

Trabajo Fin de Máster

Memoria de Investigación

***El abordaje en salud mental de Menores Extranjeros No
Acompañados en Tenerife. Una revisión de procedimientos
socio-sanitarios desde la perspectiva de la bioética narrativa.***

Estudiante: **Vicente Moreno Solís**

Tutor: Catedrático **Domingo Fernández Agis**

Máster Interuniversitario ULL-ULPGC Bioética y Bioderecho

Curso: 2022-2023

Universidad de La Laguna

Final Master's Project

Research Report

**The mental health approach to Unaccompanied Foreign Minors in
Tenerife. A review of socio-sanitary procedures from the perspective of
narrative bioethics**

Student: Vicente Moreno Solis

Tutor: Prof. Domingo Fernández Agis

MSc Bioethics and Biolaw (ULL/ULPGC)

Course: 2022-2023

University of La Laguna

RESUMEN

Los Menores Extranjeros No Acompañados son una realidad y un reto para la asistencia jurídica, la atención en protección y la intervención sociosanitaria y psicosocial en Canarias y, en concreto, en la isla de Tenerife. Situación que viene complejizándose desde el cambio de siglo.

Diferentes actualizaciones al marco jurídico-administrativo han animado a las diferentes entidades con competencia a nivel estatal, autonómico e insular a desarrollar planes, programas y proyectos que busquen satisfacer las necesidades de este colectivo de alta vulnerabilidad, atendiendo a las circunstancias particulares de su proceso migratorio.

Las dificultades en salud mental fruto del “fracaso” en el proceso de adaptación e integración social se han identificado y siguen demandando una respuesta.

Mediante la realización de una investigación de tipo cualitativa-reflexiva, desde un enfoque de la bioética narrativa, que ha permitido revisar y comparar los principios procedimientos sociosanitarios disponibles en la región se concluye que, si bien se han logrado avances en una toma de conciencia de las necesidad de satisfacer las necesidades de este colectivo, haciendo énfasis en el campo de salud mental, todavía queda mucho camino por recorrer para que esa satisfacción sea efectiva. Principalmente porque no se ha avanzado lo suficiente en la coparticipación que permitiría la construcción de procesos de recuperación emocional desde una perspectiva más ecológica, orientada para y desde el propio menor inmigrante y su cultura de referencia.

PALABRAS CLAVE

Menores Extranjeros No Acompañados, Bioética Narrativa, Salud Mental, Procedimientos Sociosanitarios, Marco jurídico-administrativo.

ABSTRACT

Unaccompanied Foreign Minors are a reality and a challenge for legal assistance, protection care and socio-sanitary and psychosocial intervention in the Canary Islands and, specifically, on the island of Tenerife. This situation has been becoming more complex since the turn of the century.

Different updates to the legal-administrative framework have encouraged the different entities with jurisdiction at the state, regional and island level to develop plans, programs and projects that seek to meet the needs of this highly vulnerable group, taking into account the particular circumstances of their migration process. .

The difficulties in mental health resulting from the "failure" in the process of adaptation and social integration have been identified and continue to demand a response.

By carrying out a qualitative-reflexive investigation, from a narrative bioethics approach, which has allowed us to review and compare the principles of socio-sanitary procedures available in the region, it is concluded that, although progress has been made in raising awareness of the need to satisfy the needs of this group, emphasizing the field of mental health, there is still a long way to go for this satisfaction to be effective. Mainly because there has not been enough progress in the co-participation that would allow the construction of emotional recovery processes from a more ecological perspective, oriented to and from the immigrant minor himself and his culture of reference.

KEYWORDS

Unaccompanied Foreign Minors, Narrative Bioethics, Mental Health, Sociosanitary Procedures, Legal-administrative framework.

Sumario

Índice de Tablas y Gráficas [7]

1. Introducción [8]
2. Justificación [14]
3. Pregunta de investigación [15]
4. Objetivo General [16]
5. Objetivos Específicos [16]
6. Metodología de Investigación [17]
7. Menores extranjeros no acompañados. Situación jurídico-administrativa. [17]
 - 7.1. Normativa Internacional [17]
 - 7.2. Normativa Nacional [22]
 - 7.3. Normativa Autonómica [27]
8. Necesidades en salud mental desde una perspectiva de la Bioética Narrativa. [31]
 - 8.1. Síntoma y adaptación [31]
 - 8.2. Principios de la bioética narrativa [33]
9. Hacia una clínica del sujeto. Acción terapéutica, narración y cultura. [36]
10. Procedimientos Sociosanitarios para la atención en salud mental de los Menores Extranjeros No Acompañados. [39]
 - 10.1 Síntesis de procedimientos de atención en salud mental infanto-juvenil en Canarias [42]
 - 10.1.1. Plan de Salud de Canarias (2016-2017) [43]
 - 10.1.2. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 [44]
 - 10.1.2.1 Órganos Colegiados [45]
 - 10.1.2.2. Manuales de Atención en Salud Mental [46]
 - 10.1.2.3. Red de Recursos Sanitarios Especializados en Salud Mental [46]

10.1.2.4. Trayectorias asistenciales de las Personas con Trastorno Mental [47]

10.1.2.5. Coordinación Interinstitucional en Salud Mental Infanto-Juvenil [49]

10.1.2.6. Línea Estratégica No. 4: Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil [49]

10.1.3. Estrategia Canaria de Infancia, Adolescencia y Familia (2019-2023) [52]

10.1.4. Plan Insular de Infancia y Adolescencia de Tenerife (2018-2021) [56]

10.1.5. Protocolo de Actuación y Coordinación para la Atención Sanitaria de Menores Inmigrantes (2004) [57]

10.2. Procedimientos sociosanitarios/psicosociales y satisfacción de necesidades de salud mental en Menores Extranjeros No Acompañados.[58]

11. Conclusiones [64]

12. Referencias Bibliográficas [67]

Índice de Tablas y Gráficas

- Gráfica 1. Menores Extranjeros No Acompañados recibidos en España [9]
- Gráfica 2. Incidencia de Menores Extranjeros No Acompañados residentes en España por Comunidad Autónoma. Año 2020. [10]
- Gráfica 3. Incidencia de Menores Extranjeros No Acompañados residentes en España por Comunidad Autónoma. Año 2021. [11]
- Gráfica 4: Nacionalidades de los Menores Extranjeros No Acompañados tutelados por la Gobierno de Canarias. [12]
- Gráfica 5. Menores Extranjeros No Acompañados atendidos administrativamente en Canarias (por instituciones) [13]
- Gráfica 6: Combinación Óptima de los servicios de Salud Mental. Pirámide marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [38]
- Gráfica 7: Objetivos de desarrollo de la Línea de Actuación No. 5 [54]
- Gráfica 8: Procedimiento de atención sociosanitaria a Menores Inmigrantes [57]
- Tabla 1: Síntesis Marco Legal Protección a la Infancia en España [24]
- Tabla 2: Normas legales a nivel autonómico [28]
- Tabla 3: Organigrama de Procesos de Centros de Acogida [41]
- Tabla 4: Procesos/Procedimientos de atención psicosocial y sociosanitaria a Menores con impacto en la isla de Tenerife (2016-2023) [42]
- Tabla 5: Niveles de atención sociosanitaria en población infanto-Juvenil en Canarias. [48]
- Tabla 6: Principios rectores de la Línea estratégica No.4: Atención a la salud mental infanto-juvenil [49]
- Tabla 7: Líneas de acción de la Estrategia Canaria de Infancia, Adolescencia y Familia [53]
- Tabla 8: Fortalezas y debilidades de los Procedimientos Sociosanitarios y psicosociales de atención en salud Mental, con énfasis en la intervención con Menores Extranjeros No Acompañados [60]

1. Introducción.

En un artículo publicado en la edición impresa del diario insular Canarias 7 se podía leer, con fecha de septiembre de 2022, el siguiente titular: “Canarias tutela al 26% de los menores migrantes acogidos en España” (EFE,2022).

Habían pasado más de tres lustros de la vivencia de lo que se denominó coloquialmente “la crisis de los cayucos”. Una compleja situación que evidenciaba que desde inicios de siglo se había incrementado inusitadamente la llegada, de manera ilegal, de personas (menores incluidos) usando la ruta de canarias; una de las puertas que el tráfico de personas ha potencializado en los últimos tiempos para conseguir llegar a Europa (Observatorio, 2010).

Con posterioridad a la crisis financiera mundial de 2008 se vivió un proceso de estancamiento y ralentización de la llegada ilegal de personas a las costas Canarias, pero en los últimos cinco años (2018-2023) y, a pesar de las limitaciones sufridas a nivel mundial, desde 2020, por los confinamientos para manejar la pandemia de la COVID-19, se ha observado un repunte de esta vía de acceso al continente europeo, llevando al límite a los servicios de menores de las islas (DGPIF, 2023; Defensoría del Pueblo, 2021).

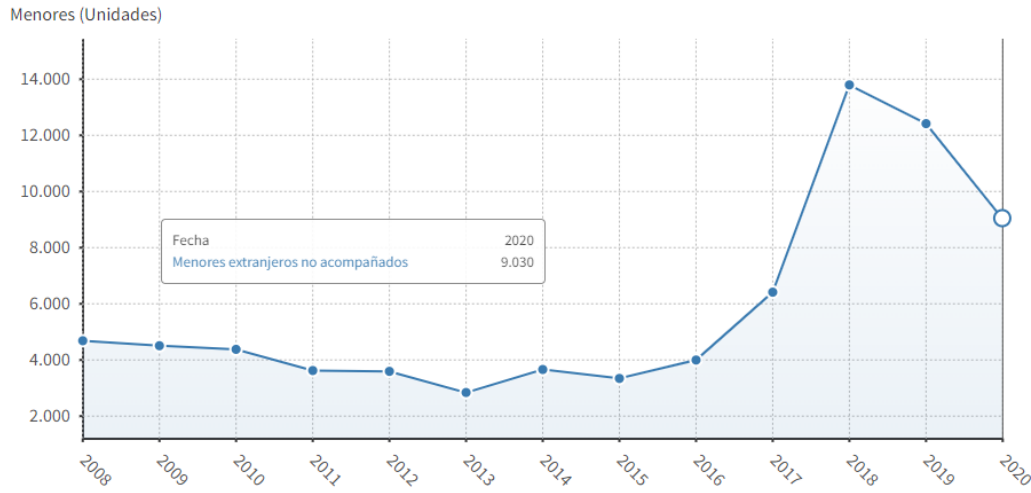
En todo este tiempo diferentes instituciones, con prevalencia las del sector judicial y de protección a la infancia, se han hecho cargo del estatus migratorio, la protección internacional y las satisfacción de necesidades de los Menores Extranjeros No acompañados (AEBOE, 2023; Observatorio, 2010).

Un Menor Extranjero No Acompañado hace referencia a un individuo menor de 18 años cuyo nacimiento no se ha producido en España o en alguno de los estados miembros de la Unión Europea o estados asociados y que ingresa al país de manera irregular sin acompañamiento de un adulto responsable de referencia (Martín et al, 2021).

Según estadísticas oficiales recientes (Gráfica 1), el número de Menores Extranjeros NO acompañados supera nueve mil individuos a nivel nacional (Extranjería, 2023; Defensoría del Pueblo, 2021).

Gráfica 1. Menores Extranjeros No Acompañados recibidos en España

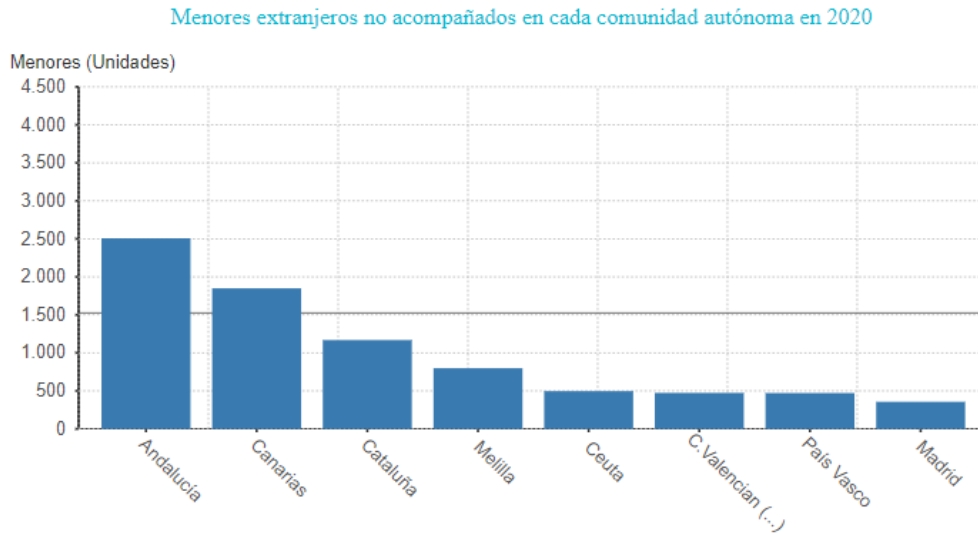
Número de menores extranjeros no acompañados en España



Fuente: **Comisaría General de Extranjería y fronteras / Defensor del pueblo (2020)**

De ese conjunto de individuos, aproximadamente la mitad termina ubicándose en las comunidades autónomas más próximas a las fronteras del estado español que están más expuestas; en este caso, Andalucía y Canarias (Gráfica 2)

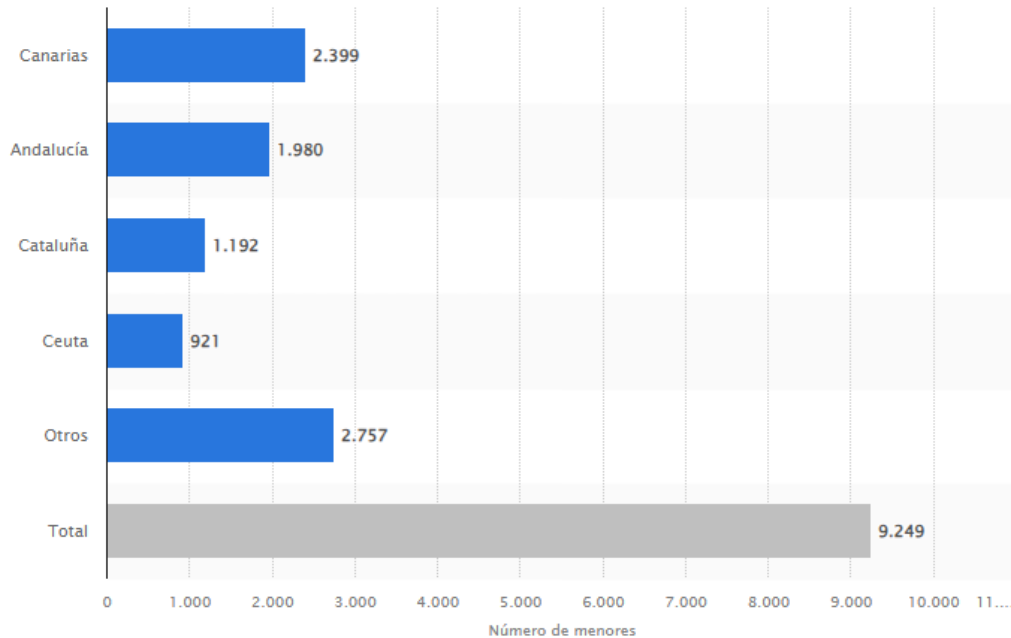
Gráfica 2. Incidencia de Menores Extranjeros No Acompañados residentes en España por Comunidad Autónoma. Año 2020.



