



AMA Journal of Ethics®

Abril de 2022, volumen 24, número 4: E267-274

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cuáles deberían ser las mejores prácticas en evaluaciones forenses médicas y psicológicas para niños que solicitan asilo?

Maria Joy Ferrera, PhD, LCSW y Minal Giri, MD

Resumen

El proceso para recibir asilo es complejo y normalmente lleva meses o años. Quienes solicitan asilo enfrentan un alto riesgo de ser rechazados en los Estados Unidos. Debido a que las evaluaciones médicas y psicológicas ayudan a obtener resultados exitosos en cuanto al asilo, se han estado estableciendo clínicas de derechos humanos de asilo en todo el país para facilitar este tipo de evaluaciones. El Consorcio de Derechos Humanos del Centro de EE.UU., una iniciativa multiinstitucional e interdisciplinaria, trabaja para agilizar el proceso de derivaciones y aumentar la cantidad de evaluadores mediante la capacitación y mentoría de los profesionales. Se necesita más información para establecer mejores prácticas con base en evidencia, centradas en los niños y con datos sobre traumas en las capacitaciones de los evaluadores y las evaluaciones.

La American Medical Association indica que esta actividad de EMC basada en publicaciones tendrá un máximo de un AMA PRA Category 1 Credit™ disponible mediante el AMA Ed Hub™. Los médicos deberán solicitar solo el crédito proporcional a su participación en la actividad.

Caso

AA tenía 17 años cuando su abogado lo derivó para que recibiera una evaluación forense psicológica para asilo. Es una de las tantas personas entrevistadas durante estos procesos de muchos años que implican las evaluaciones. Nació en un país de América Central y llegó a los Estados Unidos el año anterior. Dejó su hogar debido a la violencia de pandillas y creía que su vida correría peligro si regresaba. Fue transferido de un centro de detención de Aduanas y Protección Fronteriza (CBP, por sus siglas en inglés) de EE. UU. a un refugio contratado por la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., que busca asistir y brindar recursos a los refugiados, solicitantes de asilo e inmigrantes recién llegados a los Estados Unidos. Después de ser posiblemente liberado al cuidado de un patrocinador, que debe ser un ciudadano estadounidense o residente permanente legal que acepta ofrecer alimentos, refugio, atención médica y otras necesidades durante al menos seis meses,¹ y que, en este caso, es un amigo de confianza de su familia, AA espera la respuesta a su solicitud de asilo.

Cuando AA tenía nueve años, recibía golpes duros y frecuentes por parte del novio de su madre. A pesar de múltiples llamadas, la policía no intervino y su madre no pudo protegerlo. AA dejó su hogar varias veces para escaparse y vivió sin techo de manera intermitente. A los 14 años, mientras vivía con un amigo, AA fue amenazado con un machete y fue extorsionado para quitarle dinero por parte de miembros de la pandilla Mara Salvatrucha (MS-13). Luego de defenderse del ataque de uno de los miembros de la pandilla, AA quedó gravemente herido. En peligro y sin protección, AA emprendió su camino hacia los Estados Unidos.

Comentario

La historia de AA refleja la realidad de miles de solicitantes de asilo del Triángulo Norte (El Salvador, Guatemala y Honduras) que viajan miles de kilómetros para llegar a la frontera sur de EE. UU. a fin de escapar de la amenaza de MS-13, una de las dos pandillas más grandes del Triángulo Norte.² MS-13 es una pandilla internacional considerada un subproducto de la guerra civil, la compleja historia de la política inmigratoria de los EE. UU. y las políticas nacionales actuales del Triángulo Norte.³ MS-13 se caracteriza por su brutalidad y su uso de violencia extrema.⁴ La histórica inestabilidad política, la corrupción, el fácil acceso a armamento estadounidense, el tráfico internacional de drogas de EE. UU. y la inestabilidad han hecho que los gobiernos del Triángulo Norte no puedan proteger a sus ciudadanos de la violencia pandillera generalizada.⁵ AA solicitó asilo, un tipo de protección para cualquier persona que no pueda o no quiera volver a su país de origen y que no pueda recibir protección en ese país debido a persecución previa o a un miedo fundado de ser perseguido en el futuro debido a su “raza, religión, nacionalidad, participación de un grupo social particular u opinión política”.⁶

