liberación. En este sentido, el aislamiento solitario opera contra uno de los principales propósitos de la privación de libertad, que es la rehabilitación de las personas que han sido condenadas penalmente y el facilitar su reintegración social.

2.7. Observaciones finales acerca de los efectos del aislamiento solitario

Es problemático extraer conclusiones generales de estudios hechos sobre determinados reclusos en particular y sobre investigaciones experimentales hechas con voluntarios. Estudios llevados a cabo con reclusos en el contexto de demandas legales incoadas por ellos contra las autoridades levantan dudas acerca de la parcialidad de sus resultados, así como aquellos estudios llevados a cabo por

profesionales médicos empleados por las autoridades encargadas de la aplicación del aislamiento. Tener acceso por propósitos de investigación a presos que están sometidos a aislamiento solitario genera, tanto dificultades prácticas, como preocupaciones éticas. También hay un claro vacío de evidencia entre la experiencia del aislamiento solitario en la vida real con presos reales y en el contexto de experimentos programados por tiempo definido. El papel que juegan los problemas de salud mental preexistentes es también una importante variable.

No obstante, existe un amplio y creciente cuerpo de literatura que da cuenta del impacto nocivo del aislamiento, particularmente cuando es usado como medida de castigo, sin límites claros de tiempo, por periodos que son superiores a las cuatro semanas y para personas con problemas de salud mental preexistentes y ajustes sociales deficientes.

Puntos clave

1. Existe evidencia inequívoca, que data del siglo XIX, que demuestra los efectos negativos en la salud del aislamiento solitario.
2. La extensión del daño psicológico y fisiológico del aislamiento solitario dependerá del preso determinado de que se trate, sus antecedentes, el contexto en el que se coloca en aislamiento, su duración, las condiciones del confinamiento y los factores mitigantes.
3. La incertidumbre acerca de la expectativa de duración del aislamiento solitario tiende a incrementar sus efectos perjudiciales.
4. Mientras que algunos de los efectos en la salud del aislamiento solitario disminuirán o se irán atenuando luego de que este finalice, otros pueden persistir.
5. Por estas razones, el uso del aislamiento solitario debe estar reservado para casos extremos, por el periodo de tiempo más corto posible, y que este sea usualmente un término de días.
6. El valerse de manera abusiva de los efectos psicológicos y fisiológicos del aislamiento solitario como parte los interrogatorios, puede constituir una forma de tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes e incluso una forma de tortura, y debe prohibirse bajo cualquier circunstancia.

¹ Este capítulo fue escrito en coautoría con Mónica Lloyd, Psicóloga Forense, antigua Inspectora Jefa de Prisiones (Chief Inspector of Prisons - HMCIP), y Jonathan Beynon, MD, Coordinador de Salud en Cárceles del Comité Internacional de la Cruz Roja. Los puntos de vista expresados aquí representan las opiniones personales de los autores, y no necesariamente representan la posición de sus organizaciones.

² Reyes, H. *The worst scars are in the mind: psychological torture*, International Review of the Red Cross, Volume 89 No. 867, September 2007 pp 591-617. Véase también: Human Rights Watch report: *Locked Up Alone: Detention Conditions and Mental Health at Guantanamo*, June 2008; Physicians for Human Rights (PHR): *Break them down: systematic use of psychological torture by US forces*. Physicians for Human Rights, USA, 2005.

³ Principio 7 de los Principios Básicos de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos, adoptados y proclamados por la Asamblea General mediante Resolución 45/111 del 14 de diciembre de 1990.

⁴ Este capítulo sólo pretende ser un breve y selectivo recuento de la literatura especializada en la materia. Los estudios examinados en el mismo varían considerablemente en su objeto de estudio, localización, contexto, factores examinados y metodología. Para un recuento comprensivo de la literatura relativa a los efectos en la salud del aislamiento solitario y un desarrollo de los aspectos metodológicos ver: Scharff-Smith (2006).

⁵ Con la excepción de Suefield y Roy (1975) quienes sugirieron que el aislamiento solitario a corto plazo y no punitivo de participantes voluntarios puede tener efectos beneficiosos (aunque estos no son elaborados).

⁶ Reportado en el *Canadian Medical Journal* 1977:408-416.

⁷ Los investigadores han reportado perturbaciones emocionales, trastornos de la comprensión y la habilidad para pensar, cambios infantiles regresivos y dificultad en tener contactos sociales, así como trastornos del sueño, dolores de cabeza y problemas digestivos severos (citado por Amnistía Internacional, 1980).

⁸ Los autores destacan que muchos de los internos usados en ambos muestreos padecían problemas de salud mental preexistentes.

⁹ Como destacó Toch (1992:152) “*la crisis o el colapso personal producido por el aislamiento no cuadra con las concepciones e imagen de la masculinidad*”, por eso los reclusos pueden considerar más sencillo el referirse a las pérdidas de control de otros.

¹⁰ Los síntomas enumerados en esta sección han sido identificados consistentemente en los estudios referidos arriba. Para un análisis más detallado de los hallazgos de las investigaciones, véase: Grassian y Friedman (1986); Grassian (2006), Haney y Lynch (1997), Haney (2003), Scharff-Smith (2006).

¹¹ Mottram, P. 2007. *HMP Liverpool, Styal and Hindley Study Report*, University of Liverpool.

¹² “La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y...” Organización Mundial de la Salud, Declaración de Alma-Ata, 1978.

¹³ Se hace énfasis en el término “significativo” (*meaningful*) porque no se puede argumentar que el contacto regular del interno con el personal de custodia cuando es alimentado, trasladado o asegurado constituya contacto significativo.

¹⁴ Véase Mead (1934). Para un recuento de las teorías del conocimiento social y su aplicación en situaciones de aislamiento social véase Haney y Lynch 1997:503-506.

¹⁵ Un interno de una cárcel *supermax* de la Florida, citado en el informe de la Campaña para Poner un Alto a las Unidades de Control (*Campaign to Stop Control Units Report*), 1997.

¹⁶ Véase Sutherland y Cressey (1955); Sykes (1958); Goffman (1961); McCleery (1961). Véase también el estudio de Cohen & Taylor’s ([1972] 1981) acerca de los reclusos del pabellón de máxima seguridad de la cárcel de Durham a finales de los 60s, y el estudio de Toch (1992) acerca de las reacciones de los presos a las presiones psicológicas del encarcelamiento.

3. La decisión de colocar presos y detenidos en aislamiento solitario

La naturaleza extrema del aislamiento solitario y sus potenciales efectos perjudiciales en el bienestar físico y mental de los reclusos requieren que las autoridades penitenciarias sean particularmente cautelosas en imponer esta medida, incluso por periodos cortos de tiempo. Por extensión, los regímenes penitenciarios para personas privadas de la libertad a largo plazo que están basados enteramente en el aislamiento solitario resultan contrarios a dos de los objetivos principales de las penas de privativas de la libertad, que son: la rehabilitación y la reintegración social de los condenados. Este capítulo examina los diferentes usos del aislamiento solitario y algunas de las disposiciones de derechos humanos y recomendaciones aplicables a los mismos. En aquellos casos en los que no hayan disposiciones o recomendaciones de derechos humanos que sean aplicables, este capítulo explora cómo los mismos pueden ser desarrollados y consolidados.

3.1. ¿Cuándo y por qué los detenidos y presos son colocados en aislamiento solitario?

Donde sea que se coloque a detenidos y presos en aislamiento solitario, sea en una unidad independiente de aislamiento especialmente diseñada a tal efecto o en un pabellón o ala de segregación dentro de un centro penitenciario, esto se realiza sobre la base de alguna de las siguientes razones oficiales:

Castigo: la segregación punitiva es usada como una forma de castigo para aquellos reclusos que presentan mala conducta, y es típicamente impuesta por un periodo de tiempo limitado previamente establecido, luego de alguna forma de audiencia disciplinaria dentro de la cárcel. La segregación es considerada la forma más severa de sanción disciplinaria con que cuenta la prisión para castigar las faltas más serias. Las comodidades de las celdas en las unidades de aislamiento punitivo por lo general son mínimas, y a los reclusos se les permite tener menos utensilios y pertenencias personales que aquellas que les son permitidas a aquellos que se encuentran en 'espacios o ámbitos normales'. Los internos colocados en aislamiento punitivo típicamente sólo dejan sus celdas por un lapso de una hora al día para hacer ejercicios, pero en algunas jurisdicciones, el ejercicio, así como el acceso a las visitas familiares, tiene incluso restricciones adicionales. En algunas jurisdicciones la legislación le permite a los tribunales imponer periodos de aislamiento solitario como parte de la sentencia en determinados delitos. En Perú, por ejemplo, bajo el régimen del antiguo presidente Alberto Fujimori aquellos condenados por crímenes de terrorismo o traición a la patria eran colocados automáticamente en aislamiento solitario durante el primer año de su sentencia de prisión. En Pakistán, el Código Penal permite que los reos sentenciados sean condenados por los tribunales a estar en aislamiento solitario hasta por tres meses al inicio del cumplimiento de la pena (Código Penal de Paquistán, Ley XLV de 1860).

Protección: la segregación por motivos de protección es usada para mantener a presos vulnerables separados de la población general del penal, sea a petición del propio interno o a discreción del personal de la prisión. Estos presos vulnerables pueden ser, por ejemplo, delincuentes sexuales,

informantes de la policía, antiguos policías o agentes penitenciarios, presos con deudas, internos que se sabe pueden autolesionarse, y otros que por algún motivo pueden ser agredidos por otros reclusos. En algunas jurisdicciones a estos reclusos aislados por razones de protección se les permite juntarse entre ellos, mientras que en otras, son mantenidos en estricto régimen de aislamiento solitario por el tiempo que duren sus sentencias, de la misma manera que aquellos que son colocados en segregación por motivos disciplinarios.

Control o manejo del centro penal (*prison management*): en estos casos el aislamiento solitario es usado como una herramienta de manejo interno del centro penal para el control de reclusos catalogados como peligrosos, indisciplinados o que de alguna forma se han convertido en un problema para la administración del centro penal; por ejemplo, miembros de pandillas. Esta medida sigue la lógica de que aislando a este tipo de reclusos se reducirán los incidentes de violencia en la prisión y se logrará mantener el orden y la disciplina. Esta forma de aislamiento solitario es usualmente impuesta como resultado de un proceso interno dentro del penal que está regido por normas administrativas. En algunas jurisdicciones se les brinda a los reclusos sometidos a esta forma de segregación la oportunidad de ir pasando progresivamente del aislamiento estricto a ir teniendo mejores condiciones de reclusión, más cómodas y con mayores oportunidades de interactuar con el resto de los reclusos; mientras que en otras, estos presos son mantenidos en estricta separación por el tiempo que duran sus sentencias. En aquellos centros penales en los que se utiliza el aislamiento en pequeños grupos, los internos son mantenidos en celdas individuales, pero se les permite interactuar con hasta cinco internos más en determinados momentos del día, usualmente durante el ejercicio físico.

Seguridad nacional: la protección de la seguridad pública y/o nacional es, y ha sido históricamente, una justificación para mantener en aislamiento solitario a aquellos sospechosos o condenados por crímenes políticamente motivados, o a los cabecillas de organizaciones criminales. La lógica en este caso es evitar que el recluso entre en contacto con otros miembros de los grupos ‘terroristas’ o ‘subversivos’ u otros miembros de las organizaciones criminales fuera de la prisión, o para prevenir la diseminación de secretos de Estado. Los presos condenados por razones de seguridad nacional típicamente pasan en estricto aislamiento solitario la totalidad del tiempo que duren sus sentencias de prisión.

Investigación antes de la formulación de cargos y previa al juicio: los sospechosos de haber cometido delitos pueden ser mantenidos en aislamiento sin que se les hayan formulado cargos mientras son interrogados. En la mayoría de las jurisdicciones esta detención previa a la formulación de cargos está limitada a unas pocas horas o unos pocos días, pero otras tienen disposiciones que permiten esta forma de aislamiento por periodos mayores de tiempo. En el Reino Unido, por ejemplo, los sospechosos de terrorismo pueden ser detenidos por hasta 28 días sin que se les hayan formulado cargos en su contra, y en determinadas circunstancias la ley permite que este periodo sea extendido a 42 días. Algunos críticos consideran que el periodo de 28 días es ya muy cuestionable, y que por lo tanto estas disposiciones deben ser derogadas. Las personas en prisión preventiva, en particular aquellos acusados de crímenes contra el Estado, también son frecuentemente sometidos a aislamiento durante las investigaciones o los interrogatorios. En algunos países, sobre todo en Escandinavia, los sospechosos de haber cometido actos criminales también son en ocasiones sometidos a aislamiento durante las investigaciones. La lógica que se sigue en estos casos es la de evitar que el detenido obstaculice las investigaciones. En algunos casos los detenidos son aislados sin

acceso a asesoría legal. A esta forma de detención se le conoce como, 'incomunicación', puede ser ilegal de acuerdo con el derecho internacional y está sujeta a disposiciones especiales¹.

Falta de otras soluciones institucionales: en ocasiones los reclusos también son mantenidos en aislamiento solitario a falta de otras alternativas viables de alojamiento. Por ejemplo, los reclusos con enfermedades mentales pueden ser colocados en aislamiento a falta de camas para ellos en los hospitales. Estos internos no necesariamente constituyen un peligro para otros o para ellos mismos, pero pueden ser objeto de abusos y su comportamiento puede molestar o intranquilizar a otros reclusos o al personal de la prisión. Por otro lado, puede darse el caso de que algunos reclusos sean puestos en segregación debido al hacinamiento de la cárcel mientras se habilitan nuevas plazas o espacios que reúnan las características de seguridad que su nivel de clasificación requiere.

En Estados en los que aún se aplica la pena de muerte y en aquellos en los cuales ésta ha sido recientemente abolida, los presos que se encuentran en el corredor de la muerte (*Death Row*) también son típicamente mantenidos en aislamiento solitario. Finalmente, los presos también pueden ser mantenidos en aislamiento solitario debido, por ejemplo, a la falta de personal penitenciario suficiente. A modo de ilustración, en un reciente informe del Inspector Jefe de Prisiones en Inglaterra y Gales, el 30% de los presos observados en centros penales locales en 2006-2007 (algunos de los cuales fueron colocados en celdas unipersonales) manifestaron que se les permitía salir de sus celdas por menos de dos horas al día (*HMCIP Thematic Report, Time out of Cell, 6 June 2008*).

Caso de estudio: Aislamiento solitario en Inglaterra y Gales

Los reclusos pueden ser mantenidos en aislamiento solitario por periodos de 22 a 24 horas al día en las siguientes circunstancias:

- En custodia policial, donde invariablemente estarán en celdas unipersonales. La mayoría de los detenidos en custodia policial son liberados en menos de 24 horas, pero algunos pueden permanecer por más tiempo para ser interrogados. La autorización para este procedimiento tiene que ser conferida por un oficial de policía de rango superior a intervalos de nueve horas y hasta por 72 horas, luego de lo cual la autorización para prolongar la detención debe solicitarse a un tribunal. Aquellos sospechosos de terrorismo pueden ser mantenidos en custodia policial por hasta 28 días.
- Si son colocados en segregación durante la noche en espera de la emisión de la sentencia al día siguiente (en cuyo caso su aislamiento no podrá exceder de 24 horas).
- Si se ha decretado el aislamiento celular como castigo, en cuyo caso no deberá prolongarse por más de 14 días en el caso de menores (menos de 18 años de edad) en reclusión o de 28 días en el caso de internos adultos.
- Si son colocados en segregación para preservar el buen orden y disciplina ("GOOD", por sus siglas en inglés) o para su propia protección ("OP", por sus siglas en inglés), en cuyo caso el periodo de tiempo es abierto. En estas circunstancias el estatus de los reclusos es sometido a una revisión interna luego de las primeras 72 horas y luego semanalmente.
- Si son ubicados en el Sistema de Supervisión Estricta (*Close Supervision System - CSC*) dentro de un régimen restringido, en cuyo caso se les ofrece la posibilidad de desarrollar actividades dentro de su celda y un alto nivel de compromiso por parte del personal, y son sujetos a monitoreo interno y al

seguimiento de su caso por parte del comité de selección del CSC dentro del Directorio de Alta Seguridad (*High Security Directorate*).

- Cuando un recluso CSC es transferido a una unidad de segregación en una cárcel de alta seguridad y mantenido en una celda CSC o de alto control* por un periodo transitorio para que se calme (*time out*), en cuyo caso es sujeto al seguimiento de su caso por parte del comité de selección del CSC dentro del Directorio de Alta Seguridad (*High Security Directorate*), pero en la práctica a poco monitoreo interno.

- Cuando un interno con problemas de salud mental es mantenido en una celda unipersonal dentro del hospital o clínica establecimiento penitenciario bajo el cuidado del personal de salud.

*Las celdas de alto control están equipadas con una escotilla para la alimentación instalada en la puerta de la celda para permitir la entrada de comida y otras provisiones sin tener que abrirla.

3.2. La puesta en aislamiento solitario: garantías procesales, disposiciones especiales y recomendaciones relativas al aislamiento de categorías específicas de reclusos

Dado que el aislamiento solitario es una medida severa con potenciales consecuencias perjudiciales para la persona involucrada, la decisión de colocar a un recluso en aislamiento, sea como forma de castigo a corto plazo, por un periodo prolongado por razones administrativas o por su propia protección, no debe ser tomada a la ligera o adoptarse arbitrariamente. Se considera una buena práctica el que esta decisión sea siempre adoptada por una autoridad competente, de acuerdo con la ley y en atención a parámetros de debido proceso. La autoridad que toma la decisión debe justificarla por escrito y ser responsable por la misma. Esta autoridad no debe ser el médico de la prisión, ni tampoco debería ser el médico de la prisión quien certifique que el recluso 'es apto para estar en aislamiento' (este asunto se discute más adelante en detalle en el Capítulo 5). Otra salvaguarda importante consiste en asegurar que la decisión de segregar a un recluso o de prolongar su segregación sea objeto de una revisión sustancial y periódica por un cuerpo independiente, y que aquel tenga el derecho de apelar esa decisión.

Estas revisiones deben estar basadas siempre en la valoración específica del recluso por personal específicamente entrenado para llevar a cabo tales evaluaciones. Además, los reclusos deben estar en la mayor medida posible, debidamente informados de las razones por las cuales se les coloca en aislamiento y, si es necesario, su renovación; esto les permitirá, entre otras cosas, hacer un uso efectivo de las vías o mecanismos disponibles para impugnar o controvertir la medida (CPT 11th General Report, CPT&Inf (2001) 16, section 32).

Audiencias de revisión: ejemplo de buena práctica

En el Centro de Supervisión Estricta de la prisión de Woodhill (Reino Unido), donde se encuentran en aislamiento algunos de los reclusos considerados más problemáticos del sistema penitenciario, la permanencia de los internos es revisada mensualmente, y sus representantes legales son invitados a participar de las audiencias en las que se revisa la necesidad de mantenerlos allí.

Los requisitos generales de procedimientos y garantías arriba descritos aplican a la decisión de colocar reclusos en aislamiento solitario, independientemente de la razón por la cual se aplica esta medida. Adicionalmente, surgen algunas consideraciones en relación con algunas categorías particulares de reclusos y detenidos que son puestos en aislamiento solitario.

Segregación como forma de castigo (*punitive segregation*)

La segregación como forma de sanción disciplinaria es el castigo más serio que se puede imponer a un recluso, y como tal debe estar reservado a las faltas más graves que puedan cometerse dentro de la prisión y ser proporcional a éstas. Esta medida sólo puede imponerse como último recurso y por el periodo de tiempo más breve posible, por un término de días y no de semanas o meses.

La Regla 30 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos (SMR) estipula que:

2) Ningún recluso será sancionado sin haber sido informado de la infracción que se le atribuye y sin que se le haya permitido previamente presentar su defensa. La autoridad competente procederá a un examen completo del caso.

El Artículo 6 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que garantiza el derecho a un juicio justo, también dispone algunas salvaguardas necesarias:

1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un Tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley...

3. Todo acusado tiene, como mínimo los siguientes derechos:

- a ser informado, en el más breve plazo, en una lengua que comprenda y detalladamente, de la naturaleza y de la causa de la acusación formalizada contra él;
- a disponer del tiempo y de las facilidades necesarias para la preparación de su defensa;
- a defenderse por sí mismo o a ser asistido por un defensor de su elección [...];
- a interrogar o hacer interrogar a los testigos que declaren contra él [...];
- a ser asistido gratuitamente por un intérprete, si no comprende o no habla la lengua empleada en la audiencia.

Se ha establecido que estas garantías también aplican a los procesos disciplinarios, particularmente cuando se impone a los reclusos sanciones de considerable severidad².

Detenidos en etapa de investigación previa a la formulación de cargos y en detención preventiva

El aislamiento de aquellas personas que no han sido condenadas por ningún delito es particularmente problemático, toda vez que el mismo infringe condiciones punitivas y potencialmente perjudiciales en personas que son inocentes hasta que se demuestre su culpabilidad; además puede ser empleado para coaccionarlos.

Típicamente, además de ser mantenidos aislados del resto de los internos, las personas en detención preventiva están sujetas a restricciones adicionales en sus visitas y comunicaciones con el mundo exterior. En Dinamarca y Noruega, por ejemplo, los reclusos en espera de juicio pueden permanecer en aislamiento solitario por hasta tres meses (o indefinidamente, si la expectativa de la pena a imponerse de ser hallados culpables es de seis años o más), permitiéndoseles solamente visitas semanales supervisadas de 30 minutos, prohibiéndoseles hacer llamadas telefónicas y restringiéndoseles o prohibiéndoseles otras formas de comunicación con el exterior. Estas prácticas han sido objeto de continua preocupación y críticas por parte de cuerpos de monitoreo internacionales y regionales. Así por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas instó al gobierno de Dinamarca a *“reconsiderar la práctica del aislamiento solitario de forma tal que se asegure que la misma sea impuesta solamente en casos de urgente necesidad... Excepto en circunstancias excepcionales, el aislamiento solitario debe ser abolido, especialmente respecto de personas en prisión preventiva...”*³.