Fuente: **Comisaría General de Extranjería y fronteras / Defensor del pueblo (2020)**

Llama la atención de que estos datos pueden ser oscilantes, pero manteniendo la mayor prevalencia en el reparto de casos en las dos comunidades autónomas citadas (Gráfica 3). Si en el 2020, era Andalucía la que se encontraba en cabeza, un año después era relevada de esa posición por la comunidad canaria (Extranjería, 2023; Defensoría del Pueblo, 2021).

Gráfica 3. Incidencia de Menores Extranjeros No Acompañados residentes en España por Comunidad Autónoma. Año 2021.

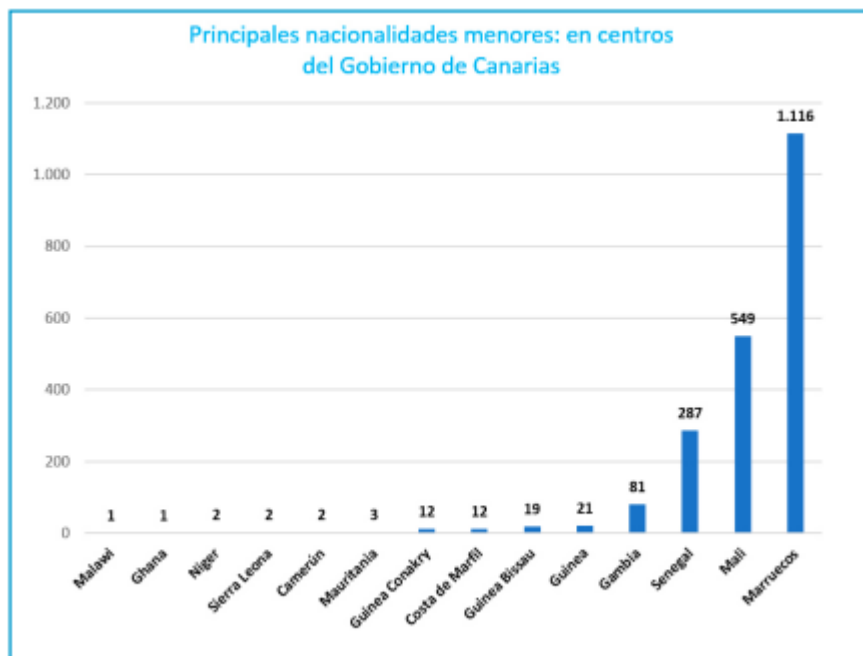


Fuente: **Comisaría General de Extranjería y fronteras / Defensor del pueblo (2021)**

La llegada de este colectivo provoca importantes disfunciones derivadas de diferentes factores, tales como: la necesidad de adaptar recursos de acogida adecuados a sus necesidades, la resolución oportuna y satisfactoria de su estatus migratorio, la identificación satisfactoria de falsos positivos mediante un análisis adecuado de la edad, entre otros (Godenau & Zapata, 2007; Bravo & Santos-González, 2017).

En el caso de la ruta canaria, fundamentalmente el grueso de la población menor inmigrante irregular que arriba a las islas procede de países del África (sahariano y subsahariano). Los tres países emisores más prevalentes son: Marruecos, Senegal y Malí (Gráfica 4):

Gráfica 4: Nacionalidades de los Menores Extranjeros No Acompañados tutelados por la Gobierno de Canarias.

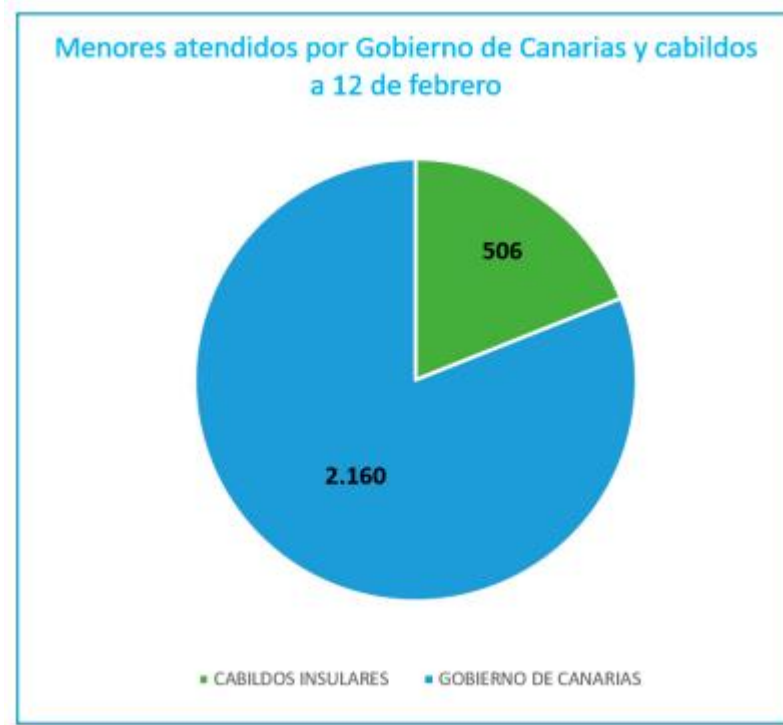


Fuente: DGPIF (2022)

Esto no es óbice para que se produzcan otras migraciones procedentes de otras latitudes. El caso de menores venezolanos se ha incrementado notablemente en la última década. El factor diferencial es que en la mayoría de los casos si cuentan con al menos un familiar de referencia que responde por ellos en el territorio, lo que permite una rápida y positiva regularización de estos casos (Defensoría del Pueblo, 2021).

Solamente en el año 2022, los expedientes gestionados por las instituciones autonómicas e insulares en Canarias (Gráfica 5) de Menores Extranjeros No Acompañados bordeaba la cifra de los tres mil casos (DGPIF, 2023).

Gráfica 5. Menores Extranjeros No Acompañados atendidos administrativamente en Canarias (por instituciones)



Fuente: DGPIF (2022)

Un intento legislativo que trató de mejorar las condiciones en atención a este tipo de poblaciones queda recogido en la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, o Ley de Extranjería (Extranjería, 2023; Bravo & Santos-González, 2017).

Esta ley propone tres mecanismos para optimizar la gestión:

- Confección de un Plan Estratégico Plurianual para la integración de Menores Extranjeros No Acompañados.
- Promoción de un principio de solidaridad en el reparto entre las comunidades autónomas de los menores inmigrantes
- Facilitación en la constitución de convenios de colaboración para el ejercicio de

la tutela ordinaria, por parte de otras entidades.

El Plan Estratégico Plurianual, cuya competencia en términos de supervisión es estatal establece un sus lineamientos que se proporcionarán todos los recursos de atención y asistencia necesarios para una adecuada protección de los derechos y necesidades de los Menores Extranjeros No Acompañados. Esta solicitud afecta, entre aspectos, a la satisfacción de necesidades en salud e integración social (Extranjería, 2023; Fiscalía de Menores, 2023).

De hecho, la adaptación de estos menores en el contexto sociocultural de la Comunidad Autónoma de las Islas Canarias ha sido una tarea compleja que depende no solamente de factores de tipo comunitario, político, religioso o económico, sino también de otros de gran impacto como su bienestar psicológico, teniendo en cuenta las complejas situaciones vividas en la gran mayoría de los casos para poder llegar a la isla, sumado a sus historias de vida tranzadas por la exclusión, la violencia y la falta de oportunidades (Observatorio, 2010; DGPIF; 2023).

La Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia ha identificado en varios estudios de seguimiento que que más de 60% de los Menores Extranjeros No Acompañados atendidos en Canarias cuentan con indicadores de desórdenes afectivos y cognitivos que ameritan una intervención clínica. Dichos desórdenes se agrupan principalmente en los campos clínicos de los trastornos afectivos, los trastornos del comportamiento, los trastornos del aprendizaje y las patologías asociadas al consumo de sustancias (Martín et al, 2021; Gimeno, 2013).

2. Justificación

El Instituto de Atención Social y Sociosanitario de Tenerife, responsable de la guarda de los Menores Extranjeros No Acompañados a través de la figura jurídica del acogimiento residencial (llevado a cabo en centros de acogida y hogares de paso) ha venido identificado un grado de adherencia fluctuante de estos usuarios a los servicios insulares especializados en el abordaje psicosocial, así como a los servicios de salud mental del Servicio Canario de Salud, todos ellos encargados de intervenir sobre las

dificultades en salud mental e integración social que les aquejan (Martín et al, 2021; Gimeno, 2013).

Diferentes especialistas y profesionales en el campo de la salud mental y la intervención psicosocial vienen cuestionando la ausencia de modelos de intervención más ecológicos y coherentes con las realidades de procedencia social y comunitaria de los Menores Extranjero No Acompañados que, en su gran mayoría proceden de países del África Subsahariana (Expósito et al, 2007; Gimeno, 2013; González, 2019).

Teniendo en cuenta los postulados de una Bioética Narrativa aplicada al campo de la salud mental que considera los discursos de las personas aquejadas de problemas psicológicos no como indicios secundarios para el abordaje clínico, sino como pilares fundamentales de una fenomenología de la experiencia vivida necesaria para una oportuna consideración de los problemas y, por tanto, de su superación; aspecto que se hace más evidente en el contexto de individuos des-localizados de sus contextos de referencia, como es el caso de los Menores Extranjeros No Acompañados se hace necesario interrogarse respecto al grado de adecuación de guías, protocolos, manuales, directrices, planes de campo, etc.) que soportan la praxis clínica y asistencial, respecto a esta perspectiva (Borrell, 2014; Kottow, 2016; Parra, 2014).

Actualmente no se cuenta con ninguna investigación de referencia que permita evaluar esta realidad en el contexto canario que nos convoca.

3. Pregunta de investigación

¿Los diferentes procedimientos sociosanitarios que abordan las necesidades infantiles de los Menores Extranjeros No Acompañados que son atendidos en Tenerife incorporan elementos de intervención de tipo ecológico, narrativo y cultural, aspectos que recoge en su propuesta de análisis la Bioética Narrativa, necesarios para una mejor adecuación y ajuste de estos menores en su proceso de adaptación, integración social y preservación en salud mental?

4. Objetivo general

Analizar los diferentes procedimientos sociosanitarios de abordaje a los problemas de adaptación y salud mental de los Menores Extranjeros No Acompañados desde una perspectiva de la Bioética Narrativa

5. Objetivos específicos

- Describir los diferentes procedimientos sociosanitarios establecidos para el abordaje de problemas de salud mental de Menores Extranjeros No Acompañados que se aplican en Tenerife
- Comparar las características de los diferentes procedimientos sociosanitarios de abordaje
- Reflexionar sobre el grado de adecuación de los procedimientos sociosanitarios desde una lectura de la Bioética Narrativa

6. Metodología de investigación

Este trabajo de investigación hace uso de metodología de investigación de tipo cualitativo-reflexivo (Luvezute, 2015), a través de la revisión documental de diferentes textos técnicos y legales que soportan los lineamientos y estrategias de la atención integral a la población de referencia.

Este tipo de investigación permite conocer un fenómeno, en este caso de tipo sociosanitario, a partir del registro escrito disponible que, teniendo en cuenta el contexto de análisis (Menores Extranjeros no Acompañados con dificultades en adaptación) permite revisar la idoneidad y disponibilidad de recursos y mecanismos de cobertura en la atención a necesidades de salud mental.

La revisión documental se lleva a cabo mediante la aplicación de una serie de pasos:

- Definición de palabras clave de la investigación
- Búsqueda de fuentes por nivel (primario, secundario o terciario)
- Selección de fuentes por pertinencia temática y grado de antigüedad. En la medida de lo posible se buscó bibliográfica técnica no superior a diez años desde su proceso de publicación.
- Elaboración de síntesis comparativa de textos teniendo como marco de referencia la pregunta de investigación y los objetivos asociados

7. Menores extranjeros no acompañados. Situación jurídico-administrativa.

Para poder comprender la situación jurídico-administrativa de los Menores Extranjeros No Acompañados que llegan a la isla Tenerife es importante incorporar una mirada jerárquica, estructurada en niveles de competencia internacional, nacional y autonómica (Godenau & Zapata, 2007).