Los Estados Unidos actualmente tiene una cantidad récord de jóvenes solicitantes de asilo que llegan a la frontera de México.⁷ Recibir asilo es un proceso complejo que involucra a varias agencias gubernamentales (por ej., el CBP, el Departamento de Seguridad Nacional, la ORR) y demás entidades (por ej., el sistema de tribunales de inmigración, las agencias de reasentamiento comunitarias, **los refugios para menores solos**). Resulta notable que las tasas de rechazo de solicitudes de asilo han alcanzado picos récord, ya que los jueces rechazaron aproximadamente el 74 % de los casos de asilo en el año fiscal 2020.⁸ El proceso mismo puede durar años. Illinois, por ejemplo, tiene uno de los periodos de espera más largos (1,404 días en promedio a octubre de 2021).⁹ Si bien cuentan con autorización para quedarse, los solicitantes de asilo permanecen en un limbo sin situación legal mientras sus casos están pendientes.

El Consorcio de Derechos Humanos del Centro de EE.UU. (MHRC, por sus siglas en inglés), una iniciativa multinstitucional e interdisciplinaria, trabaja para agilizar el proceso de derivaciones y aumentar la cantidad de evaluadores mediante la capacitación y mentoría de los profesionales. Con base en el trabajo del MHRC, la discusión a continuación describe la complejidad de las evaluaciones forenses médicas y de salud mental y la necesidad de establecer lineamientos más claros para las mejores prácticas.

Evaluaciones forenses médicas y psicológicas

Existen pruebas fehacientes de que las evaluaciones forenses médicas y psicológicas ayudan a proporcionar evidencia crucial de trauma, tortura o abuso que puede afectar significativamente el resultado de un caso de solicitud de asilo de un niño solo.^{10,11,12} y aumentar la posibilidad de recibir asilo.^{13,14} La evaluación también puede servir para documentar y concientizar sobre problemas que requieren recursos y servicios

específicos para brindar apoyo al niño (por ej., tratamientos y recursos sobre salud mental, apoyo educativo y atención médica). A pesar de los indiscutibles beneficios de estas evaluaciones, no hay una infraestructura permanente para asegurar que estos niños puedan acceder a ellos. Si bien Chicago es una importante área metropolitana con numerosas organizaciones y refugios destinados a inmigrantes a donde ubican a niños solos, no había, hasta hace poco tiempo, un sistema formal que facilite la colaboración crítica interdisciplinaria necesaria para ofrecer dichas evaluaciones.

Para satisfacer esta necesidad, creamos y desarrollamos el MHRC. Esta iniciativa multiinstitucional e interdisciplinaria contenida dentro del capítulo de Illinois de la Academia Estadounidense de Pediatría ha desarrollado un proceso formal de derivaciones que conecta abogados con evaluadores en nombre de sus clientes solicitantes de asilo. El MHRC también se encarga de capacitar y construir un sector laboral compuesto de profesionales que realicen las evaluaciones y apoyen el establecimiento de clínicas de asilo en toda el área de Chicago.

Establecer los estándares de las evaluaciones

Si el MHRC evalúa de manera apropiada a AA, se deben establecer estándares en las siguientes áreas: (1) mejores prácticas con base en evidencia utilizadas en el proceso de evaluación, (2) capacitación sistematizada y (3) recursos para realizar la evaluación de manera competente y ética.

Proceso de evaluación. Si bien el campo de la medicina de asilo está en expansión y existen lineamientos generales, tales como los lineamientos de los Médicos por lo Derechos Humanos¹⁵ y el Protocolo de Estambul¹⁶ —ambos evalúan a los solicitantes de asilo en búsqueda de señales de tortura y maltrato— no hay un estándar universal para criterios de análisis específico al evaluar a los solicitantes de asilo cuyo trauma no se clasifica estrictamente como tortura. Particularmente, hay poco marco de referencia para las mejores prácticas con base en evidencia al trabajar con niños solos inmigrantes cuyas solicitudes normalmente se encuentran fuera de las categorías tradicionales para calificar para el asilo. Por ejemplo, de no existir tortura o cicatrices ocasionadas por el Estado, ¿debería el tribunal confiar en herramientas o instrumentos psicológicos a fin de obtener información objetiva o información que pueda ser codificada?