Con el tiempo, a través de sus visitas a lugares de detención en Europa, el Comité para la Prevención de la Tortura ha desarrollado las siguientes salvaguardias relativas al aislamiento de los presos preventivos⁴:

- Sólo debe recurrirse al aislamiento solitario de personas que se encuentran en prisión preventiva en circunstancias excepcionales, de forma estrictamente limitada a lo que se requiere para el caso y proporcionalmente a las necesidades de la investigación;
- Las restricciones deben ser autorizadas por un tribunal;
- Los detenidos deben tener un derecho efectivo de apelar a un tribunal o a otra autoridad independiente;
- Los detenidos deben tener acceso a un médico cuyo informe escrito debe ser enviado a las autoridades competentes;
- Se debe brindar a los detenidos la oportunidad de participar en actividades productivas, además de ejercicio al aire libre y contacto humano apropiado.

Estas salvaguardias deben ser cumplidas como un piso mínimo en todos los casos. El aislamiento de personas que se encuentran en espera de juicio puede también empujarlos a dar confesiones como una salida para lograr una mejoría en sus condiciones de confinamiento. El CPT ha reportado que en Dinamarca, por ejemplo, ‘no era inusual’ que las confesiones vinieran luego de la terminación del régimen de aislamiento solitario⁵. Esto constituye una forma de coerción, que como se dijo en la introducción, debe ser prohibida.

El uso del aislamiento solitario en aquellas personas a las que aún no se les han formulado cargos debe estar estrictamente limitado por la ley y usarse solamente en circunstancias excepcionales, bajo supervisión judicial, por el periodo de tiempo más breve posible, y nunca por más de algunos días. El mal uso del aislamiento solitario en centros de detención secretos, particularmente aquellos vinculados con la denominada ‘guerra contra el terror’, como un mecanismo de coerción o como un medio para ‘ablandar’ a los detenidos durante los interrogatorios debe estar prohibido; como forma deliberada de producir sufrimiento físico y mental con la finalidad de lograr los mencionados propósitos, constituye trato cruel, inhumano o degradante e incluso puede constituir tortura.

Las personas con enfermedades mentales

Existe consenso entre los observadores, los expertos y, cada vez más, los tribunales, de que las personas con enfermedades mentales y aquellas que corren el riesgo de autolesionarse no deben ser puestas en aislamiento solitario – *“Las personas mentalmente enfermas, así como aquellas que presentan trastornos fronterizos (borderline) de la personalidad, daño cerebral o retraso mental (sic), personalidades impulsivas, o una historia de problemas psiquiátricos previos o depresión crónica... Para estos reclusos, el ser colocados en aislamiento solitario es el equivalente mental a poner a un asmático en un lugar en el que hay poco aire para respirar”* (Sentencia del caso Madrid v. Gómez, 1995). No obstante, los informes indican que la segregación es ampliamente utilizada para manejar presos con enfermedades mentales, y que los reclusos con enfermedades mentales están sobre representados en las unidades de segregación⁶.

La particular vulnerabilidad de las personas privadas de libertad con enfermedades mentales implica que las autoridades de los centros de privación de libertad deben ser especialmente cuidadosas en el trato que les brindan. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que: *“En el caso de la incomunicación de un discapacitado mental en una institución penitenciaria, puede constituir una violación aun más grave de la obligación de proteger la integridad física, psíquica y moral de las personas que se encuentran bajo la jurisdicción del Estado”*⁷. Con lo cual, aquellas personas que padecen enfermedades mentales no deben ser puestas en aislamiento solitario; de igual forma, bajo ninguna circunstancia el uso del aislamiento solitario debe emplearse en sustitución de un apropiado tratamiento de salud mental.

Reclusos problemáticos, peligrosos o que desafían a las autoridades

Como ya se ha mencionado, en algunas jurisdicciones los reclusos que son catalogados como peligrosos o persistentemente problemáticos son colocados en aislamiento solitario prolongado como medida de control por parte de la administración de la cárcel. Esta práctica de “aislar al riesgo”, como la ha definido un experto (Riverland 1999), es ampliamente criticada. Las prisiones *Supermax* en los Estados Unidos, por ejemplo, han sido criticadas por los tribunales, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas y el Relator Especial de las Naciones Unidas contra la Tortura. Todos estos mecanismos han señalado que las condiciones de reclusión en esas prisiones pueden constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes, en violación del derecho internacional de los derechos humanos. Tanto la Corte Europea de Derechos Humanos, como el Comité para la Prevención de la Tortura han manifestado su preocupación en un sentido similar respecto de los regímenes de ‘seguridad especial’ que se imponen a los reclusos en varios Estados de Europa. Haciendo referencia al aislamiento en la Institución de Extra Seguridad (*EI*, por sus siglas originales) en Holanda, el CPT ha dicho que *“el someter a prisioneros clasificados como peligrosos a tales medidas puede muy bien volverlos aun más peligrosos”* (CPT *re Netherlands*, 1998, párr. 69), y la Corte Europea de Derechos Humanos ha establecido en varias ocasiones que comparte estas preocupaciones (por ejemplo en el caso *Mathew v. the Netherlands*, 2005).

Refiriéndose al uso de unidades de ‘seguridad reforzada’ para mantener presos peligrosos, el Comité de Ministros del Consejo de Europa exhortó a los Gobiernos de los Estados Miembros a⁸:

1. Aplicar, en la medida de lo posible, las regulaciones penitenciarias ordinarias a los reclusos peligrosos.
2. Aplicar las medidas de seguridad solamente en la medida que la necesidad lo requiera.
3. Aplicar las medidas de seguridad en forma respetuosa de los derechos y la dignidad humana.
4. Asegurar que las medidas de seguridad tengan en cuenta las distintas necesidades de las diferentes situaciones de peligro.
5. Contrarrestar o neutralizar en la medida de lo posible, los eventuales efectos adversos de las condiciones de seguridad reforzada.
6. Dedicar toda la atención necesaria a los problemas de salud que puedan resultar de la seguridad reforzada.
7. Proveer educación, entrenamiento vocacional, trabajo y tiempo para esparcimiento y otras actividades en la medida de lo que las condiciones de seguridad lo permitan.
8. Tener sistemas de revisión regular para asegurar que el tiempo asignado bajo custodia de seguridad reforzada y el nivel de seguridad aplicado no exceda de lo requerido.
9. Asegurar, cuando existan, que las unidades de seguridad reforzada tengan el número apropiado de plazas, personal y todas las facilidades necesarias.
10. Proveer entrenamiento e información adecuados a todo el personal encargado de la custodia y tratamiento de reos peligrosos.

Vale la pena destacar que existen estudios que indican que el aislamiento solitario no es una herramienta efectiva para controlar a aquellos internos catalogados como “problemáticos” o “difíciles” y que incluso puede ser contraproducente. Un estudio acerca de las “unidades incorregibles” en Carolina del Norte a finales de la década de 1950, donde los reclusos eran sujetos a un régimen de estricto y prolongado aislamiento solitario, concluyó que *“el impacto general de las unidades incorregibles como práctica penitenciaria intensifica las tendencias a actitudes y comportamientos criminales”* (McCleery, 1961:306). Otros estudios han encontrado que los regímenes de aislamiento como una causa fundamental en la ocurrencia de motines en las cárceles. Así por ejemplo, un estudio acerca de los eventos que condujeron al motín ocurrido en 1980 en la Penitenciaría de Nuevo México (EEUU), atribuyó directamente el motín a la estrategia de aislar a los reclusos cabecillas, lo que condujo a la fragmentación de la solidaridad entre los internos, que a su vez trajo como consecuencia un incremento en la violencia. Un estudio acerca del ‘orden y la disciplina’ en las prisiones de Inglaterra y Gales concluyó que *“el imponer restricciones físicas adicionales, especialmente aquellas de carácter severo, con certeza conducirá a un déficit de legitimidad; y ese déficit puede muy bien en sí mismo incrementar la violencia”* (Bottoms, 1999:263).

Similares hallazgos se han obtenido con respecto al aislamiento de miembros de pandillas. Un estudio encontró que la política de colocar a miembros de pandillas en aislamiento solitario en unidades de seguridad en California condujo a un incremento en la actividad de estas pandillas, *“los esfuerzos de las autoridades penitenciarias de contener la expansión de las pandillas condujo, no intencionalmente, a un vacío en la población penitenciaria que fue llenado con el surgimiento de nuevos grupos”* (Hunt y otros 1993:403). Las luchas por el poder entre estos nuevos grupos trajo como consecuencia nuevos homicidios entre la población penal general (Parenti, 1999:209). La información acerca de la violencia carcelaria antes y después de la implementación de las unidades de seguridad especial (o *supermax*) indica de manera similar que el aislamiento de internos clasificados como peligrosos o problemáticos no da como resultado una reducción en la violencia carcelaria en aquellos centros penales de población general⁹.

En síntesis, aun cuando el aislamiento solitario puede ser una herramienta conveniente para el manejo inmediato o a corto plazo de reclusos problemáticos, a la larga no es efectivo y puede incluso resultar contraproducente y generar efectos contrarios a los que se buscan. Además, como se muestra en el Capítulo Dos, el aislamiento solitario prolongado puede tener consecuencias muy serias en la salud de la persona a la que se le aplica y puede asimismo afectar sus posibilidades de reintegrarse exitosamente en la sociedad. Todo esfuerzo debe realizarse para revertir la tendencia hacia las prisiones *supermax* y otros regímenes similares que están completamente basados en el aislamiento solitario. En circunstancias en las que es absolutamente necesario mantener a un puñado de reclusos extremadamente peligrosos separados del resto de la población penal, debe realizarse continuamente una evaluación de la necesidad de mantenerlos aislados, y debe proveérseles de las necesidades básicas, acceso a programas, oportunidades de contacto humano significativo.

3.3. La perspectiva de los derechos humanos y la jurisprudencia relativa al mantenimiento de reclusos en aislamiento solitario

Los potenciales efectos perjudiciales del aislamiento solitario han sido reconocidos por los organismos internacionales de derechos humanos, los que ven esta medida como una práctica penitenciaria indeseable que sólo puede justificarse en casos extremos¹⁰, que sólo debe ser usada por el periodo más corto posible¹¹, y que, bajo ciertas circunstancias, puede ser violatoria del derecho internacional.

El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha expresado la siguiente posición:

“El aislamiento solitario es una pena severa con serias consecuencias psicológicas, y que sólo es justificable en casos de urgente necesidad; el uso del aislamiento solitario fuera de circunstancias excepcionales y por periodos de tiempo limitados es inconsistente con el artículo 10, párrafo 1, de la Convención”¹² y puede constituir un acto prohibido por el Artículo 7 (tortura y tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes)¹³.

El Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas (CAT) ha sido crítico respecto de prácticas consistentes en el aislamiento prologado de personas y ha establecido que las mismas pueden constituir una forma de tratamiento violatorio de la prohibición de la tortura o tratos inhumanos. Así por ejemplo, el CAT ha expresado gran preocupación con relación al estricto y prolongado aislamiento solitario en las prisiones *supermax* en los Estados Unidos (CAT, 2000); la falta de límites temporales en la aplicación del aislamiento solitario y el número de reclusos aislados por más de diez años en Japón (CAT, 2007); y, el aislamiento de personas en prisión preventiva en Dinamarca y Noruega (CAT, 2002).

Un informe conjunto emitido por los Relatores de las Naciones Unidas acerca de la situación de las personas detenidas por el ejército de los Estados Unidos en la Base Naval de la Bahía de Guantánamo señaló que: *“la detención y el aislamiento prolongado, constituyen tratos inhumanos y la violación del derecho a la salud y del derecho de los detenidos, conforme al párrafo 1 del artículo*

10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, a ser tratados humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano” (Informe presentado a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, 62ª Sesión, 15/2/06, UN DOC E/CN.4/2006/120).

El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT) ha sido de la perspectiva de que el aislamiento solitario, sea por la razón que sea, requiere particular atención. Al momento de evaluar un caso concreto, ha señalado:

“El principio de proporcionalidad requiere que se haga un balance entre lo que requiere la situación particular y la aplicación de un régimen de aislamiento solitario, el cual puede tener consecuencias muy perjudiciales en la persona a la que se le aplica”¹⁴.

La Corte Europea de Derechos Humanos (ECtHR) ha aceptado como causales para la aplicación del aislamiento solitario: el comportamiento extremadamente peligroso del recluso¹⁵, la habilidad del interno de *“manipular situaciones y movilizar a otros presos a cometer actos de indisciplina”*¹⁶, y la propia seguridad del recluso¹⁷. La *“situación general relativa el clima del terrorismo en aquella época”* también se consideró que justificaba la adopción de severas medidas de seguridad, incluyendo el aislamiento solitario¹⁸. Diez años después, en 1992, la Corte de alguna manera restringió esta concepción cuando estableció que *“las dificultades innegables inherentes a la lucha contra el crimen, particularmente la relativa al terrorismo, no puede dar como resultado la imposición de límites a la protección que debe darse con respecto a la integridad física de las personas”*¹⁹. Estas medidas de protección no dependen de la conducta de los individuos: *“La Corte está muy al tanto de las inmensas dificultades que enfrentan actualmente los Estados en proteger a sus comunidades de la violencia del terrorismo. Sin embargo, incluso en estas circunstancias, la Convención prohíbe en términos absolutos la tortura o los tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, con independencia de la conducta de la víctima”*²⁰. En un caso más reciente la Corte, al tiempo que reafirmaba que la absoluta prohibición de a tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes se extendía incluso a las *“circunstancias más difíciles, incluyendo la lucha contra el terrorismo y el crimen organizado”*, y que el aislamiento solitario nunca debe ser impuesto de manera indefinida a los reclusos, determinó que mantener en aislamiento solitario por ocho años y dos meses a un hombre que en ese momento era *“considerado como el terrorista más peligroso del mundo”* no constituía una violación del Artículo 3 del Convenio Europeo²¹.

No obstante, la voluntad de la Corte de aceptar que el aislamiento solitario prolongado puede estar justificado en casos excepcionales, particularmente aquellos que involucran atentados contra el Estado, no se extiende de manera generalizada. La puesta de un recluso en aislamiento solitario porque se le considere como incapaz de adaptarse al entorno normal de la prisión no ha sido aceptada como fundamento suficiente, y se ha considerado como una forma de tratamiento inhumano violatorio del Artículo 3²². También se consideró violatorio del Artículo 3 el que se impusiera un régimen de estricto aislamiento solitario por más de tres años a un antiguo recluso que estaba en el corredor de la muerte, respecto del cual *“el gobierno no ha invocado particulares razones de seguridad... Y no ha mencionado por qué no fue posible revisar [la necesidad de] el régimen”*²³.

Por lo tanto, mientras que es generalmente aceptado que en el contexto penitenciario el aislamiento solitario a corto plazo puede en algunas ocasiones ser necesario, su uso está sujeto a un escrutinio

riguroso para determinar si obedece a un objetivo legítimo y es absolutamente necesario para el caso concreto. Una vez se ha establecido que la colocación de un interno en aislamiento solitario sirve a un fin legítimo, entonces son consideradas las condiciones físicas y el régimen de reclusión al que se le somete. Estos factores son el tema que aborda el siguiente capítulo.

Puntos clave

1. La decisión de colocar a un recluso en aislamiento solitario, por la razón que sea, debe siempre ser adoptada por una autoridad competente y de acuerdo con los principios del debido proceso, lo que incluye el derecho de apelar la decisión.
2. Cuando se usa como castigo por faltas cometidas dentro de la cárcel, el aislamiento solitario sólo debe utilizarse como último recurso, y por el periodo de tiempo más corto posible, nunca más allá de una cuestión de días.
3. El asegurar que el proceso por medio del cual se toma la decisión de aislar a un recluso es transparente y acorde con el debido proceso, no sólo asegura que esa decisión se ha adoptado de forma legal y profesional, sino que también contribuye a la percepción de los reclusos de que la misma es legítima y justa, y por lo tanto, puede afectar positivamente su comportamiento.
4. El uso del aislamiento solitario prolongado para controlar o manejar a los internos raramente se justifica, y aún así sólo en los casos más extremos.
5. El aislamiento solitario es una herramienta no deseable para el manejo a largo plazo de reclusos desafiantes o problemáticos, y puede ser contraproducente.
6. Aquellas personas que padecen enfermedades mentales no deben ser puestas en aislamiento solitario y bajo ninguna circunstancia el aislamiento solitario debe utilizarse como sustituto de un tratamiento adecuado de salud mental.
7. El uso del aislamiento solitario con detenidos a los que no se les han formulado cargos o que están en detención preventiva debe estar estrictamente limitado por la ley, sólo debe emplearse en circunstancias excepcionales, bajo supervisión judicial, y por el periodo de tiempo más breve posible, y nunca por más de una cuestión de días.
8. El uso del aislamiento solitario como medio de coerción o para “ablandar” a los detenidos con el objeto de interrogarlos debe estar prohibido.
9. El aislamiento solitario no debe nunca imponerse indefinidamente y los reclusos deben conocer de antemano cuál será su duración.

¹ La detención en condiciones de incomunicación implica que el detenido sea mantenido sin acceso a un abogado, médico o miembro de su familia. El Relator Especial de las Naciones Unidas para la Tortura ha sugerido que esta forma de detención sea declarada ilegal, toda vez que es “*el factor determinante más importante de si una persona corre el riesgo de ser torturada*”, e instó a los Estados a liberar sin mayor dilación a todas aquellas personas detenidas en condiciones de incomunicación (Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes (1999). UN doc. A/54/426, par. 42; 1995 Report UN doc. E/CN.4/1995/34, par. 926. Sucesivas resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas han reiterado esta posición y establecido que la detención prolongada en condiciones de incomunicación puede en sí misma constituir una forma de trato cruel, inhumano o degradante (véase por ejemplo, Comisión de Derechos Humanos resoluciones 1997/38, 1998/37 y 1999/32). El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha hecho un llamado a los Estados a tomar provisiones contra la detención en incomunicación (Observación General 20), y considerando casos individuales relacionados con la detención en condiciones de incomunicación por diferentes periodos de tiempo, encontrando que esto viola los Artículos 10 y/o 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en muchos casos la incomunicación de la víctima vino acompañada de otras afectaciones. Véase por ejemplo: *Polay v. Peru* (1997) Communication 577/1994; *Mukong v. Cameroon* (1994) Communication 458/1991; *Gilboa v. Uruguay* (1985) Communication 147/1983). La Corte Europea de Derechos Humanos consideró violatorio de las garantías del Artículo 6 el que los detenidos estuvieran incomunicados por 24 horas en un caso y por 48 horas en otro (*Averill v. UK*, ECHR 212, [2001] 31 EHRR 36; *John Murray v. UK*, ECHR 3, [1996] 22 EHRR 29). La Corte Interamericana de Derechos Humanos encontró una violación a la prohibición contra la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes en un caso en el que el detenido fue mantenido en incomunicación por 36 días, y declaró que

esta forma de detención, en sí misma, podía constituir una violación a los derechos humanos (Caso *Castillo Petruzzi y otros v. Peru*, Sentencia del 30 de mayo de 1999).

² *Ezeh and Connors v. UK*, Judgement of 9/10/2003, (violation of Article 6(3)); *Whitfield and others v. UK.*, Judgement of 12/7/2005 (violation of Article 6(1) and 6(3)c).

³ UN Human Rights Committee (2001) A/56/156, Session of 3/11/2000.

⁴ Véase, informes del CPT, particularmente los relativos a Dinamarca (1991 para.29; 1997; 2001); Noruega (1994; 1996; 2006); Suecia (1995 paras.19-27).

⁵ CPT/Inf (2002) 18, at para.39.

⁶ En el Reino Unido, véase, por ejemplo: Dora Rickford and Kimmatt Edgar, *Troubled Inside: Responding the Mental Health Needs of Men in Prison*, Prison Reform Trust, 2005, en particular el capítulo 5; y HMCIP informe, *The Mental Health of Prisoners, A thematic review of the care and support of prisoners with mental health needs*, October 2007. En los Estados Unidos, véase: The Commission on Safety and Abuse in America's Prisons: *Confronting Confinement*, June 2006. Véase también, Prison Reform International (2003) Training Manual no. 1: *Human Rights and Vulnerable Prisoners*.

⁷ IACHR, *Victor Rosario Congo v. Ecuador*, Caso 11.427, Informe No. 63/99, Inter-Am. C.H.R., OEA/Ser.L/V/II.95 Doc. 7 rev. at 475 (1998). April 13, 1999 para.58; See also ECtHR cases cited below.

⁸ Recomendación relativa a la custodia y tratamiento de presos peligrosos (No. R (82) 17).

⁹ Shalev, S. (2007). 'The power to classify: avenues into a supermax prison' in: Downes, D., Rock, P., Chinkin, C. and Gearty, C. (Eds.) *Crime, Social Control and Human Rights: From moral panics to states of denial*, Devon: Willan Publishing, pp. 107-119. Véase también, Briggs et al. (2003) 'The effects of supermaximum security prisons on aggregate levels of institutional violence', *Criminology*, Vol.41 (4) pp 1341-1376.

¹⁰ Véase por ejemplo, la sentencia de la Corte Europea en el caso *Ensslin, Badder and Raspe v FRG*, DR 14 (1978); *X v FRG*, Application 6038/73 Coll. 44 (1973).

¹¹ *Mathew v the Netherlands*, Judgement of 29/9/2005 at Para. 199. Véase también, CPT 2nd General Report CPT/Inf (92)3 par. 56.

¹² Human Rights Committee, Concluding Remarks on Denmark. 31/10/2000. CCPR/CO/70/DNK.

¹³ General Comment 21/44, of 6 April, 1992.

¹⁴ CPT, 2nd General Report, 1992 par. 56.

¹⁵ *M v UK*, application 9907/82 DR 35 (1983).

¹⁶ *X v UK*, application 8324/78 unpublished.

¹⁷ *X v UK*, application 8241/78 unpublished.

¹⁸ *Krocher and Moller v Switzerland*, DR 34 (1982) p 54.

¹⁹ *Tomasi v France* A 241-A,1992.

²⁰ *Chahl v. The UK*, Judgement of 15/11/96, para.79.