7.1. Normativa Internacional

El nivel internacional está determinado por el denominado enfoque de derechos que establece la Convención de Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas en el año 1989 (AEBOE, 2023; Fiscalía de Menores, 2023; DGPIF, 2023, IAS, 2023; Flores, 2018; Bravo, & Santos-González, 2017).

Según la misma, el concepto de infancia incluye a “toda persona menor de 18 años”. Esta única restricción nos permite vislumbrar que se trata de una noción muy amplia que supera propuestas anteriores que establecían límites no solamente por edad, sino por otras características (identidad religiosa, ubicación geográfica, etc.)¹

¹ Esta lectura universalista de la infancia no es obstáculo para que las Naciones Unidas reconozcan diferencias políticas, culturales y sociales en su abordaje sobre la minoría de edad dependiendo de las diferentes nichos ecológicos. No obstante, el reconocimiento de estas diferencias no implica la posibilidad de una “relativización”

Para poder sostener esta concepción de la infancia la CDN establece un discurso amparado en otra noción, la de necesidades; en este caso, necesidades de la infancia. Esto significa que el legislador considera a este grupo normativo como especialmente sensible y demandante respecto a la cobertura de necesidades que se consideran básicas y universales. La expresión y satisfacción de estas pueden interpretarse en claves socioculturales, pero su reconocimiento es incuestionable; por tanto, aplicable a todos los potenciales miembros de este grupo en cualquier parte del mundo.

Es importante resaltar que hablar de necesidades básicas universales asociadas a un grupo normativo específico produce que para los menores exista no solamente un reconocimiento de todos los derechos que se recogen en los Derechos Humanos (DD.HH.), sino que se incorporen derechos específicos, recogidos en la CDN.

Por tanto, la CDN aporta un marco de referencia para la interpretación de la infancia que incluye una estructura de valores éticos universales, así como una serie de obligaciones jurídicas vinculantes para todos los Estados miembros²

El enfoque de derechos que aporta la CDN a la atención de la infancia implica un “cambio epistemológico” en la interpretación jurídica de lo que significa ser niño, niña o adolescente. Implica el reconocimiento del menor como un sujeto activo o “sujeto de derechos”. Esto permite superar la antigua perspectiva que lo consideraba un sujeto pasivo u “objeto de derechos”.

En el asunto específico que concierne a Menores Extranjeros No Acompañados esta lectura jurídica implica reconocerles el derecho propio a beneficiarse de la protección internacional atendiendo a sus características específicas. Por ejemplo, el manejo del

de la noción de infancia, sino que propende por una propuesta de aproximación convergente de miradas históricas y socioculturales alrededor de la definición que propone la entidad multilateral.

² Los Estados miembros son aquellos Estados firmantes que han incorporado desde 1989 en adelante la CDN como marco jurídico superior y de obligado cumplimiento para el abordaje de los derechos de la infancia. Hasta el momento actual 195 países la han suscrito. Llama la atención que solamente existen dos países en el mundo que todavía no la han ratificado: Sudán del Sur (país de reciente constitución, en julio de 2011) y Estados Unidos, uno de los principales referentes de la atención a la infancia a nivel global y potencia de enorme influencia en la ONU. Cabe especificar que en el caso norteamericano la CDN fue aceptada en 1995 mediante firma del entonces presidente Bill Clinton; pero, desde entonces, no ha sido ratificada por el congreso de la nación, mecanismo indispensable para que pueda empezar a tener vigencia legal.

estatus de asilo que se puede aplicar a un adulto que llega a otro país cobra matices ineludibles, si esa persona foránea es menor de edad.

El texto legal de la Convención de los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989 se estructura en 54 artículos que establecen los diferentes derechos reconocidos a la infancia: derechos sociales, civiles, políticos, culturales, económicos y, por supuesto, humanos.

Cuatro son los principios rectores que vertebran la estructura del CDN:

- **Derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo físico, psicológico, social y espiritual.** Lo que implica la implantación de un sistema de protección integral que, mediante la creación y sostenimiento de entornos seguros y protectores, amparados en una política de salvaguarda infantil, provean la satisfacción de este derecho.
- El **interés superior del menor**, por encima de otro posible interés con el que “colisione” jurídicamente. Esto implica que el interés superior del menor se constituye en un derecho sustantivo (puede hacerse valer ante un tribunal); en un principio interpretativo que obliga a que la lectura del “interés superior” prime sobre otras; y en una norma de procedimiento, lo que implica la aplicación de ciertas garantías jurídicas como el derecho a ser informado, el derecho a ser escuchado o el derecho a participar de forma activa en el proceso.
- **Derecho universal.** No se puede bloquear ninguno de los derechos que otorga el marco legal del CDN independiente del estatus del menor.
- Especial interés en la **participación del menor** en la toma de decisiones que tengan que ver con él. Este derecho implica tener en cuenta el momento evolutivo, las condiciones y características del menor y de sus circunstancias.

El Comité de los Derechos del Niño (CRC, en sus siglas en inglés) es el órgano de las Naciones Unidas, compuesto por 18 expertos independientes encargado de supervisar la aplicación de la CDN, así como de dos protocolos facultativos de la Convención: el referente a la participación de niños en conflictos armados y el relacionado con la venta de niños, prostitución infantil y utilización de niños para la pornografía.

Tiene como principales funciones supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales, promover observaciones generales en los casos de incumplimiento por parte de algún Estado miembro y facilitar acciones de promoción de los Derechos del Niño, tales como los “días de debate general”.

En lo que concierne al seguimiento de caso de Menores Extranjeros no Acompañados, el CRC ha promovido tres observaciones generales, debido principalmente al incumplimiento reiterado de diferentes países en este asunto:

- **Observación general No. 6:** acerca del trato a los Menores Extranjeros No Acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen.
- **Observación general No. 13:** sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia
- **Observación general No. 22:** sobre los principios generales relativos a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional.
- **Observación general No. 23:** sobre las obligaciones de los Estados miembros relativas a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional en los países de origen, tránsito, destino y retorno.

En dialogo con el enfoque de derechos y de protección integral a la infancia del CDN existen otros instrumentos jurídicos de rango internacional que reconoce España y que propenden por la satisfacción de necesidades de los Menores Extranjeros No Acompañados:

- Convención de Ginebra de 1951 sobre el Estatuto de las Personas Refugiadas.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979.
- Carta Europea de los Derechos del Niño, de 1992.
- Convenio Europeo sobre el ejercicio de los derechos del niño, de 1996.
- “Quality Rights”: instrumento de calidad y derechos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) orientado a evaluar y mejorar la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social

- Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea de 2010, que en su artículo 78 establece la creación del estatuto de asilo y protección subsidiaria para los nacionales de terceros países y un sistema común para la protección temporal de las personas desplazadas, en caso de afluencia masiva, dando lugar a la creación del SECA (Sistema Europeo Común de Asilo)
- Directiva 2013/33/UE, de 26 de junio de 2013, por la que se aprueban normas para la acogida de los solicitantes de protección internacional

Un capítulo específico de la normativa internacional, de especial relevancia para el caso español, es el Derecho comunitario. La Unión Europea, establece que el Menor Inmigrante No Acompañado es aquel “menor de 18 años que llega al territorio de los estados miembros sin ir acompañado de un adulto responsable del mismo, ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres, y mientras no esté efectivamente bajo el cuidado de un adulto responsable de él”. Este principio se recoge en el artículo 2.h de la Directiva 2003/9/CE del Consejo, de 27 de enero de 2003 y en el artículo 2.f de la Directiva 2001/55/CE, del Consejo, de 20 de julio de 2001. La normativa europea también reconoce el estatus de Menor no Acompañado a aquel que hubiera ingresado acompañado pero que dejara de estarlo con posterioridad, aspecto muy relevante que se sumaría a su condición de menor en situación de (provisional) abandono. Estas nociones entorno a la definición precisa de Menor Extranjero No Acompañado son recogidas explícitamente en la Resolución del Consejo de Europa 97/C221/03, de 26 de junio 1997, relativa a los menores no acompañados nacionales de países terceros.

También cabe destacar, dentro del marco legal europeo, la propuesta de atención integral que desarrolla la Directiva 2013/33 al proponer una serie de acciones que deben llevarse a cabo para garantizar la protección de todos los menores migrantes. Esa protección implica (EASO,2018):

- Garantizar evaluaciones individuales de las necesidades y de la vulnerabilidad de los niños teniendo en cuenta su género y su edad.
- Garantizar que todos los niños tienen acceso oportuno a la atención sanitaria (incluida la atención preventiva) y al apoyo psicológico, así como a la educación

formal inclusiva.

- Garantizar que se proporciona una serie de opciones de asistencia alternativas para menores no acompañados.
- Integrar las políticas de protección del niño en todas las instalaciones de acogida que albergan niños.

En definitiva, el marco normativo internacional establece en diferentes documentos una perspectiva clara de atención a las necesidades de salud mental de los Menores Extranjeros No Acompañados, teniendo como principal referencia de base los dictámenes de la Convención de Derechos del Niño.

7.2. Normativa Nacional

Respecto a la normativa española existe un punto de inflexión en el año 1978 con la aprobación de Constitución Española que significa el inicio de un nuevo marco legal ajustado a las necesidades democráticas, superadoras de la etapa política y social previa. En su artículo 39 establece, en su apartado 4, que «los niños gozarán de la protección prevista en los Tratados Internacionales. Jurisprudencia que permitiría adelantar el marco receptor de tratados como el del CDN, una década después (AEBOE, 2023; Fiscalía de Menores, 2023; DGPIF, 2023; Extranjería, 2023).

Ese mismo año, 1978, España refrenda la Convención de Ginebra y el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de New York, de 1961, iniciando una nueva jurisprudencia en lo referente a temas de asilo y protección internacional de extranjeros.

Aunque se generan diferentes procedimientos que regulan el asunto migratorio en años posteriores será la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria la que establece la necesidad de proporcionar servicios sociales y de acogida a las personas solicitantes en estado de necesidad. Para ello, promueve la creación del Sistema Nacional de Acogida de Protección Internacional.

Un desarrollo del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, a través del Real Decreto 497/2020, de 28 de abril, por el que se desarrolla su estructura orgánica básica, promueve la creación de la Secretaría de Estado de Migraciones encargada de la planificación, desarrollo, y seguimiento del sistema de acogida en materia de protección internacional y temporal así como la planificación, gestión y seguimiento de centros de titularidad pública estatal del sistema de acogida de protección internacional, entre otras funciones.

Estos avances permiten establecer un mapa de recursos y competencias más claro y coherente con las necesidades de una migración creciente que viene impactando en el país desde inicios del siglo. Es por ello, que la Ley 22/2021, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2022, establece en su disposición final decimoséptima, modificar el artículo 31.1 de la Ley 12/2009, de 30 de octubre, el objetivo de adaptar el sistema de atención y acogida de personas migrantes y solicitantes de protección internacional a los retos actuales, y establecer un nuevo modelo de colaboración con entidades.

Lo que se persigue con estos ajustes legales es mejorar la eficiencia en la provisión de los servicios de acogida, mediante un nuevo modelo de colaboración con entidades, a través de un sistema de acción concertada, donde intervengan diferentes administraciones, tanto a nivel nacional como territorial.

Por último, el Real Decreto 220/2022, de 29 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula el sistema de acogida en materia de protección internacional es el último procedimiento legal vigente que permite desplegar todo el sistema de atención a migraciones de una manera más armónica con las necesidades expuestas.

En lo referente a los Menores Extranjeros no Acompañados en su artículo 18, que define el objetivo del Decreto establece: “apoyar la inclusión de las personas destinatarias y proporcionar las habilidades necesarias para desarrollar una vida independiente a la salida de los recursos de acogida”. “En el caso de las personas menores de edad, su itinerario tendrá el objetivo de facilitar y acompañar el cumplimiento de su interés superior, con especial atención a su derecho a la educación, al esparcimiento, a la vida familiar, al desarrollo, a la protección, y a los servicios de salud mental y atención psicosocial”.

Por otra parte, en su artículo 19, entre otras actuaciones define: “cubrir las necesidades materiales de acogida; prestar apoyo, intervención y acompañamiento social, psicológico, jurídico y cultural; promover el acceso al sistema educativo de las personas menores de edad en el plazo máximo de tres meses desde la fecha de presentación de la solicitud de protección internacional o del estatuto de apátrida”.

Por lo que se refiere específicamente a la protección integral de menores (sean extranjeros, o no), la evolución del marco legal en España ha implicado una constante actualización para poder integrar las novedades reportadas tanto a nivel de demanda social, como de influencia de la normativa internacional (Cuadro 1):

Tabla 1: Síntesis Marco Legal Protección a la Infancia en España

| NORMA | AÑO |
|--|------|
| Ley 21/87, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción. | 1987 |
| Ley Orgánica 1/96, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. | 1996 |
| Ley orgánica 5/2000, de Responsabilidad Penal de los Menores. | 2000 |
| Ley 54/2007, de adopción internacional. | 2007 |
| Ley Orgánica 8/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. | 2015 |
| Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. | 2015 |

| | |
|--|------|
| Real Decreto 1110/2015, por el que se regula el Registro Central de Delincuentes Sexuales. | 2015 |
| Real Decreto 165/2019, por el que se aprueba el Reglamento de adopción internacional | 2019 |
| Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia. | 2021 |

Fuente: Juriscan (2023).

No obstante, dicha evolución se puede simplificar en tres grandes momentos, respaldados por la normativa legal pertinente:

- **1987:** Primera actualización del marco legal de menores en España que modifica los procedimientos de desamparo y actualiza las medidas de acogimiento y adopción. Se producen las primeras actualizaciones sustanciales con impacto en el Código Civil y en la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- **1996:** La Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) se convierte en la primera “gran ley para menores” de la actual etapa democrática española. Se produce una reformulación de los principios fundamentales de la Ley 11/1987 que no se habían desligado totalmente del marco de referencia del Código Civil. Este ejercicio se hace necesario para adecuarlo a los principios fundamentales de la CDN que España había refrendado y suscrito en 1990.
- **2015:** Las Leyes 8/2015 y 26/2015 se convierten en las segundas “grandes leyes para menores” actualizando un marco de referencia legal e institucional necesario para acoger novedades derivadas no solamente de la propia política de infancia, sino de otras políticas asociadas, como la de mujer (violencia de género), familia (diversidad) o necesidades especiales (discapacidad).