Trabajar con niños también conlleva la importancia del consentimiento informado. Al igual que con todas las interacciones clínicas, es esencial obtener consentimiento informado para realizar evaluaciones forenses.¹⁷ Para los niños, el consentimiento informado requiere la autorización de su representante legal.¹⁸ No obstante, a los niños inmigrantes solos e indocumentados no se les asignan tutores legales automáticamente. ¿Quién es responsable de brindar consentimiento en nombre de un niño solo menor de 18 años para someterse a una evaluación forense? ¿Quién protege su historial y de qué manera lo usa el sistema legal o el gobierno? ¿Quién decide cómo se comparte el historial del niño? Es crucial desarrollar un proceso explícito para obtener el consentimiento del niño, sin importar su edad.

Estas preguntas también generan preocupaciones sobre la seguridad de los datos. El proceso de llevar a cabo una evaluación y de intercambiar información con el abogado y demás personas involucradas, está plagado de problemas sobre la propiedad de los datos y seguridad, consideraciones de privacidad¹⁹ y el riesgo de pasar por alto señales que, por ejemplo, involucren barreras de idioma o comunicación o manifestaciones de enfermedades de salud mental. Por ende, las notas potencialmente perjudiciales de un

terapeuta que carece de sensibilidad cultural y que trabaja en un refugio estatal podrían permanecer en el legajo de AA y afectar el resultado de su caso.

El problema de la privacidad de la información de salud y su aplicación a niños solos se está debatiendo en nuestra legislatura.²⁰ Dados los rápidos cambios en la tecnología y los métodos habituales de comunicación electrónica, los lineamientos explícitos sobre la protección de los registros y la información compartida (por ej., la información sobre derivaciones, los borradores de la evaluación) ayudarán a proteger la privacidad del solicitante de asilo. Los lineamientos sobre el nivel de detalle documentado en el legajo, así como el respeto por los deseos del solicitante de asilo sobre las personas con quien se comparte el legajo y cuánta información se comparte, deberían informar los estándares de mejores prácticas.

El proceso de la entrevista conlleva sus propios desafíos. Por ejemplo, las alteraciones de la memoria²¹ debido a un trauma severo pueden afectar la capacidad del solicitante de brindar una narrativa coherente y también su credibilidad. Las alteraciones de la memoria son un riesgo particular para los niños pequeños que han experimentado trauma y vínculos afectados que puedan perjudicar su desarrollo neuronal y su capacidad social y emocional.²² En estos casos, los mejores estándares deberían requerir entrevistas de apoyo por parte de los docentes y cuidadores del niño y documentación de su país de origen, si las hay. Además, los estándares de las mejores prácticas para **entrevistar niños y solicitantes de asilo** que comparten sus narrativas deben incorporar una mirada con información sobre trauma, con especial atención a la manera en la que cuentan su historia y un entendimiento detallado de cómo el trauma puede afectar la memoria. El tipo de información que se retiene en una declaración jurada también tiene que estandarizarse.

Capacitación. El MHRC y otras iniciativas similares pueden aumentar el sector laboral de los evaluadores mediante el apoyo de distintos modelos de evaluación. Cada modelo de evaluación de asilo (por ej., escuela de medicina, centro académico o individual con base en practicantes de la comunidad) presenta un conjunto de desafíos únicos. Idealmente, capacitar a nuevos evaluadores forenses implica oportunidades para que los estudiantes observen cómo se conducen las evaluaciones. No obstante, los clientes normalmente no desean que haya observadores presentes. Asimismo, hay muchos riesgos de volver a causar un trauma cuando los evaluadores les piden a los niños que brinden detalles de su narrativa, especialmente en entornos con varios estudiantes presentes. Si bien las clínicas de educación médica están designadas para procesar las evaluaciones oportunamente, requieren la presencia de estudiantes y observadores durante las entrevistas y exámenes de naturaleza íntima, emocionalmente intensos y potencialmente traumáticos.