²¹ *Ramirez Sanchez v. France*, application no. 59450/00, Judgment of 27.1.05. El caso *Ramirez* es un tanto inusual. No solamente se trató de un recluso de "alto perfil", sino que su confinamiento fue relativamente confortable, tenía contacto frecuente con personas en el exterior del centro penal y estaba en aparente buen estado de salud física y mental. Para arribar a una decisión, la Corte se basó considerablemente en estos factores y en el hecho de que este recluso fue posteriormente sacado del aislamiento solitario y puesto en un área general de la cárcel.

²² *Mathew v the Netherlands*, Judgement of 29.9.2005.

²³ *Iorgov v. Bulgaria* (2004) ECHR 113 (2005) 40 EHRR 7, ECtHR 185 par. 84.

4. Diseño, condiciones físicas y régimen en las unidades de aislamiento solitario

4.1. Introducción

El diseño y características físicas que componen la edificación de un establecimiento penitenciario – incluyendo los materiales de los edificios, los patrones de los colores y los mecanismos de vigilancia– tienen un gran impacto en la manera como el establecimiento es administrado, en su régimen, en las experiencias diarias de los reclusos y el personal, y en las relaciones entre ellos. Las características específicas de diseño de cualquier prisión están determinadas por varios factores incluyendo su antigüedad, tamaño, presupuestos de construcción y operaciones, sus objetivos oficiales y las políticas criminales, actitudes y teorías administrativas del momento. Por extensión, el diseño de las unidades de segregación varía considerablemente, no sólo de un Estado a otro, sino también dentro de la misma jurisdicción, permitiendo a los reclusos diferentes niveles de interacción, estimulación sensorial, confort, privacidad y así sucesivamente.

Aun cuando el diseño arquitectónico de las unidades y celdas de aislamiento varía entre prisiones y jurisdicciones, por lo general las mismas comparten ciertas características comunes como: su ubicación en sectores separados o remotos de la prisión; la ausencia de ventanas, o ventanas pequeñas o cubiertas; entradas de aire bloqueadas; aspecto austero y colores apagados; muebles anclados al suelo; y, patios o jaulas pequeñas y enrejadas para hacer ejercicios. Estas características constituyen un ambiente claustrofóbico y monótono que tiene implicaciones en la salud, tanto de los presos, como, en cierta medida, del personal de la prisión que labora en estas secciones. Tales implicaciones en la salud empeoran debido a la falta de actividades sociales, vocacionales y de recreación que también caracteriza a estas unidades de segregación.

Las nuevas unidades de aislamiento tienden a adoptar el diseño de “pequeña manada” (“*small pod*”) en el que las celdas están agrupadas en pequeños conjuntos de 6 a 8 celdas individuales, dispuestas en torno a un cuarto de control centralizado desde donde los internos son supervisados. Estas unidades están diseñadas para incrementar la vigilancia y para posibilitar la prolongación del aislamiento solitario, y para minimizar el contacto entre los internos y el personal. Las celdas son autónomas con un inodoro y un lavabo. Otras medidas, como la instalación de rendijas para la provisión de los alimentos, también son adoptadas para asegurar que todos los servicios les sean proveídos a los internos dentro de sus celdas, para evitar que estén entrando y saliendo de las mismas. Típicamente, las condiciones físicas de las nuevas unidades de aislamiento construidas específicamente para ese propósito son mejores que aquellas observadas en las unidades de segregación de las antiguas prisiones, que no fueron diseñadas originalmente para el aislamiento prolongado de personas. Sin embargo, dado que en estas nuevas unidades de aislamiento los servicios les son proveídos a los internos dentro de sus celdas o en los espacios contiguos, los reclusos disfrutan de menos estímulos y oportunidades de interacción que en las antiguas unidades de segregación. En algunas de las nuevas unidades de segregación las celdas también están hechas a prueba de sonidos y/o sin ventanas, reduciendo aun más la estimulación sensorial.

El diseño de una prisión está directamente relacionado con su régimen. Ambos factores en su conjunto tienen un gran impacto en lo que experimentan los reclusos y en su bienestar. Esta sección examina los estándares internacionales relativos a las condiciones y al régimen de reclusión, con especial énfasis en las unidades de aislamiento solitario.

4.2. Estándares internacionales relativos las condiciones y régimen de las prisiones

Los instrumentos de derechos humanos constituyen los principios orientadores y estándares mínimos para el tratamiento humano de las personas privadas de libertad. El manejo diario de las prisiones está regido por las leyes nacionales y las reglas de la prisión, los cuales incluyen disposiciones prácticas detalladas, pero que en todos los casos deben ser congruentes con los estándares internacionales de derechos humanos, asegurando que los reclusos sean tratados humanamente en un ambiente saludable e higiénico. De hecho, los mecanismos de monitoreo y los tribunales prestan particular atención a las condiciones físicas en las que se aloja a las personas privadas de libertad, y se inclinarán más a declarar violaciones a los derechos humanos en aquellos casos en los que tales condiciones estén por debajo de los estándares mínimos requeridos.

Teniendo en consideración la diversidad de recursos, normas legales y culturas de los Estados, el Artículo 2 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos (SMR) dispone que los estándares *“deberán servir para estimular el esfuerzo constante por vencer las dificultades prácticas que se oponen a su aplicación, en vista de que representan en su conjunto las condiciones mínimas admitidas por las Naciones Unidas”*. En su Observación General 21, en su interpretación de lo que significa tratar a toda persona privada de libertad con *“humanidad y con respeto de su dignidad inherente”* (Artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos), el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha establecido con claridad que dicho tratamiento es fundamental, y *“no puede depender de los recursos materiales disponibles en el Estado parte”* (HRC, Observación General No. 21, Art. 10 del PIDCP, 44^º Sesión 1992). En otras palabras, estos estándares mínimos deben observarse, *“aunque consideraciones económicas o presupuestarias puedan hacer difícil el cumplimiento de esas obligaciones”*¹.

Tal como lo indica su título, las Reglas Mínimas (y otros instrumentos similares) establecen un piso mínimo de estándares para el manejo y operación de los lugares de privación de libertad a nivel global. Los estándares examinados abajo son genéricos y aplican a todas las prisiones y a todas las secciones dentro de una prisión, y dan particular importancia a las unidades de aislamiento solitario. Las condiciones que caen por debajo de estos estándares mínimos pueden constituir tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes. El seguirlos, o incluso brindar condiciones superiores a las fijadas por estos estándares, no necesariamente implica que el aislamiento solitario sea menos perjudicial. Pero aseguraría condiciones humanas y acceso a contacto humano significativo, lo que puede ayudar a mitigar algunos de sus efectos perjudiciales.

A. Condiciones físicas

Como se anotó arriba, instrumentos internacionales como las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos (SMR) y las Reglas Penitenciarias Europeas (EPR) prescriben estándares mínimos relativos a las condiciones en los lugares de confinamiento. Estos incluyen:

Celdas

La Regla 10 de las SMR estipula que:

Los locales destinados a los reclusos y especialmente a aquellos que se destinan al alojamiento de los reclusos durante la noche, deberán satisfacer las exigencias de la higiene, habida cuenta del clima, particularmente en lo que concierne al volumen de aire, superficie mínima, alumbrado, calefacción y ventilación.

Las Reglas Penitenciarias Europeas (revisadas en 2006) utilizan un lenguaje similar, adicionando la importancia de la privacidad (Artículo 18.1). El Artículo 18.3 de las EPR establece que el derecho interno deberá fijar disposiciones mínimas a este respecto.

El tamaño de la celda y sus características son de particular importancia cuando los reclusos permanecen en ellas durante la mayor parte del día en aislamiento solitario. Mientras que los instrumentos internacionales no especifican un tamaño mínimo para las celdas destinadas al aislamiento solitario de personas, uno puede inferir de las sentencias e informes lo que constituye un estándar aceptable. El Comité de Europa para la Prevención de la Tortura (CPT) encontró que las celdas de aislamiento solitario con dimensiones de 8 metros cuadrados (CPT re Germany, 1993) y 9 metros cuadrados (CPT re Netherlands, 1993) tenían un “tamaño razonable” para alojar a un solo recluso, y que las celdas de 11 metros cuadrados tenían un “buen tamaño” (CPT re Netherlands, 1998). La Corte Europea de Derechos Humanos decidió en un caso que una celda que medía 6.84 metros cuadrados era “suficientemente amplia” para alojar a un solo ocupante (*Ramirez v. France*, Judgement of 27/01/2005). Claramente, cualquier celda debe tener espacio suficiente para dormir, comer y estudiar, y mantener separada el área de los lavabos.

Ventanas e iluminación

El uso de celdas oscuras como forma de castigo está prohibido por el derecho internacional de los derechos humanos (SMR 31, EPR 62.3). Los estándares internacionales establecen que en todo local donde las personas privadas de libertad tengan que vivir o trabajar:

Las ventanas tendrán que ser suficientemente grandes para que el recluso pueda leer y trabajar con luz natural; y deberán estar dispuestas de manera que pueda entrar aire fresco, haya o no ventilación artificial (SMR Regla 11.a).

Las ventanas son particularmente importantes donde los reclusos pasan la mayor parte de los días solos en su celda. La existencia de ventanas, la falta de las mismas, así como el acceso a la luz natural de los reclusos mantenidos en aislamiento solitario, han sido factores importantes en el análisis de las condiciones de reclusión hecho por los organismos y tribunales de derechos humanos, y pueden

determinar el balance entre condiciones aceptables y tratamiento inhumano. Además de luz natural, los estándares internacionales estipulan también que:

La luz artificial tendrá que ser suficiente para que el recluso pueda leer y trabajar sin perjuicio de su vista (SMR Regla 11.a).

La celda debe estar equipada con los dispositivos que permitan a los internos controlar la luz artificial dentro de la celda. En ningún caso debe dejarse la luz artificial encendida indefinidamente.

Disposiciones sanitarias e higiene personal

Los artículos 12 y 13 de las SMR estipulan que:

12. Las instalaciones sanitarias deberán ser adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno, en forma aseada y decente.

13. Las instalaciones de baño y de ducha deberán ser adecuadas para que cada recluso pueda y sea requerido a tomar un baño o ducha a una temperatura adaptada al clima y con la frecuencia que requiera la higiene general según la estación y la región geográfica, pero por lo menos una vez por semana en clima templado.

Los estándares fijados por las Reglas Penitenciarias Europeas disponen que de ser posible se debe permitir a los reclusos bañarse diariamente, y por lo menos dos veces a la semana (EPR Regla 19.4). Las celdas utilizadas para el aislamiento solitario de personas deben estar equipadas al menos con un lavabo y un inodoro, y cuando sea posible, con una ducha. Esto debe estar dispuesto en una esquina apartada de la celda y de forma tal que se le permita al recluso usarlos en condiciones de privacidad. Se debe proveer a los reclusos el agua y los artículos esenciales necesarios para su aseo corporal (SMR Regla 15; EPR Regla 19.6), y los elementos necesarios para la limpieza de sus celdas. En términos generales, todas las áreas utilizadas por los reclusos incluyendo las duchas, las áreas de ejercicios y los pasillos deben estar limpios y bien mantenidos.

Otras características del entorno

El ambiente monótono y claustrofóbico de las unidades de segregación puede mejorarse mediante algunas características adicionales de su diseño²:

- Buena ventilación y temperatura confortable, idealmente controlada por el propio interno
- Bajos niveles de ruido
- ‘Materiales suaves’ en el amueblado de la celda
- Colores vivos
- Privacidad
- Botón de alarma.

Diseño y condiciones físicas: ejemplos de países

La importancia de un buen diseño penitenciario y condiciones físicas adecuadas se ilustra mejor si observamos ejemplos de unidades de segregación que no cumplen con los estándares internacionales. La selección que aparece abajo está compuesta de informes relativos a las condiciones de las unidades de segregación en varios países:

Condiciones físicas en las unidades de segregación: estudio de casos

Las celdas de seguridad 'S' en la prisión de Staubing (Alemania)

Una vez adentro de la celda con la puerta cerrada los internos no pueden escuchar ninguno de los ruidos usuales de la prisión. Las celdas están ubicadas en la intersección de las alas de un edificio y se accede a ellas por medio de una puerta que da a un corredor, que sirve de antecámara y en el que también están colocadas las duchas. Cada corredor contiene dos celdas. En principio, no hay guardias en los corredores y los ocupantes de las celdas no tienen posibilidades de tener contacto visual u otra forma de contacto sensorial con otros reclusos u oficiales de la prisión [CPT report 1993, párr. 74-75].

Las celdas de aislamiento en la prisión de Komotini (Grecia)

Las cuales tampoco están en condiciones apropiadas para alojar reclusos... [Las celdas eran] calurosas y sucias, con un olor pútrido; tenían poca ventilación, no tenían camas, (solamente un colchón sucio en el suelo), no tenían lavabo (las manos se lavaban en el inodoro) y acceso mínimo a luz natural [CPT report 2006, párr. 41].

Las celdas disciplinarias de la prisión de Sremska Mitrovica (Serbia)

Las cuales están equipadas sólo con una plataforma de madera (con un colchón y ropa de cama), una caja para las pertenencias personales, un lavabo y un inodoro asiático... El acceso a luz natural e iluminación artificial era como mucho mediocre [CPT report 2006, párr. 133].

Celdas en la Sección 209 de la prisión de Evin (Irán)

Estaban situadas en el sótano... Las dimensiones de las celdas eran de aproximadamente un metro por dos, con el techo a una altura de cuatro metros, un lavabo y un inodoro asiático... Una lámpara del techo de la celda está encendida durante las veinticuatro horas del día. Las celdas cuentan con un excusado y un lavabo. El piso estaba hecho de... Y las paredes eran todas blancas. A algunos presos se les concedía veinte minutos diarios en una jaula en un área al aire libre, pero otros nunca veían el cielo abierto... [Human Rights Watch, "Like Dead in Their Coffins: Torture, Detention and the Crushing of Dissent in Irán" ("Como muertos en sus ataúdes: Tortura, Detención y como se Aplasta el Dicenso en Irán"); Junio 2004, Vol. 16, No.2 (E)].

B. Régimen penitenciario

Mientras que es generalmente aceptado por los organismos de monitoreo de los derechos humanos que ciertas restricciones son inevitables en las unidades en las que se impone el aislamiento solitario como una medida disciplinaria de corta duración, las autoridades tienen, sin embargo, el deber de proveer a los reclusos un mínimo de elementos necesarios, como prescriben los instrumentos

internacionales. En aquellas unidades en las que los internos son mantenidos en aislamiento solitario por periodos mayores de tiempo, los organismos internacionales de derechos humanos han indicado claramente que se les debe permitir el acceso a los programas de la prisión y a contacto humano significativo. El mínimo de provisiones prescrito por los instrumentos internacionales, incluye lo siguiente:

Acceso a ejercicios al aire libre

27.1 Todo detenido tendrá la oportunidad, si el tiempo lo permite, de hacer como mínimo una hora al día de ejercicio al aire libre.

27.2 Cuando el tiempo no lo permita, se propondrán actividades alternativas a los detenidos que deseen hacer ejercicio. (Reglas Penitenciarias Europeas 2006rev); (SMR 21(1))

El estándar que indica que los reclusos deben tener al menos una hora diaria de ejercicio es generalmente aceptado como un mínimo absoluto (CPT/Inf(93)15 at para.95). Cuando sea posible, los reclusos deberán tener la posibilidad de interactuar unos con otros durante los momentos de recreación (véase también EPR 27.2). Para los reclusos mantenidos en aislamiento solitario, el periodo de ejercicios es la única oportunidad que tienen de tomar aire fresco y de dar una mirada al mundo fuera de sus celdas. Este requisito es por lo tanto de particular importancia y debe seguirse estrictamente con miras a prolongar los periodos de recreación y permitir que los reclusos puedan hacer ejercicios juntos. La falta de oportunidades de hacer ejercicios al aire libre junto con la falta de acceso a luz natural fueron considerados por la Corte Europea de Derechos Humanos como elementos que constituían tratos degradantes en violación del Artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos³.

Las áreas designadas para ejercicios en las unidades de segregación y de seguridad especial muchas veces consisten en un pequeño claustro de concreto con barrotes (véase varios Informes de Países del CPT). En algunas jurisdicciones esta área está cubierta con una malla de metal que obstruye la vista al cielo, lo cual debe ser evitado. Los patios para ejercicios deben tener un tamaño suficiente que permita a los internos realizar actividades físicas de manera productiva y, en la medida de lo posible, debe estar equipado con los implementos adecuados. Deben realizarse esfuerzos para modificar el aspecto lúgubre de las áreas destinadas al ejercicio físico, por ejemplo, pintándolas o adicionando vegetación ornamental.

Áreas para hacer ejercicios: ejemplo de buena práctica

Los patios para ejercicios en las Unidades de Extra Seguridad (“EBI” por sus siglas originales) en la prisión de Vught (Holanda) eran “*lo suficientemente amplias para que los internos pudieran ejercitarse apropiadamente*” y tenían una máquina para correr para aquellos reclusos que “*quisieran tener una actividad física más extenuante*”. Los ejercicios podían realizarse conjuntamente con hasta otros tres reclusos. Los reclusos también tenían acceso a un amplio y bien equipado gimnasio. [CPT Report, 1998, CPT/Inf(98)15.].

Acceso a programas

Se tomarán disposiciones para mejorar la instrucción de todos los reclusos capaces de aprovecharla [...]. La instrucción de los analfabetos y la de los reclusos jóvenes será obligatoria y la administración deberá prestarle particular atención (SMR Regla 77; EPR (2006 Rev) Regla 28).

Para el bienestar físico y mental de los reclusos se organizarán actividades recreativas y culturales en todos los establecimientos (SMR Regla 78).

Todos los reclusos tendrán derecho a participar en actividades culturales y educativas encaminadas a desarrollar plenamente la personalidad humana (Principios Básicos para el Tratamiento de Reclusos, Principio 6).

La disponibilidad de programas en los centros penales tiene muchas ventajas obvias para el bienestar y desarrollo personal de los reclusos, así como para su expectativa de reintegrarse exitosamente a la sociedad luego de ser puestos en libertad. Los estudios indican también que el acceso a programas dentro de la prisión afecta positivamente el comportamiento, toda vez que el ocio puede incrementar las conductas violentas. Un análisis de más de noventa estudios acerca del impacto de los programas ofrecidos en las prisiones concluyó que:

“Los estudios muestran que existe base suficiente para las hipótesis que proponen que los programas académicos y vocacionales para adultos conducen a una reducción de las faltas disciplinarias cometidas dentro de las prisiones, una reducción en la reincidencia, un incremento en las oportunidades de empleo, y a un incremento en la participación en actividades educativas luego de la liberación” (Gaes et al. 1999:411).

Los reclusos mantenidos en segregación por motivos disciplinarios por periodos cortos de tiempo pueden ser excluidos, como parte del castigo, de participar en los programas que ofrece la prisión. Sin embargo, para los internos que están en aislamiento por periodos más prolongados la participación en tales programas es crucial, toda vez que éstos gozan escaso o nulo contacto social, la estimulación sensorial que experimentan es substancialmente reducida, y tienen muy pocos medios para mantenerse ocupados dentro de sus celdas. Como se demostró en el Capítulo Dos, estos factores tienen efectos negativos en la salud y pueden conducir también a problemas de comportamiento. Para contrarrestar tales efectos, las investigaciones sugieren que es crucial para los reclusos tener acceso a un programa adecuado de actividades mientras se encuentran privados de libertad, particularmente en prisiones de alta seguridad: *“entre mayores niveles de seguridad tenga un centro penal, más intensos deben ser sus programas de actividades. Un nivel máximo de encierro sin un adecuado programa de actividades va en detrimento de la salud de los internos y su prognosis de rehabilitación” (Scott y Gendreau, 1969:341).* Los estándares del CPT establecen que:

“La existencia de programas de actividades satisfactorios es tan importante, si no más, en una institución de máxima seguridad que en un establecimiento penal normal. Estos programas pueden hacer mucho para contrarrestar el deterioro que supone para la personalidad del recluso el vivir en la atmósfera de burbuja (“bubble-like atmosphere”) de esas unidades. Las actividades que se proveen deben ser tan diversas como sea posible (educación, deporte, trabajo de valor vocacional, etc.). Respecto a las actividades laborales en particular, es claro que por razones de

seguridad no es posible realizar muchas de las actividades de este tipo que sí se podrían en una prisión normal. No obstante, esto no debe significar que solamente deba ofrecérsele a los presos trabajo de naturaleza tediosa” (Estándares del CPT, CPT/Inf/E(2002)1 Rev. 2006, párr.32).

Idealmente, deben ofrecerse programas fuera de la celda y en conjunto con otros reclusos. Cuando esto no sea viable, los internos deberían, como mínimo, poder realizar actividades dentro de sus celdas o que estas les sean administradas a través de la puerta de la celda (por ejemplo, la asistencia social o religiosa).

Acceso a actividades: ejemplo de buena práctica

El Centro de Supervisión Cercana (“CSC” por sus siglas en inglés) de la prisión de Whitemoor (UK) tiene un área común con mesas de ping-pong y billar, un salón de clases equipado con una computadora, un estante con libros, juegos de mesa y materiales. También tiene una sección para ejercicios con pesas, y un patio externo para hacer ejercicios que tiene un invernadero y un jardín. [HMCIP, Extreme Custody 2006].

Es crucial para los presos mantenidos en aislamiento, particularmente aquellos mantenidos en aislamiento por periodos prolongados, el tener contacto humano regular y significativo. Los potenciales efectos en la salud del aislamiento social han sido desarrollados detalladamente en el Capítulo Dos, pero es necesario subrayar que deben adoptarse todas las medidas necesarias para asegurar que los reclusos tengan algún grado de interacción con otros seres humanos. Lo cual puede significar, por ejemplo, el permitir algún grado de asociación entre los reclusos durante las comidas o los momentos de recreación, incentivando el contacto entre los internos y el personal docente, de salud o religioso, permitiendo las visitas de ‘visitantes de la propia prisión’ y así por el estilo. La interacción informal con el personal del centro penal también debe ser incentivada. Las instituciones de monitoreo y los tribunales prestan particular atención al nivel y calidad del contacto humano permitido a los presos mantenidos en aislamiento y estarán más inclinados a encontrar violaciones a las normas de derechos humanos cuando faltan estos elementos.