La preocupación por el fenómeno específico los de Menores Extranjeros No Acompañados nunca ha sido ajena a este dinámico marco legal. De hecho, su protección explícita ya se recoge en la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor. En su primer artículo se contempla que “la presente Ley y sus disposiciones de desarrollo se aplican a los menores de 18 años que se encuentren en territorio español, salvo que en virtud de la Ley que les sea aplicable hayan alcanzado anteriormente la mayoría de edad». En su artículo 2 se considera que “en la aplicación de la presente ley primará el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir”. Esta lectura jurídica implica que un Menor Extranjero No Acompañado es, ante todo y por encima de todo, un menor. Por lo cual, su condición de extranjero o inmigrante es secundaria; hecho que, de todas formas, no deja de ser muy relevante, hasta el punto de que al no tratarse de ciudadanos españoles o comunitarios también les es aplicable las normas legales sobre extranjería³.

La Resolución de 13 de octubre de 2014, de la Subsecretaría, por la que se publica el Acuerdo para la aprobación del Protocolo Marco sobre determinadas actuaciones en relación con los Menores Extranjeros No Acompañados es un primer intento para decantar la mirada jurídica hacia los Menores Extranjeros No Acompañados desde una óptica de protección a la infancia. Se establecen rutas de atención que dejan clara la priorización en competencias y en toma de decisiones sobre los mismos. Este documento implica una notable actualización y cambio de enfoque en el tratamiento de casos con Menores Extranjeros No Acompañados. El anterior Protocolo de 2005, que implicaba un desarrollo técnico del Reglamento de 2004, ejecutorio de la Ley Orgánica 4/2000, mostraba un enfoque policivo y con énfasis en su condición de extranjeros lo que podía facilitar la expresión de conflictos de intereses.

La Ley 26/2015 de protección a la infancia y la adolescencia trata de resolver esta disyuntiva incrementado la referencia a los Menores Extranjeros No Acompañados dentro de

³ El marco legal para extranjeros en España está determinado, principalmente, por la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social y el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración. Existe un régimen jurídico específico para Menores Extranjeros No Acompañados o Menores Inmigrantes ubicado en el artículo 35 de la Ley de extranjería tiene y en el Reglamento, el capítulo III del título XI.

su desarrollo. No obstante, en la actualidad sigue siendo necesaria una regulación más específica y con énfasis en su condición de menores para resolver esta problemática

Por último, a nivel de normativa nacional cabe destacar que la Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia propone una reforma del artículo 12.4 de la Ley de Protección Jurídica del Menor donde se hace hincapié en el estatus de protección de los Menores Extranjeros No Acompañados por su condición explícita de menores; aspecto que debe ser tenido en cuenta por todas las entidades competentes que deben erigirse como los mecanismos de referencia en la atención de los mismos. Esta declaración es un nuevo intento de resolver el conflicto de intereses jurídicos que genera esta población en los ámbitos legales de la protección a la infancia y la atención a extranjeros.

7.3. Normativa autonómica

En el contexto de la Comunidad Autónoma de Canarias, cuatro años después de entrar en vigor su Estatuto de Autonomía se promulga la primera ley autonómica de Servicios Sociales que recoge en varios artículos los primeros lineamientos sobre los procedimientos a seguir para la protección integral a los menores. No obstante, se produce un notable desarrollo del marco jurídico de atención a los menores, a partir de la publicación estatal de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del menor. Desde 1997 y hasta el momento actual (Tabla 2) se han venido aplicado diferentes instrumentos legales que han tratado de armonizar la normativa general con las necesidades específicas de los menores en las islas, incluyendo a los Menores Extranjeros No Acompañados (Extranjería, 2023; Juriscan, 2023; SCS, 2023; DGPIF, 2023).

Tabla 2: **Normas legales a nivel autonómico**

| Norma | Tipo de Norma | Año |
|--|----------------------|------------|
| Ley 9/1987 de 28 de abril, de Servicios Sociales de Canarias | Ley Autonómica | 1987 |
| Decreto 103/1994, de 10 de junio, por el que se regulan los procedimientos y registros de la adopción y de las formas de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias | Decreto Autonómico | |
| Ley 1/1997, 7 de febrero, de Atención Integral del Menor | Ley Autonómica | 1997 |
| Decreto 159/1997, de 11 de julio, de transferencias de competencias de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de prestación de servicios especializados en cuestiones de prevención; de ejecución de las medidas de amparo que se establecen en la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores; y asesoramiento y cooperación técnica, jurídica y económica a las entidades municipales, de acuerdo con lo establecido en la legislación de régimen local. | Decreto Autonómico | 1997 |

| | | |
|--|--------------------|------|
| Decreto 200/1997, de 7 de agosto por el que se regula la habilitación de las entidades colaboradoras de adopción internacional | Decreto Autonómico | 1997 |
| Decreto 54/1998, de 17 de abril, por el que se regulan las actuaciones de amparo de los menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias | Decreto Autonómico | 1998 |
| Orden de 27 de abril de 1999 por la que se regulan los Registros de Tutelas, Guardas, Acogimiento, Adopción y de Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional | Orden Autonómica | 1999 |
| Decreto 130/1999, de 17 de junio, por el que se regula la habilitación de las entidades colaboradoras de atención integral a menores | Decreto Autonómico | 1999 |
| Decreto 105/1999, 25 mayo, por el que se regula la constitucion, composicion y funciones de la Comision Interadministrativa de Menores | Decreto Autonómico | 1999 |
| Decreto 40/2000, de 15 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los centros de atención a menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma Canaria | Decreto Autonómico | 2000 |
| Decreto 36/2002, 8 abril, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los centros para la ejecución de medidas de | Decreto Autonómico | 2002 |

| | | |
|---|-----------------------|------|
| internamiento de menores y jóvenes infractores dictadas por los Juzgados de Menores | | |
| Orden de 1 de marzo de 2011, de la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda, por la que se aprueban las Normas de Funcionamiento Interno de los Centros de Internamiento Educativo para menores infractores de Canarias | Orden Autonómica | 2011 |
| Resolución de 30 de junio de 2017, de la Dirección General de Centros e Infraestructura Educativa, por la que se dictan instrucciones para la actuación de los centros docentes sostenidos con fondos públicos, en los casos de padres, madres, separados, divorciados, que hayan finalizado su convivencia, o representantes legales, respecto a sus descendientes o representados, menores de edad, en el ámbito de las enseñanzas no universitarias de la Comunidad Autónoma de Canarias | Resolución Autonómica | 2017 |
| Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la atención temprana en Canarias | Ley Autonómica | 2019 |

Fuente: **Juriscan (2023)**

En líneas generales, una revisión de la normativa autonómica nos permite evidenciar que el tratamiento de casos de Menores Extranjeros No Acompañados va de la mano del manejo del resto de menores, no estableciéndose, inicialmente, una diferenciación legal. La misma se produce específicamente a nivel de procedimientos de atención.

Sin embargo, la necesidad de una atención diferencial y especializada obliga a que se reconozca la importancia de una profundización de la naturaleza y estructura de los dispositivos de acogimiento residencial para estos menores. Fruto de ello se promulga el Decreto-ley 23/2020, de 23 de diciembre, por el que se modifica la normativa de atención a la infancia para adaptar los centros de atención inmediata como dispositivos de emergencia para el acogimiento de Menores Extranjeros No Acompañados.

Este decreto modifica la atención inmediata creando recursos especializados para la primera acogida. Con anterioridad, esta se realizaba en módulos insertos en los centros generales de acogimiento residencial provocando notables dificultades en el tratamiento diferencial de estos menores.

8. Necesidades en salud mental desde una perspectiva de la Bioética

Narrativa.

8.1. Síntoma y adaptación

En su autobiografía *Vivir para contarla*, el autor colombiano Gabriel García Márquez exponía que: “La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda, y cómo la recuerda para contarla” (García Márquez, 2002). La vida como un acontecimiento que debe ser interpretado y al hacerlo transformado. Por tanto, lo que se vive no sería una cosa ajena a la subjetividad del viviente. Y lo que se vive es toda la vida, incluyendo las opiniones, las decisiones, las eventualidades y, también, las enfermedades, los desórdenes, las pérdidas.

Al hilo de esta reflexión se puede rescatar la propuesta de autores como Ricoeur y su noción de la identidad narrativa. El sujeto que vive es el protagonista de un relato que hace desplegar su experiencia. No se niega la realidad de lo vivido, pero no se puede separar esto de la construcción del relato del viviente. Negar el relato de la experiencia es “amputar la existencia en lo viviente”, dejarlo “inválido”, incapaz de hacer “su trabajo” (González-Quintana, 2017).

Este “heme aquí” con todas sus circunstancias y consecuencias, al decir de Levinas, implica siempre un encuentro que no se resuelve desde la profiláctica aplicación de un “breviario de vida” o “manual de buenas prácticas vitales” al que serían ajenos los individuos que interactúan, convirtiéndolos en sujetos alienados. Estar-ahí significaría comprometerse con esa experiencia, desde la conciencia del individuo; hacerse responsable de todo lo que acontezca (González Quintana, 2017, Garbarino, 2011).

Un encuentro donde el actor-individuo deviene desde un “mantenimiento de si” en conexión permanente con la responsabilidad de “encontrarse” con su *partenaire*, lo que le obliga a tener una vivencia del otro. Por tanto, la responsabilidad se expande porque no se circunscribe a un vivir-para-mi, exclusivo; sino un vivir-para-el-otro. El acto de presentarse al mundo implicaría una necesaria religación personal humana (González, 2019; Fernández, 2008; Alarcón, 2009; Castro, 2013).

Por tanto, el trastorno mental, entendido como la aparición de un cuadro sintomático que describe una pauta, presuntamente, predecible es también experiencia del viviente que lo padece. La fenomenología del desorden mental desbordaría, desde una lectura de la identidad narrativa, la mera adscripción de síntomas a un lenguaje de signos externalizantes del individuo (Foucault, 1999; Desviat, 2010; Parra, 2004). En el síndrome el sujeto “sufrir lo que tiene” no solamente porque lo aleja de un ideal de bienestar; sino, y primordialmente, porque implica una manifestación de su ser que debe resolver (comprender, encajar, dilucidar, asimilar) para lograr adaptarse (estar-ahí sabiéndose encajado en los otros). En este punto, el modelo clásico del psicoanálisis, el enfoque freudiano, ya anticipaba que el objetivo de la cura analítica no era el bienestar, entendido como la desaparición de ciertos síntomas; sino “lograr entenderse desde lo que le pasa al individuo, comprenderlo, aceptarlo y seguir con su vida” (Rodrigo, 2008).

Por otra parte, si el estar-ahí se acepta como un proceso determinado por factores de espacio y tiempo, obligatoriamente provoca que el sujeto que experimenta devuelva al otro una cierta cultura, una cierta representación de una historia habitada por códigos, ritos, lenguajes concretos, comprensiones situadas. Esta perspectiva sería clave para entender la necesidad de replantearse un acercamiento a las necesidades de los Menores Extranjeros No Acompañados en su relación con los agentes psicosociales, operadores jurídicos y

profesionales sociosanitarios que deben “leer” el nuevo encaje al que se ven impelidos estos menores. Un encaje para ellos, en cierta medida doble, pues deben ajustar su patrón de síntomas, llámese trauma complejo, episodio depresivo leve o trastorno mixto de las emociones y el comportamiento, a un marco de referencia psicopatológico estandarizado (que exige unos resultados) e histórico-cultural, determinado por la realidad política, social y cultural de los escenarios receptores; en nuestro caso, la isla de Tenerife. Una realidad, en la mayoría de los casos, muy diferente a la de las que ellos proceden (Sourander, 1998; Markez, 2008)

La política de buenas prácticas que debe regir la atención sociosanitaria se enmarca en un discurso plural donde la dimensión ética juega un papel central. Consideramos que una lectura desde la bioética narrativa contribuye favorablemente a favorecer esas buenas prácticas en poblaciones como los Menores Extranjeros No Acompañados (Godenau & Zapata, 2007; Gimeno, 2013).

8.2. Principios de la bioética narrativa

Pero ¿qué significa hablar de una (bio)ética basada en lo narrativo? Implica, principalmente, considerar la dimensión narrativa que está presente en la relación interventor-usuario (p.e., relación médico-paciente; psicólogo-cliente, trabajador social-usuario, etc.) y usarla a favor de un re-encaje del individuo respecto a su experiencia, individuo entendido como sujeto que narra y al narrar sostenedor-de-sí. Es por ello, por lo que la bioética narrativa establece como centro y punto de partida de la relación sociosanitaria el acompañamiento al relato del usuario, una dinámica evolutiva donde la continua retroalimentación de experiencias contadas, asociadas al objeto de intervención, marcan la pauta, no limitándose a ser material para redactar un texto estandarizado, tipo anamnesis o historia clínica (Andorno, 2002, Alarcón, 2009).

Este enfoque cuestiona una cierta mirada ética clásica y convencional que establece que lo primordial en estas actuaciones se ciñe a respetar y ajustarse a los marcos de referencia estandarizados reguladores de la actividad sociosanitaria (Gimeno, 2013; Sourander, 1998). Para el enfoque narrativo en bioética, el profesional trasciende un cierto nivel que lo

desplaza de ser un sujeto administrador de protocolos a un sujeto interventor coaligado con la experiencia clínica del individuo que “sufre (vive-con) lo que tiene”.