Debería hacerse transparente la necesidad de que un solicitante de asilo divulgue narrativas traumáticas sensibles y cicatrices físicas a múltiples personas en un entorno no terapéutico a fines de una capacitación y la evaluación debería estar estructurada para que sea lo menos intrusiva posible. ¿Qué lineamientos que implementen un enfoque con información sobre trauma y considere los mejores intereses y derechos del niño deberían implementarse? Los lineamientos creados originalmente para funcionarios de asilo e inmigración pueden dar a conocer los estándares de mejores prácticas que utilizan un enfoque para las entrevistas con información sobre trauma, incluidos los discursos iniciales adaptados a los niños, el esfuerzo en la relación para hacer que el niño se sienta seguro, los cuestionarios no confrontativos, la escucha activa y el análisis del nivel de confort del niño al hablar con otras personas (por ej., padre o familiar, observador) en la habitación y el nivel de miedo del niño durante la

entrevista.²³ Dado el contenido traumático de la narrativa del niño, el evaluador corre riesgo de experimentar trauma indirecto, por esto la necesidad crucial de la conciencia de sí mismo, la autorreflexión y el apoyo mediante la mentoría y las consultas. Este tipo de apoyo, no obstante, no siempre está disponible. Por último, los médicos clínicos pueden tener capacitación formal en migración forzada, políticas de inmigración, enfermedades mentales, abuso infantil o documentación forense. La capacitación en estas áreas no es requerida ni está regulada, pero su falta puede afectar la calidad de una declaración y las interacciones entre un cliente y su evaluador.

Recursos. Existe variabilidad entre los recursos (por ej., el tiempo, el apoyo institucional y el financiamiento, los espacios físicos para la entrevista forense, la mentoría) que están disponibles para los médicos a fin de conducir las evaluaciones, lo que afecta la capacidad sistémica de cumplir la amplia demanda de evaluaciones. Según la complejidad del caso, puede tomar hasta 10 a 20 horas para completar la evaluación y el informe. Para un profesional de la comunidad, estas evaluaciones laboriosas, que no consideran el tiempo, normalmente se realizan pro bono o por fuera del horario de la clínica, mientras que las clínicas dirigidas por estudiantes de medicina y aquellas que operan dentro de un entorno académico tienen el tiempo y la infraestructura para compensar el costo. Las clínicas académicas que operan dentro de los centros médicos y las universidades que no son dirigidas por estudiantes pueden ofrecer médicos más experimentados sin requerimientos de estudiantes. Sin embargo, las clínicas académicas solo pueden recibir una cantidad limitada de clientes.

Conclusión

Salvo el periodo entre 2016 y 2020, a los solicitantes de asilo se les ha permitido entrar a los Estados Unidos mientras se procesan sus solicitudes.²⁴ Los Estados Unidos anticiparon que habría más de 300,000 solicitantes de asilo y refugiados en el año fiscal de 2021,²⁵ un número que probablemente se verá afectado —a pesar de los intentos de evitarlo— por la política reestablecida recientemente llamada “Permanecer en México” (es decir, los Protocolos de Protección al Migrante), en la que los solicitantes de asilo esperan en México a que sus casos se traten en los tribunales estadounidenses de inmigración. Hasta octubre de 2021, restan más de 1.4 millones de casos de inmigración pendientes,²⁶ cada uno de ellos requiere servicios legales, sociales y de atención médica para los solicitantes y capacitación para los funcionarios, evaluadores de salud, abogados y jueces sobre cuidado con información sobre trauma. Mientras que la cantidad de clínicas de asilo en los EE. UU. ha aumentado, el campo de la medicina de asilo sigue creciendo y evolucionando.¹⁷