Contacto con el mundo exterior

Las normas de derechos humanos hacen énfasis en la importancia de permitir a los reclusos que mantengan contacto con el mundo exterior. Estas garantías comprenden las visitas de familiares y amigos, el acceso a los medios de prensa escrita y por transmisión, y otras varias formas de comunicación incluyendo las cartas y el teléfono. Cuando los internos son mantenidos en aislamiento solitario y gozan de poca interacción con otros seres humanos y escaso contacto social, estos elementos se tornan mucho más importantes. Los contactos con la familia, los amigos, y la comunidad no son solamente factores importantes para el bienestar de los reclusos, sino que se ha demostrado que son factores que ejercen una influencia positiva en el comportamiento de los reclusos e incrementan sus posibilidades de reintegrarse exitosamente a la sociedad luego de su puesta en libertad⁴.

Contacto familiar

El Artículo 17(1) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula que:

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia.

El derecho a la vida familiar también está protegido por el Artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y por el Artículo 8 del Convenio Europeo sobre Derechos Humanos. Ha sido establecido que, no obstante las limitaciones inherentes a la vida en prisión, los reclusos mantienen su derecho a la vida familiar y que las autoridades penitenciarias tienen el deber de asistirlos en mantener contacto familiar cercano (*Messina (No.2) v. Italia, 2000*).

El derecho de las personas privadas de libertad al respeto de su vida familiar por medio de visitas y otras formas de comunicación es desarrollado en varios instrumentos internacionales:

Los reclusos estarán autorizados para comunicarse periódicamente, bajo la debida vigilancia, con su familiar y con amigos de buena reputación, tanto por correspondencia como mediante visitas (SMR Regla 37. Véase también: SMR Regla 79; Principio 19 del Conjunto de Principios; y las EPR (2006 Rev) Regla 24).

Para fomentar los lazos familiares, cuando sea posible, los reclusos deberán ser alojados en prisiones que se encuentren cerca de su domicilio (Conjunto de Principios, Principio 20). Las vistas deben tener lugar en áreas especialmente designadas a estos efectos, las cuales deben estar adecuadamente amuebladas, limpias y bien mantenidas. Es una buena práctica el permitir las visitas con contacto físico (p.ej. no a través de un cristal) entre el recluso y su/s visitante/s, particularmente si el visitante es un niño. Los visitantes deben ser tratados con respeto y no deben estar sujetos a procedimientos de seguridad innecesarios.

Acceso a medios de prensa escritos y transmitidos

Los reclusos deberán ser informados periódicamente [...], sea por medio de la lectura de los diarios, revistas [...] sea por medio de emisiones de radio [...] o cualquier otro medio similar (SMR Rule 39).

Este requisito, nuevamente, es particularmente importante cuando los reclusos son mantenidos en aislamiento solitario prolongado con poco acceso al mundo exterior. El conocimiento y el interés acerca de los acontecimientos actuales y de lo que ocurre en la comunidad no sólo contribuyen a la eventual transición de los reclusos a la vida como miembros libres de la sociedad, sino que también puede tener efectos positivos en su salud mental durante el tiempo que dure el aislamiento. Por estas razones, también es recomendable que, en la medida de lo posible, los internos mantenidos en aislamiento solitario, particularmente por periodos prolongados, tengan aparatos de radio y televisión en sus celdas.

Regímenes más estrictos: ejemplos de países

El principal elemento de los regímenes de aislamiento solitario, es por supuesto, que el detenido o preso es mantenido solo dentro de su celda por hasta 24 horas al día. Los enseres u objetos que se les permite tener a los presos mientras están en segregación, y el tipo y nivel de contacto que ellos tienen con el mundo exterior, sin embargo, varía de una jurisdicción a otra. Como se mencionó

antes, además de unidades 'regulares' de segregación, algunas jurisdicciones también operan regímenes específicamente diseñados para imponer restricciones adicionales en ciertas categorías de internos que están en aislamiento solitario. Algunos ejemplos:

Regímenes más estrictos de aislamiento solitario: caso de estudio

Italia

Los internos pueden ser colocados en aislamiento solitario por la duración de sus sentencias bajo un 'régimen especial' por razones de orden público y seguridad, en particular por delitos relacionados con actividades de la Mafia. Los reclusos son mantenidos en celdas individuales y se les permite reunirse entre sí en grupos de tres a cinco durante las horas de ejercicios. Algunas de las medidas adicionales que pueden ser aplicadas bajo este régimen, a discreción del personal de la prisión, incluyen:

- La prohibición de recibir visitas de personas que no son miembros de la familia, una pareja de hecho o un abogado;
- Un máximo de una visita familiar al mes por un lapso de una hora;
- Prohibición del acceso a teléfonos o un máximo de una llamada telefónica al mes;
- Censura de toda la correspondencia excepto de la correspondencia privilegiada;
- No más de dos horas al día al aire libre;
- No posibilidad de recibir visitas adicionales por buena conducta;
- No más de dos paquetes con productos o elementos personales (*parcels*) al mes;
- La prohibición de recibir dinero del exterior de la prisión, ni de enviarlo hacia afuera;
- La prohibición de realizar artesanías o manualidades;
- La prohibición de conversar o mantener correspondencia con otros presos.

Holanda

Los reclusos que son considerados como extremadamente propensos a intentar escaparse de la prisión y quienes ya lo han hecho, aquellos que representan un riesgo inaceptable para la sociedad en términos de cometer nuevos crímenes violentos o en términos de graves perturbaciones al orden público, pueden ser colocados en unidades de extra seguridad (EBI y (T)EBI) en la prisión de Vaught, la cual tiene una capacidad total de 35 celdas. El régimen y las disposiciones de seguridad incluyen:

- Dos llamadas telefónicas vigiladas de hasta 10 minutos a la semana y la revisión de toda la correspondencia no privilegiada;
- Visitas cerradas y pre-programadas con visitantes autorizados (una visita semanal de hasta una hora);
- Una visita mensual con contacto físico con familiares inmediatos/cónyuge durante una hora (el contacto físico está limitado a un apretón de manos de recibimiento y despedida; los guardias permanecen cerca de la visita; los visitantes están sujetos a revisiones ('frisking') antes de la visita);
- No posibilidad de realizar actividades educativas y oportunidades limitadas de realizar trabajos dentro de las celdas;
- El personal está separado de los internos por medio de una mampara de cristal; solo un preso a la vez puede estar en contacto con el personal, y por lo menos dos agentes deben estar presentes; en tales ocasiones el recluso debe estar esposado;
- Una hora al día de ejercicio al aire libre en compañía de entre uno y tres otros reclusos;
- Hasta seis horas semanales de 'actividades grupales' con no más de otros tres reclusos;
- Requisas semanales en las celdas;
- Requisas corporales semanales.

Estados Unidos

Los reclusos que son clasificados como miembros de pandillas o han sido hallados culpables de 'serias violaciones al reglamento' de la prisión pueden ser mantenidos en aislamiento solitario en unidades especiales de seguridad (SHU: *security housing unit*) en la Prisión de Pelican Bay (California) por periodos que van de dos a cinco años en el caso de los infractores de las normas reglamentarias e indefinidamente en el caso de los miembros de pandillas. Una vez en las SHU, que tienen una capacidad de 1,056 celdas, los internos pasan de 23 a 24 horas al día dentro de sus celdas y tienen acceso a lo siguiente:

- Ejercicio solitario en un patio para deportes pequeño y enrejado por una hora cuatro veces a la semana;
- Un cuarto de lo que regularmente se permite para consumo en el comisariato de la prisión;
- No acceso a actividades recreativas o vocacionales;
- Llamadas telefónicas sólo en casos de emergencia, lo que es determinado por el personal;
- Visitas familiares sin contacto físico durante dos horas los fines de semana una vez al mes;
- Un paquete anual que no exceda de 30 libras;
- Una única compra especial de un televisor o una unidad de radio/televisión;
- Hasta diez artículos de materiales para leer (libros y revistas);
- La prohibición de materiales para manualidades o pasatiempo.

Como lo demuestran estos ejemplos, aunque las condiciones en las que se mantiene a los reclusos en régimen de aislamiento solitario varían de un Estado a otro, tales regímenes típicamente incluyen restricciones y medidas de seguridad adicionales a la típica segregación física del resto de la población penal. Es difícil ver cuál es el fin legítimo que se persigue al restringir el acceso de los reclusos a materiales de distracción o para hacer manualidades y otras actividades dentro de las celdas, o el someterlos rutinariamente a requisas o cacheos corporales, incluso cuando el recluso no tiene contacto físico con otros, y cómo tales prácticas son conducentes a los propósitos de rehabilitación y reintegración social o, incluso, a la seguridad de la prisión. Tales regímenes son contrarios a los estándares internacionales y buenas prácticas y, en algunos casos, pueden ser violatorios del derecho internacional. Además, resultan en el tedio y frustración, los cuales pueden conducir a problemas de comportamiento y salud mental.

4.3. Resultados de las investigaciones y recomendaciones relativas a diseño de las prisiones y factores ambientales

Hay pocos estudios acerca de la relación entre el ambiente de las prisiones y el comportamiento de los reclusos en general, y ningún estudio enfocado en las unidades de segregación. La literatura dispersa y algunos pocos estudios empíricos reafirman lo que es obvio: *"el diseño del ambiente de las prisiones es crucial para su operación y para el impacto que tienen en alcanzar sus objetivos correccionales para los internos, el personal y el público"* (Fairweather, 2000:47). Las condiciones ambientales de los establecimientos penitenciarios también afectan la salud de los internos y pueden *"exacerbar fácilmente los síntomas de enfermedades mentales en algunas personas. De hecho, el ambiente de la prisión en sí mismo puede contribuir a incrementar los suicidios y la inhabilidad para adaptarse de aquellos internos con serias enfermedades mentales. Los factores ambientales pueden provocar también drásticas reacciones de ajuste en aquellos internos que*

puediendo no tener una diagnosis previa desarrollan enfermedades mientras están encarcelados” (Hills y otros 2004:15). Además, el diseño y los factores ambientales pueden influenciar la frecuencia y severidad de los incidentes de violencia⁵.

El diseño de una prisión está estrechamente relacionado con su régimen, dado que la forma como está estructurada determina en gran medida las actividades y formas de interacción entre las personas que se encuentran dentro. Estudios acerca de los efectos específicos del diseño de las prisiones en los internos y el personal indican que aquel puede tener efectos ‘negativos’ o ‘positivos’. Las características de diseño positivas son aquellas que reducen la atmósfera de institucionalización de la prisión, disminuyendo el estrés, agresión y violencia, y generalmente contribuyen a mejorar el bienestar de los privados de libertad. Las características negativas son aquellas que suscitan e incrementan las antes mencionadas. Algunas de las características de diseño que se citan como capaces de influenciar positivamente el comportamiento y bienestar de los reclusos son aquellas que coadyuvan a:

Incrementar las oportunidades de interacción entre los reclusos y entre éstos y el personal

Claramente, las unidades de segregación no están diseñadas para la interacción continua de los internos. Sin embargo, incluso en prisiones o unidades diseñadas para el aislamiento solitario, el diseño de las mismas debe ser tal que permita algún grado de interacción social. Esto puede conseguirse por medio de la incorporación de áreas comunes para actividades recreativas, deportes, juegos, entre otros.

Permitir la supervisión directa de los internos

La modalidad de supervisión de la prisión está determinada, tanto por las perspectivas de la administración, como por su diseño arquitectónico, y es considerada por los investigadores como uno de los factores más importantes que afectan el comportamiento de los internos. Existen dos tipos básicos de diseño: los de supervisión directa y los de supervisión indirecta. En establecimientos penitenciarios con supervisión indirecta, el personal y los reclusos ocupan áreas separadas. La supervisión y el control son remotos y están caracterizados por el uso de la vigilancia visual desde una base o centro de operaciones seguro, y por el empleo del patrullaje de los corredores. La supervisión indirecta es reactiva por naturaleza, y tiende a apartar a los internos del personal. Con la supervisión directa, las áreas del personal están ubicadas dentro de la unidad, de forma tal que los agentes penitenciarios tienen mayor contacto cara a cara por los reclusos. Estos establecimientos penitenciarios son más proactivos que reactivos, dado que su diseño y la presencia del personal disminuyen las oportunidades para malos comportamientos. Las investigaciones sugieren que la supervisión directa permite una vigilancia más efectiva y mejor seguridad, y da como resultado una reducción dramática de la violencia carcelaria⁶. La supervisión directa ha sido respaldada por entidades profesionales, así como por las Naciones Unidas, como uno de los mejores métodos para el manejo de reclusos, incluyendo a aquellos clasificados como peligrosos o disruptivos.

Permitir flexibilidad/adaptabilidad en el uso de la unidad

Una arquitectura positiva permite adaptabilidad para futuros cambios. La planeación puede anticipar, y el diseño debe incluir, la posibilidad de futuras remodelaciones de las divisiones

espaciales internas, las ampliaciones externas o la eliminación de espacios, y una flexibilidad funcional. Las nuevas tecnologías prefabricadas hacen posible el diseño unidades penitenciarias capaces de servir para diferentes propósitos, de acuerdo con las necesidades actuales. Así, por ejemplo, la división del espacio y el diseño de una unidad designada para el aislamiento solitario a largo plazo no debería ser tan rígida o inflexible que no permitiera la posibilidad de destinar espacios para la interacción de los internos o la provisión de programas.

Comunicar un mensaje positivo

El aspecto de la prisión le indica a los reclusos cómo se espera de ellos que se comporten (Wener, 2000:52). Si el diseño y disposiciones de seguridad en las unidades de segregación y alta seguridad les transmiten a los internos el mensaje de que son altamente peligrosos y no aptos para el contacto humano, éstos son mucho más propensos a percibirse a sí mismos como tales y a comenzar a comportarse de manera congruente con esa percepción.

Las disposiciones de seguridad deben por lo tanto ser tan limitadas y no intrusivas como sea posible, y reflejar el hecho de que los reclusos mantenidos en segregación están ya de por sí asegurados individualmente en sus celdas. También es importante romper con la monotonía de las unidades de segregación y permitir un grado de estímulo sensorial. Esto puede lograrse fácilmente y de manera no costosa utilizando, por ejemplo, colores vivos para pintar las paredes y buena iluminación.

4.4. Jurisprudencia de derechos humanos relativa al régimen y condiciones físicas en las unidades de segregación

Los Estados tienen el deber de asegurar que los reclusos sean *“detenidos en condiciones que sean compatibles con el respeto de su dignidad humana, que la manera y método por medio de los cuales se ejecute la medida no los someta a un nivel de angustia o sufrimiento que exceda los niveles inevitables inherentes al hecho mismo de la detención y que, dadas las condiciones prácticas de la privación de libertad, su salud y bienestar sean debidamente garantizados”*⁷. Cuando estas condiciones en los centros de privación de libertad caen por debajo de los niveles aceptables, ello puede caracterizar como tratos crueles, inhumanos o degradantes, en violación del derecho internacional.

Los organismos de derechos humanos prestan particular atención al uso del aislamiento solitario el cual, como se destacó en el capítulo anterior, es considerado como una práctica penitenciaria extrema, que sólo debe ser aplicada en casos excepcionales y por el periodo más corto posible. La Corte Europea de Derechos Humanos ha establecido que *“el completo aislamiento sensorial en conjunto con el completo aislamiento social puede sin lugar a dudas destruir la personalidad”*⁸ y podría constituir una forma de tratamiento violatoria de la absoluta prohibición de la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes establecida en el Artículo 3 de la Convención Europea de Derechos Humanos. De igual forma, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido en varios casos que el aislamiento prolongado, en sí mismo, puede ser violatorio del Artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: *“el aislamiento prolongado y la incomunicación coactiva a los que se ve sometida la víctima representan, por sí mismos, formas de tratamiento cruel*

*e inhumano, lesivas de la libertad psíquica y moral de la persona y del derecho de todo detenido al respeto debido a la dignidad inherente al ser humano, lo que constituye, por su lado, la violación de las disposiciones del artículo 5 de la Convención...”*⁹. Finalmente, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas criticó “...la práctica del aislamiento solitario la cual afecta la salud física y mental de las personas privadas de libertad y que puede constituir trato cruel, inhumano y degradante”¹⁰.

En dos casos separados contra Uruguay, el Comité de Derechos Humanos estableció que mantener a un detenido por un mes en una celda en la que “*el agua de lluvia se filtraba y uno tenía que vivir entre excrementos humanos*” violaba el Artículo 10(1) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, pero no su Artículo 7, mientras que mantener a un detenido por un mes en una pequeña celda sin ventanas donde la luz artificial permanece encendida las 24 horas del día era una violación de ambos Artículos 10(1) y 7 de ese tratado (Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 1990, CCPR/C/OP/2). El Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas (CAT) ha encontrado una violación a la prohibición de los tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes en varios casos relativos al uso del aislamiento solitario. Por ejemplo, encontró que el aislamiento en celdas de castigo frías y húmedas con unas dimensiones de 1.5x2 metros sin ropa de cama ni condiciones sanitarias adecuadas en Bolivia era “equivalente a tortura”, y que el aislamiento estricto de presos políticos en celdas a prueba de sonido en prisiones de alta seguridad en Perú constituía tortura¹¹.

El aislamiento solitario también puede constituir trato inhumano y degradante cuando las condiciones físicas no están de manera tan drástica por debajo de los estándares internacionales. Al considerar si el aislamiento solitario constituye trato inhumano o degradante en un caso determinado, los tribunales y cuerpos de monitoreo evaluarán el contexto, lo que incluye: las condiciones particulares de confinamiento, la rigurosidad de la medida, su duración, y si el recluso tiene mínimas posibilidades de contacto humano¹². El objetivo que persigue la medida y sus efectos en el individuo concernido también serán valorados¹³. Tal como demuestran algunos de los casos abajo, tomados de la jurisprudencia de la Corte Europea de Derechos Humanos, tanto las condiciones físicas en las que un preso es mantenido, como el grado de contacto humano que se le permite mientras está en aislamiento solitario estarán sujetas a un escrutinio riguroso. Cuando, a juicio de la Corte, hay razones apremiantes para mantener a un interno separado de los demás, y las condiciones físicas del confinamiento son relativamente confortables, los efectos que se le proveen son buenos y el grado de contacto humano es tal que es discutible si el interno está realmente aislado, entonces la jurisprudencia sugiere que la Corte es menos propensa a encontrar una violación al Convenio Europeo.¹⁴

- El mantenimiento de personas en prisión preventiva por menos de un año se consideró que no constituía trato inhumano o degradante porque aunque “*un periodo de esa extensión puede ser un motivo de preocupación por el riesgo de los efectos negativos que puedan producir en la salud mental*”, la Corte consideró que el grado de aislamiento social al que la víctima estuvo sometida no alcanzó el nivel necesario y mientras “*él fue totalmente excluido de asociarse con otros internos... Durante el día sí tenía contacto regular con el personal de la prisión, [y] adicionalmente, cada semana recibía lecciones en inglés y francés del maestro de la prisión y visitaba al capellán de la cárcel. Igualmente, cada semana él recibía una visita de su abogado. Además, durante el periodo de segregación en aislamiento solitario el peticionario tuvo contacto doce veces con un empleado de la oficina de asistencia social; y fue atendido treinta y dos veces por un fisioterapeuta, veintisiete veces por un médico; y*

cuarenta y tres veces por una enfermera. Las visitas de sus familiares y amigos eran permitidas bajo vigilancia". La Corte también tomó en consideración que las condiciones físicas de la detención eran adecuadas dado que el detenido era mantenido en una celda que medía ocho metros cuadrados equipada con un aparato de televisión, y tenía acceso a periódicos (Rhode v. Denmark, Judgement of 21/7/2005, pars. 97-98).

- La Corte encontró que un régimen de estricto aislamiento solitario (al recluso se le mantenía solo en su celda por 23 horas al día y sólo se le permitía interactuar con otros reclusos durante una hora durante las caminatas diarias) impuesto a un antiguo preso del corredor de la muerte (*death row*) por más de tres años, y las condiciones materiales en las que se le mantuvo (una celda con dimensiones de 2x3 metros con una pequeña ventana que no permitía la entrada de suficiente luz natural o aire fresco, un sistema de calefacción cubierto por una capa de ladrillos e iluminación consistente en una bombilla de 60 Watts que era insuficiente para leer) debió haberle "*causado un sufrimiento que excedía el nivel inevitable inherente a la detención*" y constituyó tratamiento inhumano y degradante en violación del Artículo 3 del Convenio Europeo (Iorgov v. Bulgaria, Sentencia del 11 de marzo de 2004).

En suma, la naturaleza extrema del aislamiento solitario y sus potenciales efectos en la salud dan lugar a serios cuestionamientos desde la perspectiva de los derechos humanos, y su uso está sujeto a un cuidadoso escrutinio por parte de los tribunales y organismos de monitoreo. En particular, serán valoradas las condiciones físicas en las que los reclusos son mantenidos, el régimen que se les aplica y el grado de contacto humano que se les permite mientras están aislados.

Aunque desde la perspectiva de los derechos humanos el aislamiento solitario es una práctica penitenciaria no deseable, su uso no está prohibido per sé. Sino que la misma será evaluada caso por caso para determinar si su aplicación es violatoria de la prohibición contra la tortura y los tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes.

4.5. Consideraciones finales acerca del régimen y condiciones del confinamiento en unidades de segregación y alta seguridad

Los internos mantenidos en aislamiento pasan hasta 24 horas al día dentro de sus celdas. Tienen limitado contacto humano, poco o ningún contacto físico con otros, pocas pertenencias personales, y pocas formas de mantenerse ocupados dentro de sus celdas. El confinamiento prolongado en estas condiciones es física y mentalmente agotador. Nosotros discutimos algunos de los potenciales efectos en la salud del aislamiento solitario en el Capítulo Dos. Tales efectos pueden ser mitigados, en alguna medida, asegurando que los reclusos mantenidos en aislamiento:

- Sean alojados en celdas lo suficientemente espaciales para permitirles realizar todas sus actividades diarias en un ambiente limpio y humano, respetuoso de su dignidad;
- Tengan acceso diario a ejercicio y aire fresco;
- Tengan acceso a contacto humano significativo y actividades productivas; y,
- Tengan contacto con visitas y familiares.