En líneas generales, la propuesta narrativa contempla una serie de principios (González-Quintana, 2017; Castro, 2013):

- Función experiencial y pedagógica

La experiencia narrada es el punto de partida para aprehender la experiencia del sujeto intervenido. Y una experiencia narrada por él mismo, sin encorsetamientos pre-establecidos tipo listas de chequeo donde el enfermo debe responder si lo que se le presenta le sucede o no. Por contra, es lo que el sujeto cuenta lo que debe servir como materia prima y guía para interpretar su interpretación. Entender esto implica también que el sujeto que interviene queda incorporado a la experiencia sobre lo que quiere incidir; ya no se trataría de un sujeto ajeno, externo, neutro, ubicado en una especie de trono ético más allá del bien y del mal convirtiéndolo un simple contable de las miserias que padece el sujeto intervenido (González-Quintana, 2017; Fernández, 2018).

Como consecuencia de esto, la relación entre el sujeto que interviene y el sujeto intervenido es recíproca retroalimentándose mutuamente, afectándose de forma compartida, aprendiendo el uno del otro. La resultante es la difuminación progresiva del carácter político de los roles de interventor-intervenido.

- Función hermenéutica

Como si se tratara de un texto escrito, un relato oral establecido por un paciente, por un usuario, dialoga con una historia y toda historia es genealogía de valores que se experimentan y de experiencias hechas valor. La mirada hermenéutica le permite al sujeto que interviene analizar, mientras interpreta, los fundamentos del relato del sujeto intervenido. El aquí el ahora que muchas veces motiva la intervención queda inserto en un marco de referencia mucho más complejo y dinámico como es la experiencia vital del sujeto intervenido (González-Quintana, 2017; Moratalla & Feito, 2020).

- El paciente como texto interpretado

Por tanto, fruto de la relación de coaligación entre el interventor y el intervenido debe emerger una nueva interpretación. Un nuevo relato que no debe denigrar o invalidar al anterior sino integrarlo en el esquema mayor de la experiencial situacional de estar vivo. Siendo el nuevo discurso continuidad dentro de un dinamismo que no cesa. El entender al sujeto intervenido como un relato narrado se permite dignificar la experiencia sufrida al tratarla como una etapa más del relato de una vida. Se inhabilitan lecturas moralmente negativas sobre la enfermedad y el sufrimiento al pretender considerar estas manifestaciones de la vida como “errores”, “desgracias”, eventos enajenantes (González-Quintana, 2017; Landrigan et al, 2004)).

Pero, si de lo que se trata es de capturar el relato de un sujeto intervenido entonces es menester adquirir una serie de estrategias para facilitar la emergencia de la narrativa. Algunas de ellas serían:

- No basta con ver ni con oír, es imprescindible leer y escuchar
- No basta con examinar ni clasificar, es imprescindible tratar con prudencia
- No basta con investigar ni tecnificar, es imprescindible curar y cuidar

- El profesional sanitario como autor

Y de la misma manera que la relación de coaligación permite mostrar el relato del sujeto intervenido; es también el escenario necesario para que acontezca el relato del sujeto que interviene. Un relato que integra tres ejes: el relato normativo (procedente de los discursos estandarizados en la clínica), el relato del sujeto intervenido y el relato del sujeto que interviene (Gallopín, 2006). En conclusión, considerar al sujeto que interviene como autor no solamente se propone porque éste incorpore su propio relato personal, sino porque debe “coordinar” los otros relatos para: 1) lograr coherencia interna entre ellos; y 2) conseguir congruencia con la dinámica vivencial del sujeto intervenido. Si alguno de estos objetivos no se logra es muy probable que el usuario rechace la resolución del “experto” y no se genere ningún cambio, independientemente de las buenas intenciones del especialista o del rigor que sustenta su modus operandi (Moratalla & Feito, 2020; González-Quintana, 2017; Parra, 2004).

- Función constructiva: hermenéutica y deliberación

Finalmente, otro principio a destacar es el aporte que el proceso interpretativo genera para la toma de decisiones. Para Moratalla y Feito, una lectura narrativa del acto deliberativo a nivel ético implicaría hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los valores en juego?
- ¿Qué proyectos de cuidado se podrían proponer?
- ¿Qué proyecto de cuidados es el elegido?

Cada una de estas interrogantes es la puerta de entrada a una constelación de nuevas preguntas que permiten integrar plenamente el relato del sujeto intervenido en la toma de decisiones. La noción de proyecto implica un posicionamiento construido desde el sujeto, no desde un discurso estandarizado pre-establecido. Y la noción de elegibilidad, que se encuentra implícita en las preguntas no se debe interpretar como un simplista invocación a una especie de acto democrático de la toma de decisiones; sino que trasciende el acto deliberativo convencional que limitaba en los especialistas el tener “la última palabra”, a convertir al sujeto intervenido en factor decisivo para la resolución del asunto en cuestión.

El proyecto entendido como “proyecto de cuidados” evoca la noción de “pacto de cuidados” de Ricoeur y permite superar las limitaciones que modelos como el principialista o el casuístico al circunscribir la toma de decisiones a un análisis de referencia que deja por encima la fenomenología del individuo hecha palabra. Ese componente ecológico no se debe (ni se puede) obviar (González-Quintana, 2017; Parra, 2004).

9. Hacia una clínica del sujeto. Acción terapéutica, narración y cultura.

La propuesta de la Bioética Narrativa nos habla de una clínica y de una atención psicosocial basadas en el sujeto como “subjetividad relatada” y no en la de un “sujeto objetivado y normativizado”. Sin embargo, al generación de un relato por el sujeto no emerge de un “ego-discurso”, sino que se inserta en un horizonte mayor de relatos. Ese horizonte es el de la comunidad de referencia (Moratalla & Feito, 2020; Kottow, 2016).

La salud mental comunitaria como marco epistemológico ha venido aplicando un enfoque que dialoga muy bien con la narratividad al incorporar la noción de macrorrelato (De Castro, Sáez & Angulo, 2016).

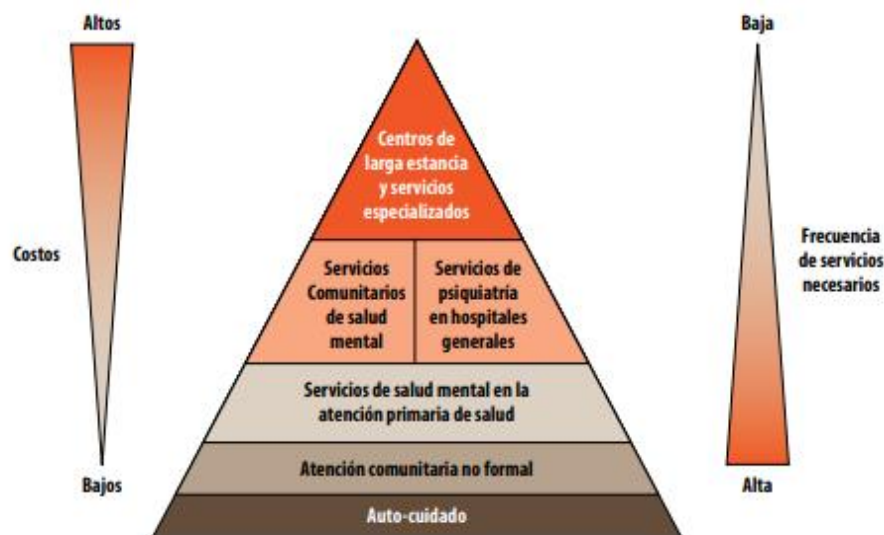
Teniendo como punto de partida la definición de salud aportada por la Organización Mundial de la Salud, que rechaza la noción de salud como ausencia de enfermedad y expande la definición a un marco comprensivo complejo, de orden bio-psico-social, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorpora, dentro de sus principios de acción, el concepto de salud mental comunitaria. Para esta entidad, el modelo comunitario de salud mental se caracteriza por ser:

un modelo que proporciona atención en salud mental en donde la persona vive, trabaja o estudia, a través de escuelas, centros comunitarios y áreas laborales, así como a través de los servicios de salud generales como clínicas del seguro social, centros de salud, camas de atención psiquiátrica en hospitales generales. Para lograr un modelo comunitario se requiere involucrar a personal de salud, de atención primaria, ya sea especializado en salud mental, así como personal no especializado que pertenece a la comunidad como podrían ser los promotores de salud comunitarios en salud mental en otros aspectos de salud o desarrollo humano y los mismos usuarios de los servicios y sus familiares (OPS, 2013: 2)

De lo definido, llama la atención la figura del Promotor comunitario que se erige como puente entre los especialistas y los sujetos intervenidos, un vehículo para fortalecer la adscripción del discurso del individuo a un entorno superior que le cobija y otorga sentido: su comunidad. Esto dista mucho de ser una mera representación de un actor figurativo que se limita a “hacer pedagogía con la colectividad” (Jodelet, 1986). El Promotor ocupa un lugar de liderazgo en su comunidad sustentado en su prestigio y en ser atesorador de la sabiduría que destila la identidad colectiva. En definitiva, un “guardián del macrorrelato” que subyace a los relatos particulares. Esta capacidad le permite entrar con facilidad en contacto con los miembros de su comunidad y facilitar las transacciones entre los diferentes actores del sistema de salud y la colectividad (OPS, 2013; Parra, 2004; Fernández, 2023).

Para lograr un uso más eficiente y con mayor impacto de los servicios sociosanitarios, la inserción de lo comunitario se transversaliza tanto en recursos como en procesos (Gráfica 6). Esa es, al menos, la propuesta de la OPS que viene haciendo seguimiento desde finales de los años setenta a la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), mecanismo de abordaje que, en el contexto occidental, modificó las políticas previas en salud mental basadas en el encierro (internamiento en manicomios, para los casos más graves) y en la segregación social (Fernández, 2008; Alarcón, 2009).

Gráfica 6: **Combinación Óptima de los servicios de Salud Mental. Pirámide marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**



Fuente: OPS (2013)

La salud mental comunitaria propende por superar el modelo carencial pretérito, por otro enmarcado en el discurso de la dialéctica factores de riesgo/protección. Por tanto, la acción terapéutica se complejiza y en su objetivo general de producir salud establece matices asociados a las demandas de los usuarios, el foco se desplaza del experto al usuario; la meta ya no es “curar” y mostrar una evidencia objetiva de la misma, sino escoger una opción dentro de un conjunto de opciones que se despliegan y siempre en consonancia con la voluntad del individuo intervenido: sanar o mitigar, restablecerse, no sufrir o sufrir menos,

rehabilitarse, no morir, morir dignamente, son diferentes posibilidades que se abren a una acción terapéutica siempre dinámica que puede cambiar en el plan de caso del sujeto intervenido atendiendo a sus necesidades del momento y sus circunstancias (Fernández, 2008; Moratalla & Feito, 2020; Rodrigo & Martín, 2018).

La transición de una salud mental basada en la institucionalización a una inspirada en los principios de la RBC implica caminar por una senda que desplaza el polo de referencia de lo individual a lo colectivo; del juicio experto al análisis mancomunado; de la intervención orientada a la supresión de lo patológico a una focalizada en la inserción del proceso mórbido en un contexto o territorio dado (Foucault, 1999; Fernández, 2018; Parra, 2004; Rodrigo, 2008).

En última instancia, el trastorno pierde ese protagonismo tan característico que se le brinda en las sociedades institucionalizadas y que arrojaba el sujeto sufriente a habitar nuevos espacios, escindido de su contexto, de su cultura. El cambio de paradigma le devuelve su estatus de ser social y pone en el centro de la intervención el conjunto de relatos que sostienen esa realidad (Parra, 2004; González-Quintana, 2017).

10. Procedimientos Sociosanitarios para la atención en salud mental de los Menores Extranjeros No Acompañados.

La atención sociosanitaria de Menores Extranjeros no Acompañados implica la convergencia de dos sistemas: el sanitario y el de protección a la infancia y la familia.

En la isla de Tenerife el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) es la entidad perteneciente al Cabildo de Tenerife encargada de desarrollar y supervisar los Planes, Proyectos y Programas que, derivados de la aplicación de las normativas legales vigentes en materia de protección a la infancia y la familia, permiten ofrecer servicios de atención especializada a los menores en la isla de Tenerife. Todo ello, con base al Decreto 159/1997 que le transfiere esta competencia desde el nivel autonómico (IASS, 2023; DGPIF, 2023).

Todo su accionar es, a su vez, supervisado por la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia (entidad autonómica) y por las entidades judiciales competentes, especialmente la Fiscalía de Menores (Fiscalía de Menores, 2023).

Los Servicios específicos que ofrece la institución para la satisfacción de las necesidades de los menores incluye:

- Servicio de Intervención Socioeducativa
- El programa de Intervención Familiar para la superación de las situaciones de desprotección hacia los niños, niñas o adolescente, así como la rehabilitación familiar.
- Servicio de Apoyo Técnico y Asesoramiento a los servicios de Infancia y Familia Municipales
- Servicio Intervención Especializada
- Servicio de Promoción y Prevención Especializada

La atención especializada a los Menores Extranjeros No Acompañados se suele llevar a cabo mediante la medida de acogimiento residencial; precisamente debido a su condición de menores que se encuentran solos en el territorio.

Actualmente, existen dos tipos de servicios de acogimiento residencial:

- DEMENA (Dispositivos de Emergencia para Menores Extranjeros No Acompañados) que sustituyeron a los CAI (Centros de Acogida Inmediata) en la suministraración de la primera atención a los menores extranjeros recién llegados. Este dispositivo cuenta con características diferenciales respecto a los CAI (principalmente, planta profesional especializada para el trabajo con población extranjera y desarrollo de mecanismos más ajustados a las necesidades jurídicas de este tipo de menores)
- CAME (Centros de Acogida para Menores Extranjeros) hogares encargados de un acogimiento residencial prolongado, una vez superada la primera instancia en los DEMENA donde se realiza la valoración especializada que permite confirmar el

estatus de Menor Extranjero No Acompañado⁴.