A medida que el MHRC trabaja para fortalecer su red y crear estándares para mejores prácticas, debe continuar con su colaboración con varios profesionales y participantes involucrados en el proceso de evaluación de asilo y con la implementación de una mirada transdisciplinaria para llegar a un consenso sobre cuáles deberían ser los estándares de mejores prácticas para las evaluaciones de asilo. Si bien hay evidencia de que las tasas de éxito de asilo han aumentado con la administración actual,²⁷ comprender qué factores han contribuido a estas tasas de éxito puede ayudar a informar las prácticas más amplias de los abogados y los evaluadores que trabajan con los solicitantes. Puntualmente, comprender qué elementos contribuyen a una evaluación de asilo más robusta debería coadyuvar a informar sobre las mejores prácticas.

Aumentar el diálogo en las mesas redondas, conferencias y capacitaciones que involucran a profesionales de la medicina y la salud mental, abogados, jueces y solicitantes de asilo o refugiados es clave para promover un mejor entendimiento de los

efectos inmediatos y a largo plazo del trauma complejo de los niños que han estado en peligro en su país de origen y experimentan una continua sensación de miedo. Además, será indispensable abogar por apoyo y financiación legislativa y estructural para aumentar la **representación legal**, la capacidad del sector laboral de los evaluadores y la implementación de mejores prácticas. Se necesita todavía mucho trabajo colectivo estatal, nacional e internacional.

References

1. Office of Refugee Resettlement. Sponsors and placement: release of unaccompanied children to sponsors in the US. US Department of Health and Human Services. July 21, 2021. Accessed September 17, 2021. <https://www.acf.hhs.gov/orr/about/ucs/sponsors>
2. Williams C. *Why Families Flee: A Study of Family Migration Patterns From the Northern Triangle of Central America*. Bachelor's thesis. University of Mississippi; 2020. Accessed February 8, 2022. https://egrove.olemiss.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2557&context=hon_thesis
3. Dudley S, Ávalos HS, Martínez JJ. *MS13 in the Americas: How the World's Most Notorious Gang Defies Logic, Resist Destruction*. InSight Crime; Center for Latin American & Latino Studies; 2018. Accessed February 8, 2022. <https://insightcrime.org/wp-content/uploads/2018/02/MS13-in-the-Americas-InSight-Crime-English-3.pdf>
4. MS-13 gang: the story behind one of the world's most brutal street gangs. *BBC News*. April 19, 2017. Accessed April 13, 2020. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-39645640>
5. Dowd JE. *A Credible Fear: The Politics of Gang Violence in the Northern Triangle*. Master's thesis. City University of New York; 2019. Accessed February 8, 2022. https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4331&context=gc_etds
6. UN General Assembly. *Convention Relating to the Status of Refugees*. *United Nations Treaty Series*. 1954:189:137-220. Accessed April 13, 2021. <https://www.refworld.org/docid/3be01b964.html>
7. Miroff N, Sacchetti M. Family groups crossing border in soaring numbers point to next phase of crisis. *Washington Post*. March 28, 2021. Accessed April 13, 2021. https://www.washingtonpost.com/national/migrant-families-border/2021/03/28/355c59a2-8d70-11eb-aff6-4f720ca2d479_story.html
8. Asylum denial rates continue to climb. TRAC (Transactional Records Access Clearinghouse). October 28, 2020. Accessed April 15, 2021. <https://trac.syr.edu/immigration/reports/630/>
9. Immigration court processing time by outcome (by removals, voluntary departures, terminations, relief, administrative closures). TRAC (Transactional Records Access Clearinghouse). December 2021. Accessed February 8, 2022. https://trac.syr.edu/phptools/immigration/court_backlog/court_proctime_outcome.php
10. Patel NA, Sreshta N. The role of psychiatrists in the growing migrant and refugee crises. *Am J Psychiatry Resid J*. 2017;12(7):6-8.
11. McKenzie KC, Bauer J, Reynolds PP. Asylum seekers in a time of record forced global displacement: the role of physicians. *J Gen Intern Med*. 2019;34(1):137-143.
12. Scruggs E, Guetterman TC, Meyer AC, VanArtsdalen J, Heisler M. "An absolutely necessary piece": a qualitative study of legal perspectives on medical affidavits in the asylum process. *J Forensic Leg Med*. 2016;44:72-78.