Las restricciones propias de las unidades de segregación no deben empeorarse mediante restricciones adicionales a los enseres que tienen los internos en sus celdas, como los materiales de

lectura, manualidades y pasatiempos, radios personales, entre otros. Donde sea posible, debe permitírsele a los internos desarrollar actividades diarias en conjunto con otros reclusos. Cuando haya razones imperantes para no permitir la interacción entre reclusos, deberá promoverse entonces el contacto con el personal, particularmente con aquellos que no desempeñan tareas de custodia (como los religiosos, los educadores y el personal de salud). También debe promoverse que el personal de custodia mantenga buenas relaciones con los internos y puedan tratarse incluso con cierta informalidad, manteniendo un buen clima en la unidad. Es por tanto crucial que el personal que labora en las unidades de segregación sea cuidadosamente seleccionado, cuente con el apoyo adecuado y haya recibido un entrenamiento apropiado. En particular, este personal debe recibir capacitación en salud mental y técnicas de manejo de situaciones conflictivas (*de-escalation techniques*).

En síntesis, deben adoptarse todas las medidas necesarias para asegurar que los aspectos dañinos del aislamiento solitario sean mitigados por medio de la provisión de instalaciones decentes, regímenes razonables y actividades productivas. La adhesión a los estándares discutidos en este capítulo no sólo es un imperativo legal, sino que además tiene sentido desde el punto de vista de la gestión penitenciaria. Incluso cuando todos estos factores mitigantes están en juego, el aislamiento solitario no debe, como se discutió en el Capítulo Tres, ser utilizado por un periodo prolongado de tiempo salvo en unas pocas situaciones en las el mismo puede ser excepcional y absolutamente necesario.

Puntos clave

1. Los reclusos mantenidos en aislamiento pasan la mayor parte del tiempo dentro de sus celdas. Por lo tanto, las celdas deben estar diseñadas para acomodarse a este régimen y, como mínimo, tener un inodoro y un lavabo.
2. Se debe permitir a los internos mantenidos en aislamiento ejercer cierto grado de autonomía y control sobre su entorno inmediato.
3. Se deben promover las visitas de familiares y amigos y asegurar que las áreas destinadas a visitas estén limpias y adecuadamente decoradas.
4. Se debe asegurar que los internos en aislamiento solitario tengan tanto contacto humano como sea posible con personas fuera de la prisión y con el personal de custodia, religioso, educativo y de salud.
5. Se debe permitir que realicen tantas actividades como sea posible, por ejemplo que las comidas tengan lugar en grupos.
6. Cuando lo anterior no sea posible deberán buscarse soluciones creativas para aminorar o hacer más llevadero el monótono y restrictivo ambiente de las unidades de segregación.
7. Hay que ser flexible y creativo, hacer pequeñas concesiones es recomendable.
8. Restricciones adicionales pueden ser necesarias para ciertos reclusos en determinados momentos, pero ello no debe conllevar a que las mismas sean aplicadas de manera colectiva.
9. Las recomendaciones presentadas en este capítulo constituyen estándares **mínimos** que deberían ser mejorados por la administración penitenciaria.
10. Es preciso adoptar medidas y salvaguardias adicionales para proteger a las personas privadas de libertad de los efectos perjudiciales del aislamiento solitario.

-
- ¹ U.N. Doc. CCPR/C/51/D/458/1991; *Mukong v. Cameroon* (August 10, 1994).
- ² Royal College of Psychiatrists, 1998; Buchanan et al. 1988; Fairweather, 2000.
- ³ *Poltrotsky v Ukraine*, 146 ECHR 2003-V; Véase también, sentencias de los casos of *Kuznetsov; Nazarenko; Dankevich; Aliev; Kokhlich v Ukraine*, judgments of 29 April 2003, ECHR 2003-V.
- ⁴ Moyer, 1975:58-60; Fairweather 2000:34. Las *Clinical Practice Guidelines* del Colegio Real de Psiquiatras proponen que el personal que labora con personas mentalmente enfermas deberá “*Incentivar y proveer privacidad para las visitas de amigos y familiares [esto] es una buena práctica para prevenir la violencia*” (1998:59).
- ⁵ *Management of imminent violence*, Royal College of Psychiatrists OP41 (1998).
- ⁶ Fairweather, 2000; Bottoms, 1999:243-245; Buchanan et al., 1988:51-54
- ⁷ *Kudła v. Poland* [GC], no. 30210/96, 92, ECHR 2000-XI.
- ⁸ *Ensslin, Baader and Raspe v. FRG*, DR14 (1978) at Para. 109.
- ⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso *Velásquez Rodríguez v. Honduras*, Sentencia del 29 de julio de 1988, Series C No.4 at párr. 156
- ¹⁰ UN Human Rights Committee (2001) A/56/156. November 3rd, 2000, session.
- ¹¹ UN Committee Against Torture (2001) paragraphs 95(g) and 186 respectively.
- ¹² *Ensslin, Baader and Raspe v FRG* 14 DR 64 (1978).
- ¹³ *McFeeley and Others v. the UK*, no. 8317/78, Commission decision of 15 May 1980, DR 20
- ¹⁴ El poner en aislamiento solitario a Ilich Ramírez (‘Carlos el Chacal’), quien en ese momento “*era considerado el terrorista más peligroso del mundo*”, por más de ocho años se consideró no violatorio del Artículo 3. Para llegar a esta decisión, la Corte tomó en consideración las relativamente confortables condiciones de su detención (su celda medía 6.84 metros cuadrados), estaba equipada con un inodoro y un lavabo y tenía una ventana que permitía el paso de la luz natural. También tenía acceso a televisión, periódicos y libros), el hecho de que se le permitía salir de su celda por dos horas al día para ejercicios al aire libre y una hora en un gimnasio, tener contacto frecuente con personas de fuera de la prisión (era visitado dos veces a la semana por un médico, por un clérigo una vez al mes, y frecuentemente por sus 58 abogados, incluyendo 640 veces en un periodo de cinco años por una de sus abogadas, con quien luego se casó), y, de acuerdo con su propio testamento, estaba en buen estado de salud física y mental. La Corte también observó que él fue luego trasladado a una penitenciaría normal, al tiempo que reiteraba que, en cualquier caso, el aislamiento solitario no debía ser impuesto a una persona indefinidamente (*Ramírez v. France*, Judgement of 27/1/2005).

5. La función de los profesionales de la salud en las unidades de segregación: directrices éticas, profesionales y de derechos humanos

5.1. Introducción: la ética aplicada a la práctica médica en los centros de privación de libertad

Los profesionales de la salud que trabajan en prisiones y otros lugares de detención enfrentan algunos desafíos particulares que derivan de la tensión inherente entre la cárcel como lugar de castigo mediante la privación de la libertad, y su función como protectores y promotores de la salud (física, mental y social). En primer lugar, necesitan proveer su atención en un ambiente definido por las necesidades de seguridad, con toda la estructura y elementos – y cultura institucional – que esto implica. Sus pacientes son mantenidos involuntariamente en condiciones que no solo limitan severamente su libertad de movimiento, sino también el grado de control que tienen sobre la mayoría de los aspectos de su vida diaria y actividades. Otros desafíos incluyen, una alta carga de trabajo, en muchos casos agravada por la falta de recursos; trabajo con personas con necesidades especiales y una alta prevalencia de enfermedades mentales; duplicidad de obligaciones hacia sus pacientes y las autoridades de la prisión; las demandas de cada uno y la potencial desconfianza de ambos; pobre capacitación y, cuando son empleados exclusivamente por la autoridad penitenciaria, un grado de aislamiento de otros colegas de su gremio¹.

Los desafíos éticos son particularmente fuertes cuando se trata de la participación del personal de salud en la aplicación de las medidas disciplinarias, y en ningún ámbito es esto más controversial que cuando se trata de su papel, si es que tienen alguno, en las unidades de segregación².

Por medio de una serie de preguntas pertinentes, la siguiente sección desarrolla el marco ético y legal que orienta el rol de los profesionales de salud cuando se enfrentan al uso del aislamiento solitario³. Algunos de los potenciales dilemas y conflictos identificados abajo no son siempre fáciles de resolver en la práctica. No obstante, los profesionales de la salud deben siempre asegurarse que su conducta no se vea comprometida por consideraciones externas y posiblemente espurias. Cuando se ven frente a esos dilemas, deben siempre buscar la guía y la orientación de colegas de más experiencia y de sus cuerpos profesionales.

5.2. Cuestiones relacionadas con la práctica de la medicina en las unidades de aislamiento solitario

¿Qué es la dualidad de lealtades y cuándo los profesionales de la salud deben buscar apoyo y consejo?

El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para
--

ellos. (AMM Código Internacional de Ética Médica, 1949).

Una situación de dualidad de lealtades surge cuando los profesionales de la salud tienen “obligaciones simultáneas, expresas o tácitas, hacia un paciente y hacia un tercero”⁴. Los profesionales de la salud que laboran en centros de privación de la libertad se enfrentarán de manera casi inevitable a situaciones en las que se les pedirá o se esperará de ellos que cedan su juicio médico a favor de otras consideraciones o que contribuyan a procedimientos o dinámicas que no responden a propósitos médicos terapéuticos. Los códigos de ética son claros en señalar que el deber que tienen frente a los pacientes antecede a cualquier otra obligación, y que los profesionales de la salud deben actuar en todo momento de acuerdo con el mejor interés de sus pacientes. Muchas de las cuestiones abordadas en las siguientes secciones, como por ejemplo, si deben certificar si una persona es apta para recibir un castigo, o el derecho a acceso a servicios de salud, son ejemplos de tales lealtades.

Claramente, como en cualquier ámbito del ejercicio de la medicina, habrá situaciones en las cuales los profesionales de la salud tendrán que ponderar si su obligación primaria hacia el cuidado del paciente tenga que ser anulada o desautorizada en aras de proteger a esa persona, otros reclusos, o al personal de la prisión. Nuevamente, sus acciones deben orientarse primeramente por sus funciones como profesionales de la salud, por encima de su calidad de empleados del servicio penitenciario, la policía o el ejército, es ahí donde yace la verdadera esencia de la “dualidad de lealtades”. Los profesionales de la salud deben luchar por preservar su independencia profesional, y de ese modo mantener la confianza de sus pacientes-reclusos.

Los médicos que busquen orientación o consejos respecto de dilemas pueden acercarse, tanto a sus asociaciones médicas nacionales, como a la Asociación Médica Mundial⁵ (AMM, o en inglés WMA: <http://www.wma.net/es/10home/index.html>). Los profesionales de enfermería pueden acercarse a sus asociaciones nacionales de enfermería, así como al Consejo Internacional de Enfermeras, el organismo que provee orientación ética a estos profesionales de la salud (CIE, o en inglés ICN: <http://www.icn.ch/es/>).

¿Los profesionales de la salud desempeñan algún rol en la certificación de si un recluso es apto (*fit*) para ser sometido a medidas disciplinarias, incluyendo el aislamiento solitario?

De la misma manera que los profesionales de la salud que trabajan en la comunidad, el deber principal de los profesionales de la salud que laboran en centros de privación de libertad es proteger, promover y procurar el mejoramiento de la salud de sus pacientes. Naturalmente, cuando se trabaja en un ambiente cuyo propósito fundamental es la seguridad, los profesionales de la salud deben seguir las reglas y procedimientos propios de la administración de la institución, pero su rol no debe estar subordinado a los propósitos de las mismas. Sus deberes éticos son los mismos que si estuviesen trabajando en la comunidad, pero con las limitaciones o presiones propias de los centros de privación de libertad.

“El médico debe actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente” (Asociación Médica Mundial, Código de Ética Médica 1949, enmendado en 1983).

Resulta claro que para el personal de salud participar de cualquier manera de la aplicación de medidas disciplinarias dentro del ámbito penitenciario puede, en primer lugar, estar en contradicción directa con su función fundamental como proveedores de cuidado médico. El deber primario de los médicos y de las enfermeras, sea cual sea el lugar donde desempeñan sus funciones, es procurar la salud de sus pacientes (Declaración de Ginebra de 1949 de la Asociación Médica Mundial, enmendada en 1994, y Código de Ética para Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras, adoptado en 1953 y revisado en 2005). Además, con miras a establecer y mantener la relación profesional y la confianza entre médico y paciente, el personal de salud de los centros de privación de libertad no puede ser visto o percibido como si tuviera alguna función en la administración del establecimiento, y en particular en los asuntos disciplinarios. El cuidado de la salud debe ser proveído con *“total independencia moral y técnica”* y basado puramente en necesidades médicas (Asociación Médica Mundial, Código de Ética Médica de 1949, enmendado en 1983, y Declaración de Posición del Consejo Internacional de Enfermeras acerca del Rol de la Enfermera en los Cuidados de Prisioneros y Detenidos 1998, revisada en 2006).

“Es contrario a la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos: Certifiquen, o participen en la certificación, de que la persona presa o detenida se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física y mental y que no concuerde con los instrumentos internacionales pertinentes, o participen de cualquier manera en la administración de todo tratamiento o castigo que no se ajuste a lo dispuesto en los instrumentos internacionales pertinentes” (Principio 4(b), Principios de Ética Médica de las Naciones Unidas⁶).

Así, los estándares internacionales de ética médica establecen claramente que los profesionales de la salud, particularmente los médicos, no deben certificar que alguien está “apto ser castigado”, ni participar en ninguna forma en la administración de tal castigo. Cuando el aislamiento es usado por cualquier motivo que no sea puramente médico (P.Ej. aislar a pacientes potencialmente contagiosos), el personal de salud puede no formar parte del proceso por medio del cual se decide su aplicación o en su aplicación misma.

Se ha discutido con frecuencia que los médicos pueden desempeñar una función de protección verificando la aptitud de un individuo para recibir ciertos castigos. De hecho, las Reglas Mínimas de las Naciones, que datan de la década de 1950 y presentan una visión más ‘paternalista’ de la ética médica, establecen que *“Las penas de aislamiento y de reducción de alimentos sólo se aplicarán cuando el médico, después de haber examinado al recluso, haya certificado por escrito que éste puede soportarlas”* (Regla 32.1). No obstante, los estándares evolucionan con el tiempo, y esta regla es hoy claramente contraria a los estándares actuales de ética médica (ver *supra*), así como a los estándares actuales de administración penitenciaria y tratamiento de los reclusos, los cuales obviamente no admitirán una reducción en la alimentación básica de los reclusos como forma de castigo. Viendo este asunto desde otra perspectiva, cuando los médicos deciden que una determinada persona no es apta para ser sometida a aislamiento solitario es muy probable que el mismo no le sea aplicado a esa persona. Pero esto significa también que en otros casos el médico está efectivamente autorizando el que sí se le aplique el aislamiento solitario a otros reclusos. No sólo están certificando que una persona es apta para ser sometida a un castigo, sino que están dando su aquiescencia para una forma de castigo que se sabe tiene efectos perjudiciales en la salud física y mental.

De hecho, hay un argumento aún más decisivo. Este Libro de Referencia ha presentado el considerable cuerpo de investigaciones que muestra los efectos dañinos del aislamiento solitario en la salud física y mental de los individuos, incluso si sólo es infligido por periodos de tiempo relativamente cortos. El hecho de que en varios instrumentos internacionales relativos a personas privadas de libertad y en muchas regulaciones penitenciarias domésticas se preste particular atención al aislamiento solitario y se intente mitigar sus efectos negativos mediante el involucramiento del personal de salud en su aplicación es un claro indicador de que sus potenciales consecuencias perjudiciales son conocidas por aquellos que redactaron tales documentos. Dicho de una manera más simple, si el aislamiento solitario es seguro, ¿por qué los médicos han de verificar si alguien puede soportarlo, y por qué se les requiere que monitoreen la salud física y mental de estas personas diariamente? Ninguna otra medida disciplinaria requiere tanta supervisión médica.

Por estas razones, la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) recomienda que *“los médicos no deben coludirse en planes para segregar o restringir el movimiento de los reclusos excepto por razones puramente médicas, y no deben certificar que un recluso es apto para ser sometido a aislamiento solitario o cualquier otra forma de castigo”* (Health in Prisons, A WHO Guide to the essentials in prison health 2007:36). El comentario oficial de las Reglas Penitenciarias Europeas revisadas (EPR) establece de manera similar que *“[n]i los médicos ni el personal sanitario cualificado deberían estar obligados a declarar que los reclusos están suficientemente bien para que se les someta a un castigo, pero sí que pueden advertir a las autoridades penitenciarias de los riesgos que determinadas medidas pueden representar para la salud de los reclusos”*⁷.

¿Tienen los profesionales de la salud algún papel en el monitoreo de los efectos de los castigos disciplinarios una vez que inicia su aplicación?

De los párrafos anteriores surge con claridad que el personal de salud no tiene ninguna función disciplinaria en los centros de privación de libertad, y que esto incluye el monitoreo de los efectos en la salud de una sanción una vez que ésta ha comenzado a aplicarse. Si los profesionales de la salud, por voluntad propia y siguiendo su criterio médico, más que por seguir el ‘procedimiento estándar’, identifican la aparición de efectos negativos en la salud, y en un momento determinado intervienen para poner fin a una sanción disciplinaria, entonces están actuando efectivamente como árbitros en qué tanto determinados individuos pueden soportar el castigo. Inevitablemente los profesionales de la salud tendrán que decidir que ciertos individuos deben ser removidos del aislamiento, mientras que otros deberán permanecer aislados (sabiendo que estos últimos pueden desarrollar tarde o temprano desórdenes psicológicos, psiquiátricos o físicos vinculados al aislamiento).

El monitoreo de las potenciales consecuencias en la salud debe, sin embargo, distinguirse del derecho de toda persona privada de libertad, independientemente de sus estatus, ubicación, o comportamiento, a tener acceso a atención médica (esto se discutirá con mayores detalles en la siguiente sección). Nuevamente, aquí yace una de las tensiones principales de la dualidad de lealtades, dado que claramente hay una delgada línea entre monitorear el castigo y proveer el cuidado y la atención médica que se requieren.

La versión revisada de las Reglas Penitenciarias Europeas (2006) establece que el aislamiento solitario debe ser una medida excepcional, y que aun así el mismo sólo debe ser aplicado por el periodo más breve posible (Regla 60.5). Las Reglas establecen que el personal médico debe

monitorear a los reclusos mantenidos en aislamiento solitario con una frecuencia diaria, y enfatizan que si su estado de salud física y mental está “seriamente en riesgo”, esto debe ser informado al director (del establecimiento)⁸. De igual forma, el CPT en sus primeros informes generales previó el rol de monitoreo de los médicos (CPT 2nd General Report, CPT/Inf (92)3 Para. 56).

Sin embargo, en un pie de página muchas veces ignorado de la versión revisada de las Reglas Penitenciarias Europeas el gobierno de Dinamarca objetó la propuesta del texto relativa a la función de los médicos en el monitoreo de los reclusos colocados en aislamiento solitario, sobre la base de que esto puede constituir una certificación de que la persona es apta para continuar siendo sometida a aislamiento solitario como castigo, lo cual podría ser antiético. Esta objeción también puede hacerse respecto del hecho de que el aislamiento solitario puede constituir una forma de maltrato, y de que la participación del personal de salud pudiera no solamente ser antiética, sino también una contravención al derecho internacional. Refiriéndose a este tema ético, el comentario oficial de las Reglas revisadas estipula que la visita diaria a los reclusos mantenidos en aislamiento “en ningún caso podrán ser consideradas como una aceptación o una legitimación de una decisión de someter o mantener a un recluso en celda de aislamiento.”

¿Qué sucede si una medida disciplinaria causa o potencialmente pudiera causar un daño?

Es autoevidente que si los actos de tortura y tratos crueles inhumanos o degradantes están prohibidos por el derecho internacional, los profesionales de la salud también se rigen por esas normas. Además, su conducta también está determinada por los estándares éticos internacionales, los cuales claramente prohíben no sólo su participación activa en los interrogatorios, sino también en otros actos como el diseñar o planear métodos de interrogación, particularmente cuando el empleo de los conocimientos médicos es solicitado o cuando la información médica confidencial del paciente es utilizada para perjudicarlo⁹. La Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial establece en su párrafo 3:

“Cuando el médico preste asistencia médica a detenidos o prisioneros que son o podrían ser interrogados más adelante, debe ser muy cuidadoso para asegurar la confidencialidad de toda información médica personal. El médico debe informar a las autoridades correspondientes toda violación de la Convención de Ginebra. El médico no utilizará o permitirá que se use, en lo posible, conocimientos o experiencia médicos o información de salud específica de las personas con el fin de facilitar o ayudar de otra manera el interrogatorio, ya sea legal o ilegal, de dichas personas”.

Los estándares éticos también establecen con claridad que si los profesionales de la salud están al tanto o sospechan que se planea o se está cometiendo un delito o algún otro acto ilegal en un centro de privación de libertad, están obligados a informar de tales hechos a las autoridades competentes por medio de los canales apropiados, y serán estas autoridades quienes decidirán si hay responsabilidad penal o qué acciones deberán tomarse. Comprensiblemente, reportar o denunciar las acciones de otros colegas es un asunto muy delicado, y en algunos países puede incluso poner en peligro la vida de la persona que informa acerca de tales actos. En países en los existen altos niveles de impunidad para ciertas autoridades, pueden haber otros canales separados que permitan la denuncia confidencial de los incidentes. La Asociación Médica Mundial ha señalado específicamente que los colegas del gremio deben proveer apoyo y protección a los médicos que reciben presiones para participar en actos de tortura u otras formas de maltrato, así como a aquellos que reportan y denuncian tales actos (AMM Declaración de Hamburgo¹⁰).

Así, si el empleo del aislamiento solitario es considerado como trato cruel, inhumano o degradante, y en algunos casos tortura, entonces sería contrario, tanto al derecho internacional, como a los estándares internacionales de ética médica, el que los médicos y otros profesionales de la salud participen de cualquier forma en su aplicación, o que consientan o aprueben su uso. En aquellos casos en los que los efectos negativos del aislamiento solitario son utilizados deliberadamente como una herramienta de coerción durante los interrogatorios, para debilitar física o mentalmente a los individuos, o para suscitar desorientación, dependencia, miedo u otras emociones similares, el mismo puede constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, en violación del derecho internacional y los estándares de ética médica. Los profesionales de la salud que estén involucrados en tales actos tendrán el mismo grado de culpabilidad que aquellos miembros de las fuerzas de seguridad que los cometan. De igual forma, si un médico o cualquier otro miembro del personal de salud divulga información médica confidencial acerca de un paciente para que sea utilizada con fines de interrogación, ello podría considerarse antiético, y en aquellos casos en los que los interrogatorios constituyan torturas u otros malos tratos, ello podría ser catalogado como complicidad.