Estos recursos, que en la actualidad ascienden a un total de 11 DEMENAs y 8 CAMEs en la isla de Tenerife, cuentan con un organigrama de procesos que cubre las principales necesidades de los menores (Tabla 3). Cabe destacar, entre ellas, las de atención sanitaria, intervención familiar y acompañamiento en actividades de tipo rehabilitador.

Tabla 3: **Organigrama de Procesos de Centros de Acogida**

| Servicios ofrecidos en Centros de Atención a Menores Extranjeros No Acompañados |
|--|
| • Alojamiento, alimentación y convivencia. |
| • Atención educativa y sanitaria. |
| • Intervención y orientación familiar. |
| • Seguimiento escolar a través de la red de centros docentes. |
| • Actividades ocupacionales y rehabilitadoras. |
| • Actividades de descanso, ocio y tiempo libre. |
| • Preparación para las medidas de amparo adoptadas. |
| • Traslados y acompañamiento de los menores residente a otros centros o lugares donde se requiera. |
| • Vigilancia. |
| • Limpieza. |
| • Lavandería. |
| • Cocina |

Fuente: IASS (2023)

⁴ Desde el 2022, el IASS creó un recurso residencial especializado, exclusivo para MENAs de género femenino y ubicadas en la etapa de transición hacia la adolescencia. Este recurso se habilita atendiendo a la necesidad de responder a un tipo de perfil de mujer de procedencia africana (principalmente, Nigeria, Senegal y Mali) con unas necesidades diferenciales que ameritarían un trabajo desde la diversidad de la medida de acogimiento. A efectos administrativos este recurso funcionaría como un CAME.

10.1 Síntesis de procedimientos de atención en salud mental infanto-juvenil en Canarias

Hacer un recorrido por el conjunto de Proyectos, Programas y Planes que a nivel municipal, insular o autonómico han tenido impacto en la salud mental infanto-juvenil en la isla de Tenerife implicaría un ejercicio de revisión sistemática que desborda los objetivos de esta investigación. Esta tarea quedaría como recomendación para futuras indagatorias (AEBOE, 2023; SCS, 2023; Juriscan, 2023; DGPIF, 2023; IASS, 2023).

No obstante, es importante reseñar, desde un comienzo, que ninguno de los procedimientos desarrollados o creados desde las instituciones insulares han focalizado su objetivo a la atención específica de la salud mental de los Menores Extranjeros No Acompañados. En cambio, lo que se encuentran son objetivos específicos dentro de los procedimientos que dialogan con esta población.

Por su relevancia institucional y su impacto psicosocial destacamos los siguientes procesos y procedimientos (Tabla 4):

Tabla 4: Procesos/Procedimientos de atención psicosocial y sociosanitaria a Menores con impacto en la isla de Tenerife (2016-2023)

| PROCESO/PROCEDIMIENTO | VIGENCIA |
|--|----------|
| Plan de Salud Mental de Canarias (2019-2023) | SI |
| Plan de Salud de Canarias (2016-2017) | NO |
| Plan Insular de Infancia y Adolescencia de Tenerife (2018-2021) | NO |
| Estrategia Canaria de Infancia, Adolescencia y Familia (2019-2023) | SI |

Fuente: SCS (2023)

Indudablemente en la historia reciente de Canarias; al menos, desde que se constituye en comunidad autónoma, han existido diferentes procesos y procedimientos que han tratado de intervenir sobre las necesidades en salud, y específicamente en salud mental⁵. Sin embargo,

⁵ Ejemplos notables previas a las fechas contempladas incluirían la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006 orientada a promover la atención de calidad en salud mental, logrando la cohesión

establecemos el punto de corte en el año 2016 porque en el año anterior se llevó a cabo la primera encuesta exhaustiva en salud de Canarias, con énfasis en salud mental. Fruto de los resultados obtenidos en ella, resultados que se han ido actualizando con el paso del tiempo, se han beneficiado las diferentes instituciones implicadas de cara a optimizar los recursos y las estrategias para abordar las necesidades en salud.

10.1.1 Plan de Salud de Canarias (2016-2017)

El Plan aprobado por el Gobierno de Canarias en septiembre de 2016 y coordinado desde el Servicio canario de Salud perseguía, entre otros objetivos de amplio impacto” Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales, (Ámbito de Intervención III)” (SCS, 2023).

No obstante, en lo referente al capítulo de salud mental, su nivel de focalización se orientaba primordialmente a dos grandes universos: El Trastorno Mental Grave (TMG) que produce discapacidad y la salud infanto-juvenil.

En el caso de la atención sociosanitaria a niños, niñas y adolescentes este Plan promovía básicamente estrategias orientadas a:

- Impulsar la promoción de los buenos tratos en la crianza para fortalecer el inicio de la vida.
- Consolidar la red específica y especializada de atención a la infancia y la adolescencia (0 a 18 años)
- Aplicar medidas de diagnóstico e intervención precoz de manera coordinada entre instituciones de la red
- Potenciar la atención especializada a patologías graves
- Potenciar sistemas de información y de registro específicos de trastornos mentales

territorial. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ya en este documento se recogen líneas estratégicas muy oportunas para el abordaje en salud mental de menores como: Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental o Línea Estratégica 5: Investigación en salud mental.

en niños y adolescentes

- Fomentar la investigación básica y aplicada en Salud Mental.

Un análisis detallado del Plan confirma la ausencia de objetivos o estrategias focalizadas a la población de MENAs derivando la misma exclusivamente al sistema de Protección Infantil. Esto implicaría que la atención psicosocial, desde el ámbito sociosanitario, no haría todavía esfuerzos significativos en diferenciar las necesidades en salud mental de esta población respecto a otras.

10.1.2 Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023

El siguiente plan autonómico en salud implica un mayor desarrollo. Se beneficia de los logros y de las insuficiencias de anteriores procedimientos, lo que le otorga un estatus de mayor robustez. Sus marcos de referencia penetran definitivamente en lo sociosanitario dejando atrás el sesgo de exclusividad sanitaria (SCS, 2023; Juriscan, 2023; AEBOE, 2023).

Esta apertura hacia lo sociosanitario se refleja, desde un primer momento, gracias a la apuesta por una noción de salud mental mucho más complejo y coherente con los discursos especializados en la materia.

El Plan define salud mental como “algo que es más amplio que la simple ausencia de enfermedad mental. Es un estado mental con funcionamiento satisfactorio, que se refleja en actividades productivas, relaciones plenas y la capacidad para adaptarse a los cambios y defenderse en las situaciones adversas”.

Por tanto, se integran dimensiones que van más allá de lo biomédico, tales como el bienestar personal, las relaciones personales y familiares o la participación social.

Otro aspecto para destacar, que dimana de esta definición, es la incorporación de la noción de integración en salud mental. Mente y cuerpo conviven en una interfaz que se retroalimenta constantemente, por lo que el diagnóstico y la terapéutica solo pueda darse desde un enfoque transdisciplinar.

10.1.2.1 Órganos Colegiados

Si la salud mental ya no se entiende como un procedimiento de “formato modular” la coordinación entre especialistas y entre recursos e instituciones se hace indispensable; es por ello, que se fortalecen los instrumentos de debate y acuerdo. En concreto, para la toma de decisiones se tienen en cuenta los siguientes órganos:

- Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM).
- Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para Enfermos Mentales
- Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer
- Comisiones Insulares de coordinación sobre drogodependencias

Aunque el Plan todavía no se anima a crear un órgano específico para el abordaje de la salud mental infanto-juvenil, también es cierto que implica un notable avance en especificidad. Se generan foros de análisis para la comprensión integral de los desórdenes mentales que aquejan a niños, niñas y adolescentes que antes no se estipulaban y la mirada sociocultural se incorpora al marco epistemológico de interpretación de los fenómenos clínicos.

Como sucediera con el anterior Plan, se hace énfasis en los trastornos crónicos y en el ciclo vital como contexto interpretativo. Esta perspectiva no es totalmente nueva y se puede rastrear en procesos anteriores como el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias⁶ (Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias, 2006) o la Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (2015).

⁶ Este programa estableció, entre otros aspectos, la organización de la red de salud mental infanto-juvenil, lo que permitió la constitución de equipos multidisciplinares específicos en infancia y adolescencia y la mejora en la coordinación dentro del sistema de salud. Desde entonces y hasta ahora se ha venido implantando una “cultura” de la atención en salud mental a menores basada en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ), con dedicación exclusiva a esta población.

10.1.2.2 Manuales de atención en salud mental

Otro aspecto interesante de esta Plan es el énfasis puesto en la actualización, construcción y/o convalidación de manuales de buenas prácticas en salud mental basados en la evidencia.

Entre ellos, podemos destacar el Manual de Salud Mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes, actualizado de su primer versión establecida en 2008. También ha tenido notable desarrollo la actualización del Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria, que tuvo su primera versión en 2008; o la Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave, con una primera edición de 2010. Mucho antes de la promoción de derechos a la población Trans el Gobierno de Canarias ha venido trabajando con el Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales. Finalmente, destaca la necesidad permanente de actualizar el Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias que empezó a aplicarse en las islas desde 2011.

A pesar de estos avances y de las propuestas en desarrollo que se vienen adelantando, es cierto que la biblioteca de salud mental infanto-juvenil focalizada a la situación canaria todavía queda como asignatura pendiente. Lo que prima es la convalidación de guías foráneas y el seguimiento que se hace de las mismas desde la academia.

En cierta medida, esta coyuntura viene de la mano de la falta de una mayor profundización en estudios bioestadísticos y clínicos que permitan establecer un mapa claro de la salud mental infanto-juvenil en las islas.

10.1.2.3 Red de recursos sanitarios especializados de salud mental

Donde si ha mostrado avances la aplicación de este plan es la consolidación de una red de recursos. Su estructura actual incluye los siguientes dispositivos:

RECURSOS AMBULATORIOS:

- Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC).

- Unidades de Salud Mental Comunitarias Infanto-Juveniles (USMC-IJ).
- Hospitales de Día Infanto-Juveniles.

RECURSOS HOSPITALARIOS:

- Unidades de Internamiento Breve (UIB).
- Unidades Funcionales Hospitalarias de Interconsulta y Enlace (UFIE).
- Unidades de Media Estancia (UME).
- Unidades Clínicas y de Rehabilitación de Salud Mental (UCYR).

Las USMC-IJ atienden a todo el espectro del ciclo vital (0-17 años) y cuentan con una disponibilidad de dispositivos de seis unidades, tres de ellas ubicadas en la isla de Tenerife.

Los Hospitales de Día Infanto-Juveniles se ubican uno en cada isla capitalina de los dos provincias. En Tenerife, el Hospital “Diego Matías Guigou y Costa” se encuentra activo desde el año 2003 y cuenta con 45 plazas distribuidas por grupos de edad (primera y segunda infancia, y adolescencia)

A nivel de dispositivos de atención intermedia, que implican una mediación entre lo hospitalario y lo ambulatorio se han venido incorporando dispositivos que hacen seguimiento a los casos clínicos desde los territorios. Cabe destacar el ECA (Equipo Comunitario Asertivo), proyecto que desde 2005 realiza labores de seguimiento y cuidados integrados a personas con discapacidad asociada a trastorno mental grave y persistente. No obstante, es importante reseñar que estos dispositivos intermedios están principalmente orientados a la atención de población adulta.

10.1.2.4 Trayectorias asistenciales de las personas con trastorno mental

Junto con el despliegue de la estructura de dispositivos especializados para la población infanto-juvenil se profundiza en la planeación de los diferentes niveles de atención asistencial. Para esta población se describen tres niveles de atención (Tabla 5):

Tabla 5: Niveles de atención sociosanitaria en población infanto-Juvenil en Canarias.

| NIVEL | TIPO DE ATENCIÓN | RECURSOS |
|------------|------------------|---|
| PRIMARIO | No especializada | Atención Primaria y otros Agentes no sanitarios: Educación (Equipos de Orientación Psicopedagógica), Servicios Sociales, ONGs, Asociaciones, etc. |
| SECUNDARIO | Ambulatoria | Ambulatorios de las USMC |
| TERCIARIO | Hospitalaria | Hospitales (internamiento / Día) |

Fuente: SCS (2023).

En el Nivel I los dispositivos ofrecen atención mediante profesionales encargados de identificar problemas de salud en su origen, gestionando problemas leves y derivando al segundo nivel si la valoración de la gravedad lo amerita. Otra función destacada de este primer nivel es la de identificar situaciones de riesgo y/o de gravedad patológica para ser derivadas a las USMC con carácter preferente o urgente, promover la salud mental y realizar prevención en la población infanto-juvenil.

En el Nivel II de actividad asistencial la acción terapéutica se lleva a cabo de manera ambulatoria en las USMC. En ellas, se atienden patologías con un mayor nivel de gravedad.

Por último, en el Nivel III de atención en salud mental infanto-juvenil se llevan a cabo las hospitalizaciones (total o parcial) para el manejo de los casos más graves y con peor pronóstico psicosocial.

Uno de los principales de este aspectos donde una puesto su acento este Plan ha sido el de proyectar las USMC del campo adulto al infanto-juvenil logrando consolidar varios dispositivos específicos, así como Equipos funcionales dedicados a la atención a la salud mental infanto-juvenil; pero, eso sí, integrados en las USMC de adultos.

En ellas desarrollan su actividad equipos multiprofesionales, lo que permite realizar evaluaciones e intervenciones integrales, adaptadas a las características y necesidades de

cada paciente. Esto incluye prestaciones en evaluación y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

10.1.2.5 Coordinación interinstitucional en salud mental infanto-juvenil

Para poder garantizar la viabilidad de esta red de dispositivos, el Plan propende por una mejora y profundización en los mecanismos de coordinación entre entidades, destacándose las siguientes:

- Convenio con Consejería de Educación
- Acuerdos con entidades para el manejo de Programas de Jóvenes con medidas judiciales
- Protocolo de colaboración interadministrativa (formato marco) con Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda para la mejora en la integración del sistema sociosanitaria en la política de protección a la infancia

10.1.2.6 Línea estratégica No.4: Atención a la salud mental infanto-juvenil

Comparado con otros previos, El Plan amplía notablemente los objetivos generales y específicos para la atención en salud mental en infancia y adolescencia.