13. Lustig SL, Kureshi S, Delucchi KL, Iacopino V, Morse SC. Asylum grant rates following medical evaluations of maltreatment among political asylum applicants in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2008;10(1):7-15.
14. Atkinson HG, Wyka K, Hampton K, et al. Impact of forensic medical evaluations on immigration relief grant rates and correlates of positive outcomes in the United States. *J Forensic Leg Med*. 2021;84:102272.
15. Physicians for Human Rights. *Examining Asylum Seekers: A Clinician's Guide to Physical and Psychological Evaluations of Torture and Ill-Treatment*. 2nd ed. Physicians for Human Rights; 2012.
16. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. United Nations; 2004. Accessed February 8, 2022. <https://www.ohchr.org/documents/publications/training8rev1en.pdf>
17. Ferdowsian H, McKenzie K, Zeidan A. Asylum medicine: standard and best practices. *Health Hum Rights*. 2019;21(1):215-225.
18. De Lourdes Levy M, Larcher V, Kurz R; Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics. Informed consent/assent in children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP). *Eur J Pediatr*. 2003;162(9):629-633.
19. Dreier H. Trust and consequences. *Washington Post*. February 15, 2020. Accessed February 8, 2022. <https://www.washingtonpost.com/graphics/2020/national/immigration-therapy-reports-ice/>
20. Immigrants' Mental Health Act of 2021, HR 2480, 117th Cong (2021-2022). Accessed November 19, 2021. <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/2480?s=1&r=99>
21. Strange D, Takarangi MK. Memory distortion for traumatic events: the role of mental imagery. *Front Psychiatry*. 2015;6:27.
22. Carrion VG, Wong SS. Can traumatic stress alter the brain? Understanding the implications of early trauma on brain development and learning. *J Adolesc Health*. 2012;51(2)(suppl):S23-S28.
23. Jain A, Lee J. Interviewing refugee children: theory, policy, and practice with traumatized asylum seekers. *Yale J Law Fem*. 2018;29:421-464.
24. Spagat E. Biden to slowly allow 25,000 people seeking asylum into US. *AP News*. February 12, 2021. Accessed April 15, 2021. <https://apnews.com/article/biden-25000-asylum-seekers-782c8495f29d9d73f2ffc80d5b2a2aef>
25. US Department of State; US Department of Homeland Security; US Department of Health and Human Services. Report to Congress on proposed refugee admissions for fiscal year 2021. US Department of State; 2020. Accessed April 13, 2021. <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/10/FY21-USRAP-Report-to-Congress-FINAL-for-WEBSITE-102220-508.pdf>
26. Immigration Court Backlog Tool. TRAC (Transactional Records Access Clearinghouse). Updated October 2021. Accessed December 1, 2021. https://trac.syr.edu/phptools/immigration/court_backlog/
27. Asylum grant rates climb under Biden. TRAC (Transactional Records Access Clearinghouse). November 10, 2021. Accessed November 16, 2021. <https://trac.syr.edu/whatsnew/email.211110.html>

Maria Joy Ferrera, PhD, LCSW es trabajadora social con licencia y profesora asociada en el Departamento de Trabajo Social en DePaul University en Chicago, Illinois. También es

codirectora del Centro para la Equidad Sanitaria de la Comunidad, cofundadora y copresidenta de la Coalición para la Salud Mental de los Inmigrantes y miembro del comité de coordinación del Consorcio de Derechos Humanos del Centro de EE.UU.

Minal Giri, MD es pediatra general y fundadora y presidenta del Capítulo de Illinois de la Iniciativa de Salud de Niños Inmigrantes de la Academia Estadounidense de Pediatría, y el Consorcio de Derechos Humanos del Centro de EE.UU. También es miembro del comité ejecutivo del Consejo de la Academia Estadounidense de Pediatría para la Salud de Familias y Niños Inmigrantes.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(4):E267-274.

DOI

10.1001/amajethics.2022.267.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.