¿Los reclusos mantenidos en aislamiento pierden el derecho a tener acceso a servicios de salud?

No. Es una norma establecida en el derecho internacional que todo individuo, incluyendo a toda persona privada de libertad (independientemente de su ubicación dentro del establecimiento penitenciario, y sin importar qué tipo de infracción disciplinaria hayan cometido), preserva su derecho a tener acceso a tratamiento médico adecuado¹¹. Este derecho impone en las autoridades penitenciarias y en los gobiernos el deber positivo de proveer a las personas privadas de libertad servicios de salud que sean de un nivel equivalente que aquellos que se ofrecen en la comunidad, esta obligación debe verse reflejada en la legislación nacional y en las normas y regulaciones penitenciarias. En Inglaterra y Gales, el principio de equivalencia de la atención médica ha sido respaldado por el Parlamento e incorporado en los estándares y directrices del Servicio de Prisiones¹². Este deber no incluye el derecho de elegir al médico de su propia elección (BMA 1992:177).

La obligación ética de proveer atención de salud a las personas privadas de libertad a un nivel equivalente al que se ofrece en la comunidad local también está claramente establecida en varios instrumentos internacionales:

El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas (Principio 1 de los Principios de las Naciones Unidas, 1982).

Así, cualquier persona puesta en aislamiento solitario, por el periodo que sea, no pierde su derecho a solicitar atención médica, a ser visto por un profesional de la salud sin demora, y a recibir el tratamiento apropiado a la gravedad y naturaleza de su padecimiento.

Así como en cualquier otra sección de la prisión, el personal de custodia puede alertar al personal de salud acerca de cualquier problema de salud potencial o actual que padezca un recluso y que incluso

puede que él mismo no haya notado. En primera instancia esto debe hacerse con el consentimiento del recluso, quien puede que no desee ser visto por un miembro del personal de salud, sin embargo si el agente penitenciario considera que tal padecimiento puede significar un riesgo para él individuo entonces deberá avisar a la sección de salud del penal. También es recomendable que cuando exista preocupación acerca de la condición de alguno de los internos que se encuentran en aislamiento solitario, los médicos lo visiten por iniciativa propia, incluso si el recluso no lo solicita (OMS, *Health in Prisons*, 2007:36). Esta es una buena práctica congruente con los principios del tratamiento asertivo que se brinda en la comunidad fuera de la prisión.

Finalmente, el derecho a la salud de las personas privadas de libertad ha sido reconocido como parte integral de una concepción más amplia de la promoción y protección de la salud pública de la comunidad, toda vez que las personas en custodia del Estado son parte de la sociedad, la inmensa mayoría de estas personas estarán en prisión por periodos relativamente cortos antes de regresar a la comunidad. Los problemas de salud en los establecimientos penitenciarios usualmente son una imagen amplificadas de aquellos presentes en la comunidad, con lo cual ignorar los problemas de salud que se producen en este ámbito significa que la salud pública de la comunidad no está atendida en su totalidad. Esto ha sido sintetizado mejor por la OMS, que ha manifestado que “la salud en la prisiones es un asunto de salud pública”¹³.

¿Los reclusos en aislamiento solitario tienen derecho a revisión médica confidencial y a la confidencialidad de sus expedientes médicos?

Una vez más, el personal de salud debe distinguirse en todo momento del personal de custodia de la prisión. Si bien es aceptado que en muy pocos casos el personal de salud pueda necesitar tomar precauciones frente internos potencialmente violentos, los exámenes médicos deben conducirse de una manera respetuosa del derecho a la privacidad de los reclusos y que permita que se mantenga la confidencialidad. Si se ha establecido una relación de confianza y respeto entre el personal de salud y el recluso desde el principio, las medidas de seguridad excesivas rara vez se justifican.

En unidades de alta seguridad y de aislamiento solitario pueden surgir desafíos particulares para el respeto del principio de confidencialidad médica, debido a las disposiciones de seguridad de esas unidades y a que las mismas alojan reclusos considerados de alto riesgo. Esto significa, por ejemplo, que todas las áreas de la unidad están cubiertas por vigilancia por medio de cámaras de circuito cerrado, limitando la posibilidad de que haya espacios privados en los que se puedan llevar a cabo los exámenes. En algunas situaciones el personal de custodia puede insistir en que las consultas médicas con los reclusos se realicen a través de un cristal, o que el recluso esté esposado o constreñido físicamente de alguna otra forma, o puede que insistan en permanecer a muy corta distancia mientras se desarrolla el procedimiento médico. La discusión previa acerca de los deberes del personal de salud de proveer un nivel equivalente de atención dentro de la prisión y de regirse de acuerdo con los mismos códigos de ética aplicables a los servicios a la comunidad, hacen ver con claridad que tales medidas de seguridad pueden interferir con la relación médico-paciente. También es preciso mencionar que tales medidas de seguridad pueden interferir con la adecuada administración de los procedimientos clínicos. Es obvio que llevar a cabo cualquier tipo de consulta o intervención médica a través de un cristal o a través de la rendija de la puerta de la celda es una práctica médica inaceptable. Naturalmente que habrán ocasiones en las que se trate de individuos que han demostrado tener un historial de violencia o amenazas, en las que deba tomarse medidas

para proteger la seguridad del personal de salud. Pero esta consideración deberá hacerse caso por caso, y no como consecuencia de una política generalizada aplicada a la población reclusa.

Así, un interno mantenido en aislamiento solitario debe ser visto en la clínica de la prisión como cualquier otro paciente. El uso de medidas de coerción o contención durante las consultas médicas no sólo interfiere con el procedimiento clínico, sino que puede afectar la relación entre el recluso-paciente y el personal de salud, toda vez que estos funcionarios serán percibidos como parte del sistema de seguridad. La necesidad de cualquier medida de seguridad adicional para un recluso en específico debe ser evaluada, y luego reevaluada periódicamente, tomando en consideración la situación particular de ese individuo, preferiblemente por parte de un cuerpo interdisciplinario compuesto por personal de salud, agentes de custodia y representantes de la dirección del establecimiento, y de acuerdo con protocolos establecidos para la evaluación del riesgo. Cuando exista una seria amenaza de violencia, el personal de salud y de custodia deberá intentar primero el uso de técnicas de manejo de conflictos (*de-escalation techniques*); cualquier medida adicional de seguridad que considere el personal de custodia debe ser adoptada de acuerdo con el criterio de proporcionalidad y utilizando el mínimo de medios necesarios. Además, debe prestarse más atención en hacer que el consultorio médico o los ámbitos donde se realizan los exámenes sean más seguros, de forma tal que tengan que aplicarse al propio recluso-paciente menos medidas de seguridad¹⁴. Si existen motivos para pensar que existe un riesgo significativo, entonces puede ser útil establecer alguna forma de “botón de pánico” (*“panic button”*) en el consultorio, para dar la voz de alarma, y si los agentes de custodia insisten en permanecer cerca del paciente, pueden quedarse en un punto desde el cual puedan observar lo que ocurre, sin que puedan escuchar el diálogo entre médico y paciente.

Las Directrices de Buena Práctica Médica (2006) del Consejo Médico Mundial (Reino Unido) disponen que los médicos deben respetar el derecho de los pacientes a la dignidad y a la confidencialidad y la expectativa de que los reclusos serán atendidos sin restricciones y sin la presencia de agentes penitenciarios, salvo que haya un alto riesgo de violencia. Cuando tal riesgo se verifique, la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente debe mantenerse en la medida de lo posible (Asociación Médica Británica *BMA*, Guía Ética, 2004). La experiencia práctica demuestra que las circunstancias en las cuales los médicos deben comprometer la confidencialidad y privacidad son muy pocas, esto debe ser un principio rector para cuando se encuentren en situaciones en las que deban considerar si aceptan restricciones al ejercicio de sus funciones médicas. En última instancia, los médicos se conducen de acuerdo con su criterio profesional y deben hacer un balance entre las necesidades de sus pacientes y los requerimientos de seguridad. La experiencia demuestra que ésta raramente justifica anular aquella.

Una vez que se ha realizado un examen médico y se han levantado notas clínicas o registros, los profesionales de la salud tienen el deber de mantener tales datos relativos a sus pacientes bajo confidencialidad.

El médico deberá respetar el derecho a la confidencialidad del paciente. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto (Asociación Médica Mundial, Código Internacional de Ética Médica, 1949).

Este precepto es fundamental en la relación entre médico y paciente, sin garantías de confidencialidad los pacientes pueden ser renuentes a compartir información con los profesionales de la salud que los atienden. Establecer confianza y una buena relación entre médico y paciente en el contexto penitenciario es potencialmente más difícil que fuera de la prisión, dado que el personal médico puede ser identificado por los reclusos como parte de las autoridades de la prisión. Además, el personal de salud podrá ser presionado para revelar información a otros miembros del personal del establecimiento penitenciario, que no son del área de salud, que pueden pensar equivocadamente que tienen derecho a conocer tal información por su propia protección. Las directrices de buena práctica médica son claras en establecer que cualquier revelación de información debe ser acorde con los principios establecidos de ética médica, y que los doctores que den a conocer estos datos deben estar siempre preparados para justificar tal decisión de acuerdo con tales principios¹⁵. Tal como se establece en el Código Internacional de Ética Médica, habrán por supuesto situaciones en las que los profesionales de la salud podrán juzgar que existe una amenaza real e inminente, para el paciente mismo o para otros reclusos o el personal, y que sea necesario revelar información médica específica para ayudar a proteger al propio paciente o a terceros. Este podría ser el caso, por ejemplo, si se considera que el paciente presenta ideas suicidas y que puede llevarlas a cabo. El médico puede entonces considerar si da a conocer determinada información que sirva de base para colocar al recluso-paciente en una unidad o sección en la que se encuentre bajo observación (“*suicide watch*”). En casos en los que el profesional de la salud considera que un recluso que ha amenazado con causar un daño a otro recluso o algún miembro del personal de la prisión, ha actuado de una manera que sugiere la existencia de un alto riesgo de que esa amenaza sea realmente llevada a cabo, deberá considerar poner esta situación en conocimiento de las autoridades del penal con el objetivo de proteger a la posible víctima.

5.3. Jurisprudencia relativa a la prestación de servicios de salud en los establecimientos penitenciarios

La falta provisión adecuada de servicios de salud no solo da pie a conflictos éticos, sino que también puede constituir una violación a los derechos humanos de los reclusos bajo el derecho internacional. Con relación a la cuestión del acceso a cuidado médico apropiado en prisiones y centros de detención, se han establecido los siguientes principios:

- Las autoridades penitenciarias tienen la obligación de proteger la salud de las personas privadas de libertad (*Hurtado v. Switzerland* 1994 Series A No. 280 párr. 79) y están obligadas a proveer asistencia médica y tratamiento a aquellos que están bajo su custodia (*Aers v. Belgium* 1998, Reports 1998-V).
- Esta obligación no depende de la conducta del recluso: “A este respecto debe subrayarse que el alegado comportamiento grosero del peticionario hacia el personal de salud y, de hecho cualquier contravención de la disciplina y las normas reglamentarias de la prisión, no pueden bajo ninguna circunstancia justificar la denegación de proveer asistencia médica” (*Iorgov v. Bulgaria*, 2004 párr. 85).
- La falta de provisión de cuidado médico adecuado a un interno que claramente lo necesita puede constituir trato inhumano o degradante en violación del artículo 3 del

Convenio Europeo (*Beceiev and Sorban v. Moldova*, 2005; *McGlinchey v. UK*, Application 50390/99 ECHR 2003-V).

- Cuando se trata de una persona vulnerable, por ejemplo un interno con problemas de salud mental, el estándar de atención que se requiere es más alto, tomando en consideración su vulnerabilidad y su incapacidad, en algunos casos, de presentar quejas de manera coherente, o de presentar quejas en absoluto, acerca de cualquier afectación que estén sufriendo debido a las condiciones de reclusión (*Herczegfalvy v. Austria*, 1993 15 EHRR 437).

Caso de estudio: la muerte de Mark Keenan¹⁶

Mark Keenan tenía 28 años de edad cuando murió por asfixia causada por ahorcamiento en su celda en la prisión de Exeter. Su historial clínico incluía síntomas de paranoia, agresión, violencia y autolesiones deliberadas. Previamente se le había diagnosticado paranoia y esquizofrenia, y desde los 21 años había sido tratado de manera intermitente con medicamentos anti-psicóticos.

Hechos del caso:

El 1 de abril de 1993 Mark Keenan fue condenado a cuatro meses de prisión por agredir a su novia. Fue ingresado en la prisión de Exeter donde inicialmente se le alojó en la clínica de la prisión para observación y evaluación. El 14 de abril se sugirió que podía ser trasladado a alguna de las áreas regulares del establecimiento, Keenan se atrincheró en la clínica como medida de protesta. El 16 de abril fue enviado a un área regular de la prisión, sin embargo la noche siguiente fue devuelto a la clínica luego de que su compañero de celda informara que había hecho un nudo corredizo con su sábana. Fue puesto en una habitación sin muebles en la que era vigilado cada 15 minutos. El 26 de abril se hizo otro intento de regresarlo a un sector ordinario de la prisión, pero fue nuevamente devuelto a la clínica al día siguiente. El 29 de abril Keenan fue atendido por el psiquiatra externo de la penitenciaría, quien le prescribió un nuevo medicamento y recomendó que no se le colocara junto con otros reclusos hasta que su paranoia disminuyera. Al día siguiente volvió a plantearse la posibilidad de recolocarlos en un sector normal de la prisión. Mark Keenan dijo que no se sentía listo para ser reacomodado. En el transcurso del día su estado de salud mental se deterioró, con muestras de agresión y paranoia. El médico, que no era especialista en psiquiatría, consideró que esto se podía deber al cambio en su medicación, y dispuso que Keenan volviera a tomar sus antiguos medicamentos. A las 6:00 P.M. de ese día Mark Keenan atacó a dos funcionarios de la clínica, tras lo cual fue colocado en una habitación sin mobiliario y bajo observación cada 15 minutos. El 1 de mayo el director médico de la prisión, que había recibido seis meses de capacitación en psiquiatría, certificó que Keenan estaban apto para ser sancionado por la agresión, y que podía ser puesto en segregación. Mientras se encontraba en la unidad de aislamiento, Mark Keenan pareció agitado y angustiado y amenazaba con auto agredirse. Fue nuevamente recolocado en una celda sin muebles en la clínica donde seguía estando agitado y se mostraba agresivo con el personal.

El 3 de mayo su diario médico de novedades registró que la actitud de Mark Keenan era “mucho mejor”, y que había solicitado regresar a la unidad de segregación. De regreso en la unidad de segregación, se observó que aparentemente estaba mejor, pero todavía necesitaba ser vigilado. Luego de eso se registró que él dijo que iba a atacar a alguien. Los registros médicos de esa noche consignaron que Keenan estuvo dando problemas y hubo que suministrarle medicación extra. No hubo nuevos registros de notas en su diario médico hasta que se suicidó el 15 de mayo, aunque el diario de la unidad de segregación indicó que estaba “actuando de una manera muy extraña”. El 14 de mayo, nueve días antes de la fecha programada para su puesta en libertad y dos semanas después del evento, se tomó una decisión respecto del ataque que perpetró contra los dos

funcionarios, imponiéndosele 28 días adicionales de prisión y siete días en aislamiento disciplinario. A la mañana siguiente fue visto por el capellán, el médico y recibió la visita de un amigo. Todos ellos recordaron después que Keenan se veía calmado aunque triste por el castigo que se le impuso. A las 18:35 esa noche Mark Keenan fue encontrado muerto en su celda. Hubo indicios de que en algún momento antes de que se ahorcara presionó el botón de pánico de su celda.

Consideraciones de la Corte:

Al evaluar si el trato dado a Mark Keenan violó el Artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, la Corte Europea fue bastante crítica respecto del nivel de atención médica que recibió: *“la Corte está impresionada por la falta de registros médicos relativos a Mark Keenan, quien podía identificarse que corría el riesgo de suicidarse y estaba experimentando una carga adicional de estrés causada por el aislamiento que se podía prever... La falta de monitoreo efectivo de la condición de Mark Keenan y la falta de una opinión psiquiátrica informada acerca de su evaluación y tratamiento ponen de manifiesto deficiencias significativas en la atención médica dispensada a una persona mentalmente enferma de la que se sabía corría el riesgo de suicidarse. La imposición tardía... De una seria medida disciplinaria... Que muy bien pudo constituir una amenaza para su resistencia física y mental, no es compatible con el estándar de tratamiento que requiere una persona mentalmente enferma”* (párrs. 113 - 115).

Puntos clave

1. El personal de salud no debe participar en procedimientos disciplinarios de ninguna manera, particularmente en certificar que los reclusos son aptos para soportar el castigo, incluyendo el aislamiento solitario.
2. Cuando el aislamiento solitario sea abusivo y pueda constituir tortura u otra forma de maltrato, el personal de salud tiene el deber de informar y denunciar tales actos a las autoridades competentes y a los respectivos cuerpos profesionales.
3. Los reclusos en aislamiento solitario, al igual que otros internos, tienen derecho a un nivel de atención médica equivalente a aquel que se ofrece fuera de la prisión.
4. Los profesionales de la salud que ejercen sus funciones en los centros de privación de libertad están sujetos a los principios de ética médica establecidos, en particular la confidencialidad de la información médica.
5. El personal de salud tiene el deber de familiarizarse con estos principios.

¹ Para mayor información véase: Asociación Médica Británica (2001), *The Medical Professions & Human Rights: Handbook for a changing Agenda*, Zed Books, London & New York, particularmente el Capítulo 5.

² Este capítulo no tiene el propósito de abarcar toda la amplia gama de cuestiones que pueden surgir de la práctica médica en lugares de privación de libertad, sino que se enfoca en los conflictos y asuntos relacionados con el aislamiento solitario.

³ Este capítulo fue escrito en coautoría con Jonathan Beynon, MD, Coordinador Médico de Salud en Detención, Comité Internacional de la Cruz Roja. Gracias también a Julian Sheather del Departamento de Ética Médica de la Asociación Médica Británica por sus aportes especializados en esta materia. Los puntos de vista expresados aquí representan el punto de vista personal de sus autores, y no necesariamente representan la posición de las organizaciones en las que trabajan.

⁴ *Dual Loyalty & Human Rights in Health Profession Practice*, Physicians for Human Rights and the School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town, 2002:1

⁵ La Asociación Médica Mundial, fue fundada en 1948 en respuesta a los horrores perpetrados por el régimen Nazi, y en particular por la participación directa de médicos Nazis en muchas de las atrocidades, tiene como uno de sus objetivos principales la adopción y promoción de los estándares internacionales de ética médica. La Declaración de Ginebra de la AMM es una versión moderna del Juramento Hipocrático, el compromiso de los médicos de servir a la humanidad a través de su trabajo.

⁶ Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Adoptados por la Asamblea General en su Resolución 37/194, del 18 de diciembre de 1982.

⁷ Comentario a la Recomendación REC(2006)2 del Comité de Ministros a los Estados Miembros acerca de las Reglas Penitenciarias Europeas, Comentario a la Regla 43.

⁸ Reglas Penitenciarias Europeas, Comité de Ministros del Consejo de Europa, Recomendación Rec (2006)2. Regla 43.2: “El médico, o un enfermero cualificado a su cargo, prestará atención especial a la salud de los detenidos en condiciones de incomunicación, los visitará diariamente y, cuando lo soliciten los detenidos o el personal penitenciario, les proporcionará asistencia médica rápida y tratamiento”. Y Regla 43.3: “El médico presentará un informe al director cada vez que considere que la salud física o mental de un detenido corra graves riesgos como consecuencia de la prolongación de la detención o con motivo de cualquier condición de la detención, incluida la de incomunicación”.

⁹ Asociación Médica Mundial, *Normas directivas para médicos con respecto a la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas*, Adoptadas en la 29ª Asamblea Médica Mundial, celebrada en Tokio, Japón en octubre de 1975, y revisadas en 2006 (Conocida como la Declaración de Tokio): “El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes...”. En el mismo sentido, Consejo Internacional de Enfermeras, *Manifestación de Posición, Pena de Muerte y Participación de Enfermeras en Ejecuciones*, 1998.

¹⁰ Declaración de Hamburgo, Asociación Médica Mundial sobre el Apoyo a los Médicos que se Niegan a Participar o a Tolerar la Tortura u Otras Formas de Trato Cruel, Inhumano o Degradante, Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM, Hamburgo, Alemania, noviembre de 1997.

¹¹ El derecho a la salud en el derecho Internacional de los Derechos humanos está establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y desarrollado en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11 de agosto de 2000, UN Doc E/C.12/2000/4 par. 1). Véase también, Regla 22 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos y la Regla 40 de las Reglas Penitenciarias Europeas.

¹² Prison Service Order 3200; PSI 5/2003. Véase también: Joint Parliamentary Committee on Human Rights (2004), *Third Report Session 2004-05*, HL 15/I/HC 137-I; All Parliamentary Group on Prison Health (2006), *The Mental Health Problem in UK HM Prisons*.

¹³ World Health Organization Europe, *The Moscow Declaration: Prison Health as part of Public Health*, 24 March 2003.

¹⁴ El uso de métodos de contención con propósitos médicos, por ejemplo con un paciente con graves perturbaciones sicóticas, se rige más por el buen juicio clínico para proteger al paciente o a otros que por razones de seguridad de la prisión.

¹⁵ Para mayor información véase: General Medical Council, *Good Practice Guidance on Confidentiality: Protecting and Providing Information*, April 2004; British Medical Association *Medical Ethics Today*, 2004; Royal College of Psychiatrists, *Good Psychiatric Practice: Confidentiality and Information Sharing*, CR 133, 2006.

¹⁶ *Keenan v. The United Kingdom*, Application No. 27229/95, CrEDH, Sentencia del 3 de abril de 2001.