La línea estratégica No. 4 es la encargada de desarrollarlo mediante la implementación de una serie de principios (Tabla 6):

Tabla 6: Principios rectores de la Línea estratégica No.4: Atención a la salud mental infanto-juvenil

| PRINCIPIOS RECTORES | |
|----------------------------|---|
| Principio No. 1 | Incluir a los padres en el proceso terapéutico |
| Principio No. 2 | Optimizar la Coordinación entre todos los profesionales de las distintas administraciones implicadas en la vida del niño y adolescente (Sanidad; Educación; Atención Primaria de Servicios Sociales realizada desde los |

| | |
|-----------------|--|
| | programas de Atención a la Infancia y Juventud de los Ayuntamientos; y en algunos casos, Justicia) |
| Principio No. 3 | Profundizar en estudios de Morbilidad psiquiátrica infanto-juvenil en Canarias debido al aumento de atenciones clínicas en la región y prevalencia destacada de ciertos cuadros clínicos (F90; F40; y F80) |
| Principio No. 4 | Promover la creación de documentos de consenso que adquieran carácter de validez comunitaria ⁷ . |
| Principio No. 5 | Facilitar el carácter específico y exclusivo de la Red de Salud Mental infanto-juvenil, dentro de la Organización Sanitaria |
| Principio No. 6 | Invertir en recursos en actuaciones específicas en niveles de detección y prevención. |
| Principio No. 7 | Completar la Red de Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles (USM-IJ), implementando el Equipo multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, enfermería y TS). Mejorar la formación específica de éstos y la definición de sus funciones en las USM-IJ. Asimismo, crear dos Unidades de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB-IJ), con carácter Provincial, así como otros recursos intermedios como centros de día, para tratamiento intensivo y de larga duración para este sector de la población |
| Principio No. 8 | Homogeneizar los recursos en las distintas USM, aumentando la relevancia de profesionales del campo de Trabajo Social y la Enfermería. Homogeneizar principios, propuestas y enfoques en el abordaje psicoterapéutico. |
| Principio No. 9 | Implementar estructuras y estrategias objetivas de coordinación interinstitucional con otras redes de atención a población infantojuvenil (servicios sociales y entorno educativo). |

⁷El Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil (SCS, 2006) había sido hasta el momento el único documento de referencia para Canarias en materia de salud mental infanto-juvenil. Un análisis exhaustivo de situación sobre la ejecución de este Programa en los últimos años ha evidenciado un desarrollo progresivo de la red de salud mental infanto-juvenil, pero inconcluso y con necesidad de una mayor proyección.

| | |
|---------------------|--|
| Principio No. 10 | Adaptar los sistemas de evaluación y registro para el conocimiento sistematizado de los problemas de salud mental infanto-juvenil en Canarias, homologables con el resto de comunidades autónomas y con los estándares internacionales, tanto en sus aspectos epidemiológicos como asistenciales |
| Principio No. 11 | Garantizar la formación continuada de los Equipos Multiprofesionales de Salud Mental Infanto-juvenil que favorezca y facilite la investigación, la docencia y sobre todo mejore la calidad asistencial. |
| Principio No. 12 | Fomentar la apertura de líneas de investigación relacionadas con los principales cuadros psicopatológicos de nuestra población, atendiendo a variables sociodemográficas y psicosociales, no sólo como factores de riesgo sino como moduladores de vulnerabilidad. |

Fuente: SCS (2023)

El Plan define el Objetivo General de la Línea Estratégica No.4 de la siguiente manera:

Potenciar la Salud Mental de niños y adolescentes de la Comunidad Autónoma Canaria, desde el Modelo Comunitario y con una perspectiva biopsicosocial, a través de actuaciones que favorezcan la promoción y prevención, optimizando la calidad de la atención en términos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, y favoreciendo la formación de los profesionales e impulsando la investigación (Plan de Canarias (2018:85).

Dentro de los Objetivos Específicos, teniendo en cuenta que ninguno hace mención explícita a la población de Menores Extranjeros No Acompañados, el No.6 y sus seriales y los No.7 y 8 son los que más se aproximan a esta demanda:

Objetivo específico 6. Promover actuaciones de promoción y prevención en salud mental infanto-juvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma.

Objetivo específico 6.1. Promoción y prevención en población general y en grupos de riesgo sin patología: Desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud mental para la población general, dirigidos a niños y adolescentes, así como a

las familias; en colaboración con otras Consejerías (Educación y Universidades, Empleo y Políticas Sociales) e instituciones (Cabildos, Ayuntamientos)

Objetivo específico 7. Mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud mental Infanto-Juvenil.

Objetivo específico 8. Promocionar la investigación en Psiquiatría y Psicología Clínica infanto-juvenil. (Plan de Canarias, 2018: 88)

En conclusión, el Plan de Canarias de Salud Mental (2019-2023) implica un notable avance en la especificidad de la atención a población infanto-juvenil, pero su nivel de sensibilidad sigue siendo bajo. Aspecto que el propio Plan reconoce y por el cual recomienda acciones de mejora.

10.1.3 Estrategia Canaria de Infancia, Adolescencia y Familia, DGPIF 2019-2023

Este documento base implica un salto en el campo de atención a la infancia y la adolescencia. Nos trasladamos del ámbito sociosanitario al social y jurídico. El Gobierno de Canarias, a través de sus entidades de referencia para la materia: Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda y la Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia implementa una estrategia que se despliega en paralelo a la del Plan de Salud ya descrito (DGPIF, 2023).

Se trataría del primer Plan de acción integral y global, heredero del plan de 1999, Plan Integral de Menores, aprobado por el Parlamento de Canarias.

Su viabilidad responde al diagnóstico realizado previamente a través del estudio “Situación de la Infancia y la Familia en Canarias” (Rodrigo & Martín, 2018). Dicho análisis evidenció el carácter obsoleto del Plan de 1999 (Plan surgido al amparo de la Ley 1/1997, de atención integral a los menores en Canarias) y la necesidad urgente de una actualización ajustada a las demandas del tiempo actual.

La Estrategia proponía siete líneas de acción (Tabla 7):

Tabla 7: Líneas de acción de la Estrategia Canaria de Infancia, Adolescencia y Familia

| | |
|-----------------------|---|
| Línea de Acción No. 1 | Desarrollar políticas autonómicas, insulares y municipales que aseguren la efectividad de los derechos de la infancia, promoviendo de modo prioritario la parentalidad positiva, teniendo en cuenta la diversidad familiar y desde una perspectiva integral |
| Línea de Acción No. 2 | Impulsar acciones preventivas en el ámbito educativo y de la salud dirigidas a la mejora del aprendizaje, la socialización y al bienestar de la infancia, adolescencia y de las familias |
| Línea de Acción No. 3 | Promover acciones preventivas en el espacio comunitario y digital dirigidas a potenciar el desarrollo personal y social de la infancia, adolescencia y de las familias |
| Línea de Acción No. 4 | Potenciar la participación activa de la infancia, adolescencia y de las familias en las políticas y acciones de su interés, canalizándola a través de asociaciones y/o órganos específicos |
| Línea de Acción No. 5 | Preservar los derechos de los menores en situación de vulnerabilidad y potenciar su desarrollo integral, impulsando la mejora del sistema de protección y justicia juvenil. |
| Línea de Acción No. 6 | Fortalecer la coordinación interadministrativa e intersectorial así como las relaciones con el tercer sector aprovechando las tecnologías de la comunicación |
| Línea de Acción No. 7 | Impulsar programas de formación, investigación y sensibilización para que la acción política y la intervención profesional se basen en evidencias y se den a conocer a la ciudadanía en todo el territorio canario |

Fuente: DGPIF (2023)

Un análisis detallado de la naturaleza de las líneas confirma que tampoco se encuentra un lineamiento específico para el tratamiento de los Menores Extranjeros No Acompañados (Gráfica 7). No obstante, el conjunto de objetivos contemplados en la Línea No. 5 son los que mejor dialogan con las necesidades y demandas de este colectivo.

Gráfica 7: Objetivos de desarrollo de la Línea de Actuación No. 5

4.5 LÍNEA DE ACTUACIÓN V. PRESERVAR LOS DERECHOS DE LOS MENORES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD Y POTENCIAR SU DESARROLLO INTEGRAL, IMPULSANDO LA MEJORA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN Y JUSTICIA JUVENIL.

OBJETIVO 4. Adaptar la red de recursos de acogimiento residencial a los nuevos perfiles de menores con los que se interviene, especializando los recursos y adaptando todos los procesos de toma de decisiones y de trabajo a los estándares de calidad, generando una cultura de trabajo basada en las evidencias científicas.

| | | | | | |
|--------|--|-------------------|---------------|-----------|---|
| V.4.3. | Planificación y adecuación de la red de recursos para menores extranjeros no acompañados, atendiendo a lo establecido en la Ley de Servicios Sociales de Canarias, incluyendo recursos humanos multiprofesionales que contemplen la variable cultural. | DGPIF Cabildos | EECC | 2019- | Suficientes plazas especializadas para atender la posible llegada de MENA en todas las islas. Equipos multiprofesionales especializados. |
| V.4.4. | Elaboración de un protocolo para garantizar el cumplimiento de sus derechos y la cobertura de las necesidades de los MENA, prestando particular atención a su inmediata escolarización y búsqueda de alternativas formativas, así como a la obtención de los permisos de residencia y de trabajo antes de su salida del sistema de protección, así como el fomento del contacto con sus países de origen y sus familias para evitar el desarraigo. | DGPIF Cabildos | CPJI CEPSV | 2019-2021 | Puesta en marcha del protocolo |

OBJETIVO 6. Fomentar la autonomía personal de los/las jóvenes extutelados, dando respuesta a sus necesidades materiales, emocionales, formativas y sociales

Descripción: Dar continuidad en la protección de los jóvenes extutelados hasta que consigan un nivel adecuado de autonomía personal, evitando que la llegada a la edad adulta suponga una ruptura brusca en sus vidas, especialmente en aquellos casos que no disponen

de una red de apoyo adecuada, o con otros condicionantes que dificultan su proceso de emancipación, como son los jóvenes con discapacidad o con problemas de salud mental o jóvenes extranjeros que han sido tutelados en su calidad de MENA.

| | Medida | Responsable | Colabora | Temporalidad | Indicadores de resultado |
|--------|--|-------------------|----------------------------|--------------|---|
| V.6.1. | Coordinación entre las entidades del tercer sector y las administraciones públicas locales que trabajan con personas jóvenes extuteladas. | DGPIF Cabildos | DGJ SCE EECC Ayto | 2019-2021 | Acciones de coordinación. |
| V.6.2. | Elaboración e implementación de una red de programas que respondan a las necesidades de las personas jóvenes extuteladas, especialmente las necesidades de carácter educativo y laboral, siempre que tengan cubiertas sus necesidades básicas de alojamiento y manutención mediante cobertura pública o red de apoyo familiar. | DGPIF | Cabildos DGJ SCE | 2019-2021 | Implementación de programas. Número de jóvenes participantes. Resultados basados en evidencias. |

| | | | | | |
|--------|--|--|--------------------------------------|-----------|---|
| V.6.3. | Diseño e implementación de programas diversificados de atención a las personas jóvenes extuteladas para atender a todos los perfiles: jóvenes extranjeros, jóvenes con discapacidad, jóvenes con problemas de salud mental, etc. | DGPIF Cabildos | CSAn CEPSV EECC UUCG DGJ | 2019-2023 | Elaboración y puesta en marcha de los programas. Número de jóvenes participantes. Resultados basados en evidencias. |
| V.6.4. | Creación de un proyecto de apoyo y mentoría a estudiantes universitarios extutelados. | DGPIF UUCG | Cabildos EECC EC | 2019-2023 | Puesta en marcha del proyecto. Número de beneficiarios. Resultados basados en evidencias. |
| V.6.5. | Impulsar la tramitación de la Prestación Canaria de Inserción para las personas jóvenes extuteladas que cumplan los requisitos para percibirla, como colectivo beneficiario contemplado en la Ley 1/2007 de 17 de enero por la que se regula la PCI. | DG de Políticas Sociales e Inmigración. DGPIF | Ayuntamientos | 2019-2023 | N.º de Jóvenes Beneficiarios. Tiempo que dura la percepción de la PCI. |

Fuente: DGPIF (2019)

En este caso, si bien se hace explícita la realidad de los Menores Extranjeros No acompañados y se muestra un plan de acción especificado para ellos; en el mismo, no se contempla ningún enfoque de carácter cultural o ecológico que permita inducir una lectura narrativa de sus necesidades.

Con estos dos documentos, El Plan de Salud 2019-2023 y la Estrategia Canaria 2019-2023 se expone el marco de referencia técnico-legal que acompaña la atención a nuestra población de referencia en el terreno de la salud mental.

No obstante, y a pesar de estar sin vigencia, nos parece interesante mostrar propuestas pretéritas que permiten contemplar otros esfuerzos hechas para atender a los menores en Canarias y, en concreto, a los Menores Extranjeros No Acompañados.

10.1.4 Plan Insular de Infancia y Adolescencia de Tenerife (2018-2021)

En el caso concreto de la isla de Tenerife, obtiene mucha relevancia el I Plan Insular de Infancia y Adolescencia de Tenerife (2018-2021)⁸ (IASS, 2023)

Este Plan se desarrollaba a través de la implementación de siete líneas de acción:

- Presencia y participación social
- Inclusión social y apoyo a las familias
- Promoción de la seguridad y la protección
- Promoción de la salud y prevención de conductas no saludables
- Apoyo a una educación innovadora y de calidad
- Cultura, ocio y tiempo libre
- Mejora de la calidad de la gestión y la evaluación del plan

La No. 4 que hace mención a la promoción de la salud dialoga en horizontes y praxis con los dos Planes de Salud de la Comunidad Canaria, volviendo a dejar por fuera un trabajo integral y diferencial con la población de Menores Extranjeros No Acompañados.