6. Monitoreo e inspección de las unidades de confinamiento

Todos los aspectos del aislamiento solitario discutidos en el presente Libro de Referencia – colocación, condiciones de reclusión, régimen, contacto con el mundo exterior, y la provisión de atención médica– deben estar sujetos a un cuidadoso escrutinio y revisión por parte de las autoridades nacionales y los organismos internacionales de monitoreo.

La importancia de establecer mecanismos para la inspección y el escrutinio de los centros penitenciarios y otros lugares de privación de libertad está establecida en distintos instrumentos universales y regionales:

Inspectores calificados y experimentados, designados por una autoridad competente, inspeccionarán regularmente los establecimientos y servicios penitenciarios. Velarán en particular por que estos establecimientos se administren conforme a las leyes y los reglamentos en vigor y con la finalidad de alcanzar los objetivos de los servicios penitenciarios y correccionales (SMR Regla 55; Conjunto de Principios 29(1); EPR Regla 9, 92 y 93).

Además de inspeccionar físicamente los lugares de privación de libertad, los cuerpos de monitoreo deben tener libre acceso a las personas allí mantenidas:

La persona detenida o presa tendrá derecho a comunicarse libremente y en régimen de absoluta confidencialidad con las personas que visiten los lugares de detención o prisión de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente principio, con sujeción a condiciones razonables que garanticen la seguridad y el orden en tales lugares (Conjunto de Principio, Principio 29(2)).

De acuerdo con el Artículo 14 del Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura (OP-CAT, por sus siglas en inglés), los Estados partes se comprometen a darle al Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes:

- (1) *a)* Acceso sin restricciones a toda la información acerca del número de personas privadas de su libertad en lugares de detención según la definición del artículo 4 y sobre el número de lugares y su emplazamiento;
 - b)* Acceso sin restricciones a toda la información relativa al trato de esas personas y a las condiciones de su detención;
 - c)* Con sujeción a lo dispuesto en el párrafo 2 *infra*, acceso sin restricciones a todos los lugares de detención y a sus instalaciones y servicios;
 - d)* Posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de su libertad, sin testigos, personalmente o con la asistencia de un intérprete en caso necesario, así como con cualquier otra persona que el Subcomité para la Prevención considere que pueda facilitar información pertinente;
 - e)* Libertad para seleccionar los lugares que desee visitar y las personas a las que desee entrevistar.
2. Sólo podrá objetarse a una visita a un determinado lugar de detención por razones urgentes y apremiantes de defensa nacional, seguridad pública, catástrofes naturales o disturbios graves en el lugar que deba visitarse, que impidan temporalmente la realización de esta visita. El Estado Parte no podrá hacer valer la existencia de un estado de excepción como tal para oponerse a una visita.

Las inspecciones son particularmente importantes en las unidades de segregación, toda vez que se trata de unidades cerradas que están dentro de establecimientos cerrados, cerradas no solamente al mundo exterior, sino también a la propia población penal general y a las inspecciones que se realizan en otras áreas de la prisión. Tal como lo establecen las disposiciones arriba citadas, los cuerpos de monitoreo deben tener acceso irrestricto, tanto a las instalaciones, como a los reclusos mantenidos en las mismas. Los cuerpos de monitoreo deben tener acceso también a documentación relevante; por ejemplo, los registros de las decisiones de colocar a reclusos en aislamiento solitario y las audiencias en las que se revisa esta medida, los registros de las unidades de aislamiento, y las dimensiones y características de las mismas, entre otros datos. Los profesionales de la salud que acompañen a los equipos de monitoreo que realizan las inspecciones deben tener completo acceso a los registros médicos y archivos. Los inspectores deben asegurarse de que los internos en aislamiento tengan la oportunidad de hablarles en privado y confidencialmente acerca de la atención médica que reciben.

Los cuerpos de monitoreo y autoridades que realizan estas inspecciones deberán observar, entre otros¹:

- ¿La decisión de colocar al detenido en aislamiento solitario fue adoptada de acuerdo con la ley?
- ¿Por qué razones puede ser impuesto el confinamiento solitario, si el recluso está al tanto de estas razones, y se le dio la oportunidad de apelar tal decisión?
- ¿Qué sistema de revisión periódica existe?
- ¿Las condiciones físicas de reclusión (p.ej. de las celdas, baños y patios de ejercicios) cumplen con los estándares requeridos?
- ¿Los reclusos mantenidos en aislamiento solitario tienen acceso a cuidado médico adecuado?
- ¿Los expedientes médicos son debidamente archivados en un lugar seguro?
- ¿Cuál es el régimen disponible para los prisioneros en aislamiento?
- ¿Los reclusos tienen acceso regular a las áreas externas a su celda?
- ¿Tienen los reclusos contacto con el mundo exterior?

Las inspecciones nacionales son usualmente llevadas a cabo por un cuerpo o autoridad designado por el ministro a cargo del sistema penitenciario, ante quien responde. También se puede designar a alguna entidad local para que, entre inspecciones, monitoree la situación individual de determinados reclusos. Estos cuerpos, autoridades o entidades jugarán un papel fundamental en la atención a las unidades de segregación y al uso de la fuerza y métodos de coerción.

Caso de estudio: Custodia extrema: informe del Inspector Jefe de Prisiones de Su Majestad para Inglaterra y Gales.

En 2006 el Inspector Jefe de Prisiones llevó a cabo una inspección de todas las unidades de segregación de los Módulos de Alta Seguridad (*HSE*, por sus siglas en inglés) y del Sistema de Supervisión Cercana (*CSC*, por sus siglas en inglés) designados para contener a reclusos problemáticos. Estas eran las unidades en las que los reclusos eran mantenidos en aislamiento bajo las condiciones más restrictivas y controladas, y potencialmente más perjudiciales para ellos. Este trabajo de inspección partió de críticas hechas al personal penitenciario por médicos del sistema y otros actores.

El informe puso de manifiesto el progreso que se había alcanzado —en alguna medida innovador,

particularmente integrando un abordaje de salud mental con el debido cuidado de la custodia— pero además destacó la distancia que aún quedaba por recorrer. La inspección expuso un núcleo duro de reclusos mantenidos en aislamiento solitario prolongado que tenían complejas necesidades y que no podían ser manejados de manera segura en ningún otro lugar. Aun cuando había cierto nivel de apoyo psiquiátrico y terapéutico en las unidades, ello no fue suficiente para evitar que varios internos se fueran deteriorando poco a poco por la prolongación del aislamiento. El Inspector Jefe de Prisiones recomendó la implementación de planes para el cuidado individualizado y multidisciplinario, dotados de los recursos adecuados, para asegurar que la salud de los reclusos sea mantenida y que se les provea de oportunidades para su estimulación mental y social, y suficiente tiempo fuera de las celdas.

El equipo de inspección revisó los archivos y registros y se entrevistó, tanto con los internos, como con los miembros del personal penitenciario. Este equipo formuló 17 recomendaciones dirigidas a las unidades de segregación del CSC y 21 recomendaciones dirigidas a las unidades de segregación de los HSE; e identificó 17 áreas en las que se aplicaban buenas prácticas. Solamente una recomendación fue rechazada por las autoridades.

Este ejemplo muestra el papel constructivo que puede jugar la inspección permanente, abriendo al escrutinio una parte del sistema penitenciario que de otra manera permanecería oculta, en el cual existe el riesgo potencial de que los reclusos sufran un deterioro causado por el exceso de rigurosidad del régimen de custodia. Cuando el sistema penitenciario hace un uso racional de los métodos de inspección y emplea correctamente sus hallazgos, este proceso puede resultar en cambios positivos para los propios internos.

Las inspecciones a establecimientos penitenciarios pueden ser llevadas a cabo también por organismos regionales de protección. En Europa, por ejemplo, el Comité para la Prevención de la Tortura (CPT), cuyos informes se han citado en el presente Libro de Referencia, tiene la facultad de visitar cualquier centro de privación de libertad dentro de la jurisdicción de los Estados miembros. Otros cuerpos internacionales cuyas funciones incluyen el monitoreo e inspección de los lugares de privación de libertad incluyen, al Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), que tiene el mandato de visitar cualquier centro de detención en situaciones de conflicto armado, y el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura y otros Tratos o Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes. El OP-CAT establece, tanto un cuerpo internacional de expertos que realizan visitas de carácter preventivo a cualquier lugar de privación de libertad en los Estados partes (ver arriba), como un Mecanismo Nacional de Prevención, que es un cuerpo independiente designado para llevar a cabo de manera regular y continua visitas de prevención a cualquier lugar en el que se mantengan a personas en custodia del Estado.

¹ Véase: Asociación para la Prevención de la Tortura (APT), *Monitoreo de Lugares de Detención: Una Guía Práctica*, Ginebra, 2004; HM Chief Inspectorate of Prisons, *Expectations: criteria for assessing the condition in prisons and the treatment of prisoners* (actualizada con regularidad).

7. Recuento de recomendaciones

De las diversas fuentes utilizadas en este Libro de Referencia surgen varias ideas comunes: (a) el aislamiento solitario es una medida extrema y potencialmente dañina; (b) su uso debe reservarse para un número reducido de casos excepcionales; (c) debe aplicarse por periodos que sean lo más corto posible; y, (d) los lugares en los que se aloje a reclusos en aislamiento solitario deben tener condiciones dignas, en las que se les garantice contacto humano **significativo** y actividades **productivas**. Estas restricciones inherentes al aislamiento solitario no deben hacerse más gravosas añadiendo limitaciones adicionales a las visitas familiares y a las provisiones que se les brinda a los reclusos en sus celdas, como libros y revistas, manualidades y materiales para pasatiempos, radios personales, y similares. Estos elementos pueden ayudar a mitigar los efectos nocivos del aislamiento solitario.

También ha quedado claro que actualmente existe una laguna en las salvaguardas internacionales y en la protección contra el uso inapropiado o abusivo del aislamiento solitario y sus efectos dañinos en la salud. En este sentido, es necesario que se den avances adicionales en los estándares del derecho internacional de los derechos humanos, tomando en consideración el llamado a abolir el aislamiento solitario que hizo en 1990 la Organización de Naciones Unidas (Principio 7 de los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos). En atención a este objetivo, el 9 de diciembre de 2007, un grupo de trabajo de 24 expertos internacionales adoptó la Declaración de Estambul sobre el empleo y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento, exhortando a los Estados a que limiten el uso de esta medida a casos muy excepcionales, por el periodo más breve posible y sólo como último recurso (ver Apéndice 2). Otros esfuerzos de este tipo deben ser iniciados por expertos, organismos internacionales y Estados.

Las recomendaciones específicas de este Libro de Referencia incluyen:

Salvaguardas procesales:

- Informar a los reclusos, por escrito, de las razones por las cuales se les coloca en aislamiento solitario y de su duración.
- Permitir que los reclusos a los que se aplica esta medida tengan la oportunidad de ser escuchados en una audiencia.
- Revisar periódicamente esta decisión, a intervalos cortos de tiempo.

Estas salvaguardas o garantías aplican a cualquier forma de aislamiento solitario.

Colocación de una persona en aislamiento solitario:

- Cuando sea utilizado por agentes penitenciarios, el aislamiento solitario debe emplearse solamente como medida de último recurso, y en ese caso por el periodo de tiempo más breve posible, teniendo una duración de días en lugar de semanas o meses.
- El empleo del aislamiento solitario prolongado como medida para manejar o controlar reclusos rara vez se justifica, sólo en los casos más extremos.

- Aquellas personas que padecen enfermedades mentales no deben ser puestas en aislamiento solitario, y bajo ninguna circunstancia el aislamiento solitario debe utilizarse como un sustituto de un tratamiento de salud adecuado.
- El uso del aislamiento solitario en personas arrestadas a las que no se les han formulado cargos o a detenidos en espera de juicio debe estar estrictamente limitado por la ley y utilizarse solamente bajo circunstancias excepcionales, bajo supervisión judicial, por el periodo más breve posible, y por un término de días.
- El aislamiento solitario no debe imponerse indefinidamente, y los reclusos deben conocer de antemano su duración.
- El uso del aislamiento solitario como mecanismo de coerción para “ablandar” a los detenidos con el curso de los interrogatorios debe ser prohibido.

Condiciones físicas y régimen:

- Proveer condiciones dignas de alojamiento (de acuerdo con los estándares presentados en el capítulo 4), tomando en cuenta el hecho de que los internos pasarán la mayor parte del día en sus celdas.
- Proveer programas educativos, recreativos y vocacionales.
- Desarrollar estas actividades, donde sea posible, en asociación con otros.
- Permitir la lectura, pasatiempos y actividades manuales dentro de las celdas.
- Asegurar que los reclusos tengan contacto humano regular y promover la comunicación informal con el personal.
- Permitir las visitas familiares regulares y abiertas.
- Procurar que los internos tengan un grado de control sobre los aspectos de su vida diaria y entorno.
- Incluir el elemento progresivo.

Salud

- El personal de salud debe mantener el mismo estándar de calidad en la atención y el comportamiento ético que se emplea fuera de la prisión, en particular con respecto a los derechos a la salud, a la privacidad y a la confidencialidad.
- El personal de salud no debe participar en la decisión de imponer o hacer cumplir ninguna medida disciplinaria.
- Proveer capacitación en materia de salud mental al personal de custodia.

APÉNDICE 1: Selección de textos

Reglas Penitenciarias Europeas del Comité de Ministros del Consejo de Europa Rec (2006)2

43.2 El médico, o un enfermero calificado a su cargo, prestará atención especial a la salud de los detenidos en condiciones de incomunicación, los visitará diariamente y, cuando lo soliciten los detenidos o el personal penitenciario, les proporcionará asistencia médica rápida y tratamiento.

43.3 El médico presentará un informe al director cada vez que considere que la salud física o mental de un detenido corra graves riesgos como consecuencia de la prolongación de la detención o con motivo de cualquier condición de la detención, incluida la de incomunicación.

.....

60.5 La medida de aislamiento sólo podrá imponerse como castigo en casos excepcionales y por un periodo definido y tan corto como sea posible.

[Nota 1. Cuando esta recomendación fue adoptada, y en aplicación del Artículo 10,2c de las Reglas de Procedimiento de las reuniones de Viceministros, el Representante de Dinamarca se reservó el derecho de que su gobierno cumpla o no con la Regla 43, parágrafo 2, del apéndice de la recomendación porque es de la opinión que este requerimiento de que los reclusos mantenidos en aislamiento solitario sean visitados por el personal médico diariamente levanta serios cuestionamientos éticos relativos al posible papel del personal médico en certificar oficialmente que los reclusos están aptos para el aislamiento solitario]

Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos

31. Las penas corporales, encierro en celda oscura, así como toda sanción cruel, inhumana o degradante quedarán completamente prohibidas como sanciones disciplinarias.

32. (1) Las penas de aislamiento y de reducción de alimentos sólo se aplicarán cuando el médico, después de haber examinado al recluso, haya certificado por escrito que éste puede soportarlas. (2) Esto mismo será aplicable a cualquier otra sanción que pueda perjudicar la salud física o mental del recluso. En todo caso, tales medidas no deberán nunca ser contrarias al principio formulado en la regla 31, ni apartarse del mismo.

(3) El médico visitará todos los días a los reclusos que estén cumpliendo tales sanciones disciplinarias e informará al director si considera necesario poner término o modificar la sanción por razones de salud física o mental.

Juramento de Atenas (Consejo Internacional de Servicios Médicos de Prisiones)

En 1979 se reunió en la ciudad de Atenas, Grecia el Consejo Internacional de Servicios Médicos de Prisiones y se elaboró el Juramento de Atenas, verdadero concilio de los Derechos del Hombre y en el espíritu del Juramento Hipocrático. Se reconoce el derecho de los individuos encarcelados a recibir los cuidados necesarios. Prometemos:

1. No permitir el castigo corporal autorizado o aprobado.
2. No participar en ninguna forma de tortura.
3. No llevar a cabo ninguna forma de experimentación humana en individuos encarcelados sin su consentimiento formal.
4. De respetar el secreto de las informaciones obtenidas naturalmente en nuestra relación con el detenido.
5. De basar nuestros diagnósticos en las solas necesidades de los pacientes, en el cual el estado de salud tiene prioridad sobre toda consideración no médica.

Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, Especialmente los Médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

Adoptados por la Asamblea General en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982

Principio 1

El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

Principio 2

Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos

Principio 3

Constituye una violación de la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos, tengan con los presos o detenidos cualquier relación profesional cuya sola finalidad no sea evaluar, proteger o mejorar la salud física y mental de éstos.

Principio 4

Es contrario a la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos:

- (a) Contribuyan con sus conocimientos y pericia a interrogatorios de personas presas y detenidas, en una forma que pueda afectar la condición o salud física o mental de dichos presos o detenidos y que no se conforme a los instrumentos internacionales pertinentes; 2

(b) Certifiquen, o participen en la certificación, de que la persona presa o detenida se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física y mental y que no concuerde con los instrumentos internacionales pertinentes, o participen de cualquier manera en la administración de todo tratamiento o castigo que no se ajuste a lo dispuesto en los instrumentos internacionales pertinentes.

Principio 5

La participación del personal de salud, en particular los médicos, en la aplicación de cualquier procedimiento coercitivo a personas presas o detenidas es contraria a la ética médica, a menos que se determine, según criterios puramente médicos, que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás presos o detenidos, o de sus guardianes, y no presenta peligro para la salud del preso o detenido.

Principio 6

No podrá admitirse suspensión alguna de los principios precedentes por ningún concepto, ni siquiera en caso de emergencia pública.

NOTAS

1 Véase la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes [resolución 3452 (XXX), anexo].

2 En particular la Declaración Universal de Derechos Humanos [resolución 217 A (III)], los Pactos internacionales de derechos humanos [resolución 2200 A (XXI), anexo], la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes [resolución 3452 (XXX), anexo] y las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos [Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente: informe de la Secretaría (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: 1956.IV.4), anexo I.A].

APÉNDICE 2: Declaración de Estambul sobre la utilización y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento

Aprobada el 9 de diciembre de 2007 en el Simposio internacional sobre el trauma psicológico en Estambul

Finalidad de la Declaración

En los últimos años, en los sistemas penitenciarios de varias jurisdicciones del mundo se ha recurrido en mayor medida a la reclusión, estricta y con frecuencia prolongada, en régimen de aislamiento. Puede tratarse de una medida disciplinaria desproporcionada o, como ocurre cada vez más, de la construcción de cárceles enteras según el modelo de aislamiento estricto de los reclusos¹. Aun reconociendo que en casos excepcionales pueda ser necesario el aislamiento disciplinario, consideramos que estamos ante una tendencia problemática y preocupante. Por consiguiente, pensamos que es el momento de abordar esta cuestión mediante una declaración de expertos sobre el empleo y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento.

Definición

Por reclusión en régimen de aislamiento se entiende el aislamiento físico de una persona en su celda de 22 a 24 horas al día. En muchas jurisdicciones, se permite a los reclusos salir de sus celdas durante una hora para hacer ejercicio en solitario. El contacto con otras personas suele reducirse al mínimo. La reducción de los estímulos no sólo es cuantitativa, sino también cualitativa. Los estímulos al alcance y los contactos sociales ocasionales pocas veces se eligen libremente, suelen ser monótonos y raramente se producen en un clima de empatía.

Prácticas comunes de reclusión en régimen de aislamiento

En términos generales, la reclusión en régimen de aislamiento se aplica en cuatro circunstancias en los distintos sistemas de justicia penal del mundo: como castigo disciplinario para los reclusos que cumplen condena; para aislar al imputado durante las investigaciones penales en curso; cada vez más, como medida administrativa para controlar a determinados grupos de presos; y como condena judicial. En muchas jurisdicciones, el aislamiento disciplinario también se aplica en sustitución del tratamiento médico o psiquiátrico que debe administrarse a las personas con trastornos mentales. Asimismo, este régimen de reclusión se utiliza cada vez más en interrogatorios coercitivos, y forma parte integrante de la desaparición forzada² o de la detención en régimen de incomunicación.

Efectos de la reclusión en régimen de aislamiento

Se ha demostrado fehacientemente en numerosas ocasiones que la reclusión en régimen de aislamiento puede causar graves daños psicológicos y a veces fisiológicos³. De las investigaciones se desprende que entre un tercio y hasta un 90% de los reclusos muestran síntomas adversos en este régimen de reclusión. Se ha documentado una larga lista de síntomas que van desde el insomnio y la confusión hasta la alucinación y la psicosis. Los efectos negativos sobre la salud pueden producirse tras sólo unos cuantos días de reclusión, y los riesgos para la salud aumentan con cada día transcurrido en esas condiciones.

Las personas pueden reaccionar de forma diferente al aislamiento. Sin embargo, un buen número de ellas sufrirá graves problemas de salud con independencia de las condiciones concretas, el tiempo y el lugar, y los factores personales preexistentes. El daño fundamental de la reclusión en régimen de aislamiento se produce porque ésta reduce el contacto social a un nivel de estímulo social y psicológico que para muchos es insuficiente para mantener la salud y el bienestar.

El recurso al aislamiento en los centros de detención preventiva tiene una dimensión negativa más porque los efectos perjudiciales crearán con frecuencia una situación de presión psicológica que puede llevar a los presos preventivos a declararse culpables.

Cuando el elemento de presión psicológica se utiliza intencionadamente como parte de los regímenes de aislamiento, estas prácticas son coercitivas y pueden constituir tortura.

Por último, la reclusión en régimen de aislamiento aleja mucho al individuo del alcance de la justicia. Esto puede causar problemas incluso en sociedades tradicionalmente basadas en el estado de derecho. La historia de la reclusión en régimen de aislamiento cuenta con abundantes ejemplos de prácticas abusivas en estos contextos. Así pues, allí donde existen estos regímenes es especialmente difícil y extraordinariamente importante proteger los derechos de los reclusos.

Derechos humanos y reclusión en régimen de aislamiento

El derecho internacional prohíbe taxativamente las torturas, las penas o los tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, por ejemplo). El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha establecido que la reclusión prolongada en régimen de aislamiento puede constituir una violación del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (observación general No. 20 (1992)). El Comité de las Naciones Unidas contra la Tortura ha hecho declaraciones similares, refiriéndose especialmente a la reclusión en régimen de aislamiento durante la prisión preventiva. El Comité de los Derechos del Niño ha recomendado asimismo que no se utilice este tipo de reclusión con los niños⁴. El principio 7 de los Principios Básicos para el tratamiento de los reclusos establece que “se tratará de abolir o restringir el uso del aislamiento en celda de castigo como sanción disciplinaria y se alentará su abolición o restricción”. La jurisprudencia del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas determinó con anterioridad que un régimen de aislamiento concreto conculcaba lo dispuesto en el artículo 7 y el artículo 10 del Pacto mencionado (*Campos c. el Perú*, sentencia de 9 de enero de 1998).

A nivel regional, el Tribunal Europeo y la antigua Comisión de Derechos Humanos, así como el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura establecieron con claridad que la reclusión en régimen de aislamiento podía considerarse una violación del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (esto es, que constituye tortura o trato inhumano o degradante), en función de las circunstancias concretas del caso y las condiciones y duración de la reclusión. Se ha admitido que “... el aislamiento sensorial absoluto unido al aislamiento total puede destruir la personalidad y constituye una forma de trato inhumano que no puede justificarse por exigencias de seguridad o cualquier otro motivo”⁵. El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura también ha declarado que la reclusión en régimen de aislamiento “puede constituir trato inhumano o degradante”, y en

varias ocasiones ha criticado esta práctica y recomendado su reforma, ya sea abandonar determinados regímenes, limitando su utilización a circunstancias excepcionales, o asegurar a los internos un mayor contacto social⁶. Por ejemplo, se ha destacado la importancia de promover las actividades comunitarias de los presos sujetos a diferentes formas de regímenes de aislamiento (Comité Europeo, informe de su visita a Turquía del 7 al 14 de diciembre de 2005, párr. 43). Además, en las Normas penitenciarias europeas revisadas de 2006 se establece claramente que el aislamiento debe ser una medida excepcional que, sólo puede imponerse por un período tan corto como sea posible⁷. La Corte Interamericana de Derechos Humanos también ha establecido que la reclusión prolongada en régimen de aislamiento constituye una forma de trato cruel, inhumano o degradante prohibido en virtud del artículo 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos (*Castillo Petruzzi y otros*, sentencia de 30 de mayo de 1999).

Repercusiones en las políticas

La reclusión en régimen de aislamiento provoca daño en los reclusos que no están mentalmente enfermos y suele empeorar la salud mental de quienes sí lo están. Por consiguiente, en las prisiones, este tipo de reclusión debe utilizarse lo menos posible. En todos los sistemas penitenciarios se recurre de alguna forma al aislamiento, en dependencias o cárceles especiales para quienes son considerados una amenaza para la seguridad y el orden en la prisión. Pero, con independencia de las circunstancias de cada caso, y de que éste régimen se utilice en conexión con el aislamiento disciplinario o administrativo o para prevenir la colusión entre los detenidos en prisión preventiva, es preciso intentar aumentar los contactos sociales de los reclusos. Puede hacerse de diferentes formas, por ejemplo, aumentando el nivel de contacto entre el personal de prisiones y los reclusos, posibilitando el acceso a actividades sociales con otros reclusos, autorizando más visitas, y permitiendo y organizando charlas en profundidad con psicólogos, psiquiatras, personal religioso y voluntarios de la comunidad local. Es especialmente importante que tengan oportunidad de mantener y establecer relaciones con el mundo exterior, en particular con los cónyuges, compañeros, hijos y otros familiares y amigos. También es muy importante que los reclusos aislados realicen actividades que les interesen dentro y fuera de sus celdas. De las investigaciones se desprende que el aislamiento en pequeños grupos puede en algunos casos tener efectos semejantes a los de la reclusión en régimen de aislamiento, y que estos regímenes no deberán considerarse una alternativa adecuada.

La reclusión en régimen de aislamiento debe prohibirse totalmente en los siguientes casos:

- Con condenados a muerte y a cadena perpetua
- Con reclusos que padezcan enfermedades mentales
- Con niños menores de 18 años.

Además, cuando el aislamiento se utiliza con la intención de ejercer una presión psicológica sobre los reclusos, se convierte en una práctica coercitiva y debe prohibirse terminantemente.

Como principio general, la reclusión en régimen de aislamiento sólo debe utilizarse en casos muy excepcionales, durante períodos de tiempo lo más breves posible y únicamente como último recurso.

¹ A los fines del presente documento, por “recluso” se entenderá una amplia categoría de personas que se hallan bajo cualquier tipo de reclusión o prisión.

² La Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, de diciembre de 2006, define la desaparición forzada como “... el arresto, la detención, el secuestro o cualquier otra forma de privación de libertad que sean obra de agentes del Estado o por personas o grupos de personas que actúan con la autorización, el apoyo o la aquiescencia del Estado, seguida de la negativa a reconocer dicha privación de libertad o del ocultamiento de la suerte o el paradero de la persona desaparecida, sustrayéndola a la protección de la ley”.

³ Para estudios sobre los efectos en la salud de la reclusión en régimen de aislamiento, véase Peter Shcharff Smith, “The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates. A Brief History and Review of the Literature”, en *Crime and Justice*, vol. 34, 2006; Craig Haney, “Mental Health Issues in Long-Term Solitary and ‘Supermax’ Confinement”, en *Crime and Delinquency* 49(1), 2003; Stuart Grassian, “Psychopathological Effects of Solitary Confinement”, en *American Journal of Psychiatry*, vol. 140, 1983.

⁴ Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Dinamarca (CRC/C/DNK/CO/3, párr. 59 a)).

⁵ *Ramírez Sánchez c. Francia*, Gran Sala, sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 123.

⁶ Rod Morgan y Malcolm Evans, *Combating Torture in Europe*, 2001, pág. 118. Véase también la recomendación Rec(2003)23 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, párrs. 7, 20 y 22.

⁷ Véase la recomendación Rec(2006)2 del Comité de Ministros del Consejo de Europa adoptada por el Comité de Ministros el 11 de enero de 2006 en la 952^a reunión de los delegados de los Ministros, párr. 60.5. Véase también CPT, 2° Informe General (1991), párr. 56.

Enlaces y recursos

Enlaces y recursos en Inglés

Human rights bodies and legal instruments

Office of the UN High Commissioner on Human Rights (OHCHR) www.ohchr.org
(Contains international law texts and materials and links to other UN bodies)

Committee for the Prevention of Torture (CPT) www.cpt.coe.int
(Contains country reports and CPT Standards)

European Court of Human Rights (ECtHR) www.echr.coe.int/echr
(Contains case law of the Court)

Non-governmental organisations

Amnesty International (AI) www.amnesty.org

Association for the Prevention of Torture (APT) www.apr.ch

Human Rights Watch (HRW) www.hrw.org

Prison Reform International (PRI) www.penalreform.org

Professional Associations

British Medical Association (BMA) www.bma.org.uk

British Psychological Association (BPS) www.bps.org.uk

International Council of Nurses (ICN) www.icn.ch

Royal College of Psychiatrists www.rcpsych.ac.uk

World Health Organisation (WHO) www.who.int

World Medical Association (WMA) www.wma.net

England and Wales

Her Majesty's Inspectorate of Prisons (HMCIPI) <http://inspectors.homeoffice.gov.uk/hmciiprison>

Prisons and Probation Ombudsman www.ppo.gov.uk

Prison Reform Trust (PRT) www.prisonreformtrust.org.uk

International Centre for Prison Studies www.kcl.ac.uk/schools/law/research/icps

Electronic copies of the Sourcebook on solitary confinement and additional links and resources can be found on the Solitary Confinement website: www.solitaryconfinement.org

Enlaces y recursos en Español

Instrumentos relevantes del Sistema Interamericano

- [Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre \(1948\)](#)
- [Convención Americana sobre Derechos Humanos \(1969\)](#)
- [Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura \(1985\)](#)
- [Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas \(1994\)](#)
- [Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas \(2008\)](#)

Instrumentos relevantes del Sistema de la Organización de Naciones Unidas

- [Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos \(1966\)](#)
- [Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes \(1984\)](#)
- [Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes \(2002\)](#)
- [Convención sobre los Derechos del Niño \(1989\)](#)
- [Convención Internacional para la Protección de todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas \(2006\)](#)
- [Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos \(1955\)](#)
- [Conjunto de Principios para la Protección de todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión \(1988\)](#)
- [Principios Básicos para el Tratamiento de Reclusos \(1990\)](#)
- [Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad \(1990\)](#)
- [Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, Especialmente los Médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes \(1982\)](#)
- [Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad -Reglas de Tokio \(1990\)](#)
- [Principios Básicos sobre el Empleo de la fuerza y de armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley \(1990\)](#)
- [Principios Relativos a la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes \(2000\)](#)

Organización de las Naciones Unidas

- [Comité de Derechos Humanos \(HRC\)](#)

- [Comité contra la Tortura \(CAT\)](#)
- [Subcomité sobre Prevención de la Tortura \(SPT\)](#) *Sólo disponible en inglés*
- [Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria](#)
- [UN Special Rapporteur on Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment](#) *En inglés solamente*
- [United Nations Office on Drugs and Crime \(UNODC\)](#) *Sólo disponible en inglés*
- [Organización Panamericana de la Salud \(OPS\)](#)

Otros enlaces relevantes

- [Iniciativa contra la tortura](#) *Sólo disponible en inglés*
- [Comité Internacional de la Cruz Roja](#)
- [Asociación para la Prevención de la Tortura](#)
- [Reforma Penal Internacional](#)
- [Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente \(ILANUD\)](#)
- [Organización Mundial contra la Tortura \(OMCT\)](#)

Bibliografía

Abbott, J.H., (1982) *In the Belly of the Beast: Letters from Prison*. New York: Vintage Books.

Adams, R., (1994) *Prison Riots in Britain and the USA*. 2nd ed. London: Macmillan Press
All Parliamentary Group on Prison Health (2006) *The Mental Health Problem in UK HM Prisons*.

Amnesty International, (1980) *Prison Conditions of Persons Suspected or Convicted of Politically Motivated Crimes in the FRG: Isolation and Solitary Confinement*. AI Index: EUR 32/01/80.

Andersen, H.S., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R. (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.

Association for the prevention of torture (APT), *Monitoring Places of Detention: A Practical Guide*. Geneva, April 2004

Benjamin, T.B. and Lux, K., (1977) Solitary Confinement as Psychological Punishment. *California Western Law Review*, 13:265-296.

Binda, H., (1975) Effects of Increased Security on Prison Violence. *Journal of Criminal Justice*, 3:33-46.

Bottoms, A.E., (1999) Interpersonal Violence and Social Order in Prisons. IN: Tonry, M. and Petersilia, J., eds. *Crime and Justice: a review of research*. Vol. 26, Prisons. Chicago and London: University of Chicago Press.

Briggs et al. (2003). 'The effects of supermaximum security prisons on aggregate levels of institutional violence', *Criminology*, Vol.41 (4) pp 1341-1376.

British Medical Association Ethics Department, (2004) *Medical Ethics Today*.

British Medical Association (2001) *The Medical Profession and Human Rights*, London and New York: Zed Books.

Brodsky, S.L., and Scogin, F.R., (1988) Inmates in Protective Custody: First Data on Emotional Effects. *Forensic Reports* 1:267-280

Buchanan, R.A., Unger, C.A. and Whitlow, K.L., (1988) *Disruptive Maximum Security Inmate Management Guide*. Washington DC: US Department of Justice, National Institute of Corrections.

Campaign to Stop Control Units Report, 1997

Charriere, H., (1970) *Papillon*. London: Panther Books.

Cloyes, K.G., Lovell, D., Allen, D.G., Rhodes, L.A. (2006) *Assessment of psychological impairment in a supermaximum security sample*. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 33(6):760-781.

Cohen, S. and Taylor, L., ([1972]1981) *Psychological Survival: The Experience of Long-Term Imprisonment*. 2nd ed. Harmondsworth, Penguin Books.

- Coid, J., Petruckevitch, A., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T., Lewis, G., Farrell, M., Singleton, N. (2003). Psychiatric morbidity in prisoners and solitary cellular confinement, I: disciplinary segregation. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 14 No. 2:298-319, September.
- Coid, J., Petruckevitch, A., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T., Lewis, G., Farrell, M., Singleton, N. (2003). Psychiatric morbidity in prisoners and solitary cellular confinement, II: special ('strip') cells. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 14 No. 2:320-340, September.
- Colvin, M., (1992) *The Penitentiary in Crisis- From Accommodation to Riot in New Mexico*. Albany: State University of New-York Press.
- Commission on Safety and Abuse in America's Prisons: Confronting Confinement, June 2006.
- Coyle, A. (2002), A Human Rights Approach to Prison Management, International Centre for Prison Studies, London.
- Evans, R. (1982) *The Fabrication of Virtue: English prison Architecture 1750-1840*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ecclestone, C., Gendreau, P. and Knox, C., (1974) Solitary confinement of prisoners: an assessment of its effects on inmates' personal constructs and adrenocortical activity. *Canadian Journal of Behavioural Science Review*, 6(2):178-191.
- Fairweather, L. (2000) Psychological effects of the prison environment. IN: Fairweather, L. and McNoville, S., eds. (2000) *Prison Architecture: Policy, Design and Experience*. London: Architectural Press.
- Faris, R.E., (1934) Cultural Isolation and the Schizophrenic Personality. *American Journal of Sociology*, September, 40(2):155-164.
- Gendreau, P. and Bonta, J., (1984) Solitary confinement is not Cruel and Unusual Punishment: People Sometimes Are! *Canadian Journal of Criminology*, 26:467-478.
- General Medical Council, Good Practice Guidance on Confidentiality: Protecting and Providing Information, April 2004.
- Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other Inmates*. Garden City, New York: Anchor Books.
- Grassian, S., (1983) Psychopathological Effects of Solitary Confinement. *American Journal of Psychiatry*, 140(11):1450-1454.
- Grassian, S. and Friedman N., (1986) Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement. *International Journal of Law & Psychiatry*, 8:49-65.
- Grassian, S. (2006) Psychiatric Effects of Solitary Confinement, *Journal of Law and Policy*, Vol.22:325-383.
- Haney (2003) Mental Health Issues in Long-Term Solitary and 'Supermax' Confinement. *Crime & Delinquency*, 49(1):124-156.
- Haney, C. and Lynch, M., (1997) Regulating Prisons of the Future: Psychological Analysis of Supermax and Solitary Confinement. *New York University Review of Law & Social Change*, XXIII (4):477-570.

- Hills, H., Siegfried, C., Ickowitz, A. (2004) *Effective Prison Mental Health Services: guidelines to expand and improve treatment*. U.S. Department of Justice National Institute of Corrections.
- Hocking, F., (1970) Extreme environmental stress and its significance for psychopathology, *American Journal of Psychiatry*, 24:4-26.
- Hodgins, S. and Cote, G., (1991) The Mental health of penitentiary inmates in isolation. *Canadian Journal of Criminology*, April 1991:175-182.
- Hunt, G. et al., (1999) Changes in Prison Culture: Prison Gangs and the Case of the Pepsi Generation. *Soc. Prob.* Issue 40.
- HM Chief Inspectorate of Prisons for England and Wales, Expectations: criteria for assessing the condition in prisons and the treatment of prisoners (updated regularly).*
- Human Rights Watch, "Like the Dead in Their Coffins" Torture, Detention and the Crushing of Dissent in Iran; June 2004, Vol. 16, No.2 (E)*
- Human Rights Watch, Locked Up Alone: Detention Conditions and Mental Health at Guantanamo, June 2008.*
- Joint Parliamentary Committee on Human Rights (2004) Third Report Session 2004-05, HL 15/I/HC 137-I.
- Korn, R. (1988) The effects of confinement in the High Security Unit at Lexington. *Social Justice*, 15(1):8-19
- Kupers, T. (1999) *Prison Madness: The Mental Health Crisis Behind Bars and What we Must do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McCleery, R., (1961) Authoritarianism and the Belief System of the Incurables. IN: Cressey, D., (ed.) *The Prison*. New York: Holt, Rinehart and Winston, pp.260-306.
- McConville, S., (1981) *A History of English Prison Administration*. London: Routledge and Kegan.
- Mead, G. H., (1934) *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Miller, H. (1994) Reexamining Psychological Distress in the Current Conditions of Segregation. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 1:39-53
- Miller, H. and Young, G. (1997) Prison segregation: administrative detention remedy of mental health problem? *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 7:85-94
- Morgan, R. and Evans, M. (2001) *Combating torture in Europe*. Strasburg: Council of Europe Publishing.
- Morris, N. and Rothman, D., eds. (1998) *The Oxford History of the Prison: The Practice of Punishment in Western Society*. Oxford: Oxford University Press
- Mottram, P. (2007) *HMP Liverpool, Styal and Hindley Study Report*, University of Liverpool
- Moyer, F., (1975) The Architecture of closed institutions. IN: United Nations Social Defence Research Institute (UNSDRI) *Prison Architecture: An International Survey of Representative and Closed Institutions and Analysis of Current Trends in Prison Design* (prepared by G.D. Gennaro). London: The Architectural Press, pp.53-66.

Murdoch, J. (2006) *The treatment of prisoners: European Standards*. Strasburg: Council of Europe Publishing.

National Offender Management Service, Safer Custody Group. Self Inflicted Deaths Annual Report 2004/5.

Nitsche, P., and Williams, K., (1913) *The History of the Prison Psychosis*. *Nervous and Mental Disease Monograph Series*, No.13. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Company.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2005) *Human Rights and Prisons*, Professional Training Series No.11, available online at: www.ohchr.org

Parenti, C. (1999) *Lockdown America: Police and Prisons in the Age of Crisis*. London: Verso.

Physicians for Human Rights and the School of Public Health and Primary Health Care University of Cape Town (2002) *Dual Loyalty & Human Rights in Health Profession Practice*. A Project of the International Dual Loyalty Working Group

Physicians for Human Rights (PHR) (2005) *Break them down: systematic use of psychological torture by US forces* Physicians for Human Rights, USA.

Prison Reform International (2003) Training Manual no. 1: *Human Rights and Vulnerable Prisoners*

Rasmussen, J. (Ed.) (1973) *Man in Isolation & Confinement*, Chicago: Aldine Publishing Company

Reyes, H. *The worst scars are in the mind: psychological torture*, International Review of the Red Cross, Volume 89 No. 867 September 2007 pp 591-617.

Rickford, D. and Edgar, K. *Troubled Inside: Responding the Mental Health Needs of Men in Prison*, Prison Reform Trust, 2005

Riveland, C., (1999) *Supermax prisons: Overview and General Considerations*. Washington DC: US Department of Justice, National Institute of Corrections

Rhodes, L.A. (2004) *Total confinement: madness and reason in the maximum security prison*. Berkley and Los Angeles: University of California Press.

Robbins et al. (2005), *Psychiatric problems of detainees under the Anti-Terrorism Crime and Security Act 2001*. *Royal College of Psychiatrists*, *Psychiatric Bulletin* 29:407-409

Rothman, D.J. (1980) *Conscience and Convenience: The Asylum and its Alternatives in Progressive America*. Boston: Little, Brown and Company.

Royal College of Psychiatrists (2006) *Good Psychiatric Practice: Confidentiality and Information Sharing*, CR 133.

Royal College of Psychiatrists (1998) *Management of imminent violence*, OP 41.

Scharff-Smith, P., (2004) *A Religious Technology of the Self: rationality and religion in the rise of the modern penitentiary*. *Punishment and Society*, 6(2):195-220.

Scharff-Smith, P., (2006) "The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates. A Brief History and Review of the Literature" *Crime and Justice* Vol. 34: 441-528

Scott, G.D. and Gendreau, P., (1969) *Psychiatric Implications of Sensory Deprivation in a Maximum Security Prison*. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 14(1):337-341.

- Shalev, S. (2009) *Supermax: controlling risk through solitary confinement*. Devon: Willan Publishing
- Shalev, S. (2007) "The power to classify: avenues into a supermax prison" in: Downes, D., Rock, P., Chinkin, C. and Gearty, C. (Eds.) *Crime, Social Control and Human Rights: From moral panics to states of denial*, Devon: Willan Publishing, pp. 107-119.
- Sestfot, D.M., Andersen, H.S., Lillebaek, T. and Gabrielsen, G., (1998) Impact of solitary confinement on hospitalisation among Danish prisoners in custody. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1):99-108.
- Siegel, R., (1984) Hostage Hallucinations: Visual Imagery Induced by Isolation and Life-Threatening Stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17(5):264-272.
- Smith, S. and Lewty, W., (1959) Perceptual isolation using a silent room. *Lancet*, 2:342-345.
- Solomon, P. et al., eds. *Sensory Deprivation*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Suedfeld, P., (1975) The Benefits of Boredom: Sensory Deprivation Reconsidered. *American Scientist*, Jan-Feb, 63:60-69.
- Suedfeld, P. and Roy, C., (1975) Using Social Isolation to Change the Behaviour of Disruptive Inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 19:90-99.
- Suedfeld, P., Ramirez, C., Deaton, J. and Baker-Brown, G., (1982) Reactions and Attributes of Prisoners in Solitary Confinement. *Criminal Justice and Behaviour*, 9(3):303-340.
- Sutherland, E.H., and Cressey, D.R., (1955) *Principles of criminology*, 5th Ed. New York: J.B. Lippincott Company.
- Sykes, G., (1958) *The Society of Captives: A Study of Maximum Security Prison*. Princeton: Princeton University Press
- Toch, H (1992) *Mosaic of Despair: Human Breakdown in Prison*. Washington DC: American Psychological Association.
- UN Human Rights Committee (2001) A/56/156.
- UN Human Rights Committee, Concluding Remarks on Denmark. 31/10/2000. CCPR/CO/70/DNK
- UN Special Rapporteur on the question of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment Report (1999) UN doc. A/54/426
- UN Special Rapporteur on the question of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment Report (1995) UN doc. E/CN.4/1995/34
- Wakefield, D., (1980) *A Thousand Days of Solitary*. London: National Prisoners' Movement (PROP).
- Walters, R.H., Callagan, J.E. and Newman, A.F., (1962) The effects of solitary confinement on prisoners. *American Journal of Psychiatry*, 119(5):771-773.
- World Health Organisation (WHO) Health in Prisons: a WHO Guide to the essentials in prison health. 2007
- Zuckerman, M., (1964) Perceptual isolation as a stress situation. *Archives of General Psychiatry*, pp.255-276.

Solitary confinement