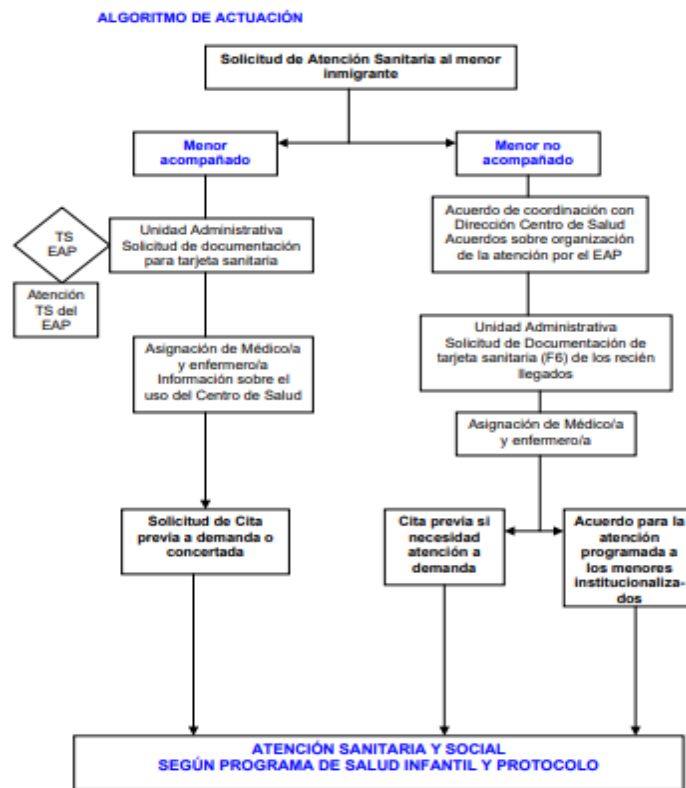
⁸ El Cabildo de Tenerife viene adelantando mesas de trabajo para culminar la elaboración del II Plan que debería entrar en vigor a lo largo del año 2023. Es por esto, que aunque el I Plan ya no esta vigente en sentido administrativo sus políticas derivadas siguen aplicando desde las estrategias marco que despliega el IASS.

10.1.5 Protocolo de actuación y coordinación para la atención sanitaria a menores inmigrantes

Otra propuesta extinta, pero interesante por su función, fue la de la creación, por parte del Servicio Canario de Salud, en el año 2004 del “Protocolo de actuación y coordinación para la atención sanitaria a menores inmigrantes” (DGPIF, 2023).

En este documento base se exponían las líneas maestras del paso a paso a seguir en la implementación de coberturas de salud en Menores Extranjeros No Acompañados (Gráfica 8). En líneas generales, su proceder es rescatable a día de hoy y se encuentra implícito en las normas que han venido después.

Gráfica 8: Procedimiento de atención sociosanitaria a Menores Inmigrantes



Fuente: SCS (2004)

La propuesta de implementación de esta estrategia surgió al amparo de las demandas incipientes que, para aquel entonces, implicaba lo que se denominó la “época de los cayucos”. Por tanto, se trató de un procedimiento de urgencia pero que permitió una primera toma de conciencia de la necesidad de atender a una población diversa dentro del campo general de menores.

Su naturaleza precoz y pragmática, orientada a crear los primeros procedimientos para manejar a una población que se podía considerar “novedosa”, nos permite comprender que no se estipularan en sus principios mecanismos específicos para una atención diferencial, atendiendo a sus marcos de referencia social y cultural.

10.2 Procedimientos sociosanitarios/psicosociales y satisfacción de necesidades de salud mental en Menores Extranjeros No Acompañados.

Como se ha podido evidenciar en el repaso general mostrado, entorno a los principales procedimientos que regulan la atención sociosanitaria y psicosocial a menores en la isla de Tenerife, dentro del marco general de la Comunidad Autónoma de las Islas Canarias, son escasos, por no decir inexistentes los procesos individualizados que permiten diferenciar en el tratamiento a los Menores Extranjeros no Acompañados (Fiscalía de Menores, 2023; Extranjería, 2023; DGPIF, 2023; IASS, 2023).

Esto queda evidenciado en el último informe de seguimiento presentado por el Defensor del Pueblo que hace repaso a la situación de la migración en Canarias. En el capítulo dedicado a los menores evidencia una serie de elementos idiosincráticos que están condicionado su proceso de protección y adaptación al contexto insular (Defensoría del Pueblo, 2021).

La mayoría de los Menores Extranjeros No Acompañados arriban a las islas determinados por: 1) la necesidad de obtener un trabajo como elemento de búsqueda de autonomía

económica en sus países de origen⁹ y 2) la influencia socio-familiar y mediática procedente de estos países. Por tanto, estos menores emigran con el apoyo y consentimiento regular de los miembros de sus entornos de referencia (familiares, líderes comunitarios, etc.). Se convierten, de facto, en detentores de un mandato familiar y sociocultural del que depende el “progreso de los que quedan atrás”.

Las principales dificultades que afectan a estos menores son su falta de escolarización, el desconocimiento lingüístico, la escasa cualificación profesional, las limitaciones para una óptima integración en los escenarios educativos y las dificultades emocionales. Por tanto, se hace evidente que la mayoría de esta población no cuenta con la satisfacción mínima de las necesidades en la infancia que implican una cobertura que va desde lo fisiológico, pasando por el cognitivo, lo afectivo y lo social.

Diferentes estudios han encontrado que unido a la inseguridad del estatus migratorio, la falta de formación y de experiencia laboral, así como la vivencia de dificultades psicológicas repercuten negativamente en su proceso de adaptación. Un capítulo específico se localiza en la necesidad de asistencia psicológica para detectar y solucionar los diferentes problemas asociados, tales como afectaciones al estado de ánimo, cuadros de ansiedad, desajustes en la conducta alimentaria, alteración en los ritmos circadianos, baja regulación y falta de competencias para la gestión interpersonal.

El reporte del Defensor del Pueblo establece algunas recomendaciones sobre procesos a mejorar:

- La identificación ágil de las necesidades de protección internacional
- La detección de potenciales víctimas de trata
- El procedimiento que se sigue para la determinación de la edad;
- La documentación de su residencia legal
- La integración sociolaboral, una vez que alcanzan su mayoría de edad.

⁹ Aunque no hay estadísticas rigurosas no se puede desdeñar la vigencia de otros factores que están detrás de la migración de menores: la trata de personas con su asociación a nuevas formas de esclavitud, la prostitución infantil (principalmente reservada a niñas y adolescentes) o el desplazamiento forzado como fruto de la necesidad de huir de escenarios de conflicto armado. La menor cantidad de casos se debe a procesos voluntarios y autónomos de migración basado en motivos estrictamente personales, tales como el crecimiento personal o el “conocer mundo”.

La última recomendación integra la satisfacción de necesidades para el desarrollo del proyecto de vida que permita la integración sociolaboral. Es aquí donde se pone en evidencia la falta de recursos diferenciales para poder interpretar eficazmente estas necesidades bajo el prisma de los contextos de procedencia y las historia de vida de los menores implicados.

Un análisis comparativo de los diferentes textos revisados nos permite identificar un estado de la cuestión acerca de los procedimientos sociosanitarios en salud mental (Tabla 8). En ese estado se evidencian las fortalezas del sistema que ha integrado mecanismos y procesos promotores de una adecuada satisfacción de las necesidades de los Menores Extranjeros no Acompañados, así como debilidades, entendidas como los riesgos o debilidades que impiden que el proceso de satisfacción sea pleno.

Tabla 8: Fortalezas y debilidades de los Procedimientos Sociosanitarios y psicosociales de atención en salud Mental, con énfasis en la intervención con Menores Extranjeros No Acompañados

| Fortalezas | Debilidades |
|---|--|
| Consolidación de equipos multidisciplinares en la intervención especializada | Limitaciones en la aplicación de estrategias basadas en la transculturalidad |
| Promoción de una cultura del bilingüismo (“educadores traductores”). Intensificación en el aprendizaje de la lengua autóctona (español) | Bajo desarrollo de enfoques de intervención basados en la coparticipación |
| Reconocimiento de la diferenciabilidad en la satisfacción de necesidades basada en la cultura. Implementación del modelo ecológico-sistémico en protección a la infancia. | Niveles discretos de adecuación de las estrategias de intervención para una optimización de la integración social. |

| | |
|---|---|
| Mejora en los procesos de coordinación intersistemas (salud, educación, protección, judicial). | Escaso diálogo con las culturas de referencia (etnopsiquiatría y etnopsicología) |
| Simplificación en algunos trámites para favorecer la adaptación temprana (regularización migratoria, inserción escolar, implementación de proyectos productivos y profesionales) | Disonancia en la elaboración de los marcos de referencia comprensivos sobre los que se asientan las proyectos de intervención en salud mental |
| Mejora en la implementación de mecanismos de comunicación con entidades referentes en los contextos de procedencia de los menores (consulados, entidades de protección en origen) | Uso descontextualizado de lo narrativo en los escenarios terapéuticos |
| Consolidación de dispositivos intermedios de intervención en salud mental de base comunitaria | |

Fuente: **Elaboración Propia (2023)**

En el campo de las fortalezas es indudable el impacto que ha tenido en los servicios de salud mental (tanto para adultos como para menores) la implementación de los principios de la Rehabilitación Basada en la Comunidad. La creación de dispositivos intermedios insertos en los contextos comunitarios ha ido ganando espacios para una mimetización con los entornos adelgazando la presencia de fronteras entre lo asistencial y el diario vivir. La presencia de “equipos de calle” como el ECA han implementado estrategias que van más allá de la típica visita domiciliaria que otrora hicieran los médicos de familia a sus pacientes (SCS, 2023).

Asimismo, se ha consolidado una formación que ha permitido a los agentes sociosanitarios y psicosociales (principales trabajadores sociales y educadores de familia) integrar en los intervenciones multidisciplinares los códigos de referencia de las culturas de procedencia de estos menores inmigrantes. Se ha dejado de ver su cultura de origen como un elemento exótico que muchas veces era interpretado más como una carga u obstáculo

para la integración social que un beneficio. Esto no es óbice para reconocer que los niveles de rechazo social y xenofobia se mantienen teniendo todavía un importante calado en la opinión pública y que esta formación es solo un primer pendiente de una verdadera articulación sobre el territorio (Castro, 2013)

En la medida que los trámites jurídico-administrativos se han ido simplificando las zonas de incertidumbre sobre sus permisos de residencia se han ido acortando lo que favorece la seguridad necesaria para la integración. El fantasma de la situación irregular o de la deportación se ha reducido notablemente en los últimos años (SCS, 2023; Fiscalía de Menores, 2023).

La amplitud y robustez de la coordinación intersistemas ha permitido que los servicios sociosanitarios y psicosociales sean más productivos y cuenten con más información en el tiempo oportuno para enriquecer las intervenciones. Desde los tiempos de reconocimiento de la prueba de mayoría de edad, pasando por el contacto con las familias de origen para construir historias de vida, y hasta la comunicación fluida con los sistemas de protección y educativo para evitar “zonas grises” en la intervención. Todos estos elementos permiten a los equipos multidisciplinares de los centros asistenciales participar en coordinaciones amplias donde se reduce a su mínima expresión el fenómeno de los “compartimentos-estanco” y su favorece la transdisciplinariedad (Observatorio, 2010).

La consolidación del enfoque ecológico-sistémico como uno de los principales marcos de referencia interpretativo para los casos de protección a la infancia ha permitido consolidar una lectura de estos casos basada no solamente en la comunidad, sino en la cultura de referencia, con énfasis en la historia y en la subjetividad de los sujetos (Rodrigo, 2008; De Castro, Sáez & Angulo, 2016).

Por último, otra fortaleza a destacar es la superación progresiva, aunque no definitiva, del uso del traductor por un “educador traductor” que permita una comunicación más significativa (IASS, 2023; Rodrigo, 2008).

Sin embargo, a pesar de lo avanzando en los últimos años, la revisión de procedimientos permite evidenciar las debilidades que perjudican la optima satisfacción de necesidades en Menores Extranjeros No Acompañados.

La progresiva implementación de una mirada transdisciplinar no activa automáticamente la necesaria ejecución de un enfoque transcultural. En la medida que todos los actores de los equipos sociosanitarios y psicosociales adolezcan de esta perspectiva se disminuye notablemente su grado de impacto en las construcciones terapéuticas, psicoeducativas o asistenciales que se produzcan (Desviat, 2010; Bottinelli, et al., 2011). La transculturalidad aboga por una “conexión entre lenguajes sobre lo real” sobre lo que le acontece a una persona aquí y ahora. Facilita la emergencia de una mimesis entre marcos de referencia para reducir la disonancia de la mirada unívoca. Esto le permite al menor extranjero encontrar puentes de comunicación con su relato de procedencia y le acerca a un mejor anclaje con el relato a adoptar en el nuevo escenario (Desviat, 2010; Thornicroft, Deb, & Henderson, 2018)

Esta disonancia se extiende también a los marcos de referencia epistemológicos que sustentan los programas de intervención corriendo el riesgo de implementar objetivos que no pueden ser asumidos de forma natural por estos menores. El ideal del “buen ciudadano” se convierte en factor alienante y promotor de escenarios de “guetización” y comportamientos xenófobos (Fernández, 2018; Bottinelli, et al., 2011).

Aunque hemos hablado de transdisciplinariedad y de mejoras en los sistemas de coordinación todavía falta mucho recorrido en la implementación de estrategias para la coparticipación; principalmente, la que implica hacer el sujeto intervenido protagonista de la propuesta de intervención. Todavía prevalece la ejecución de proyectos donde toda la propuesta ya viene diseñada desde la institucionalidad teniendo muy poco o ningún espacio de participación en el diseño el menor extranjero (Sánchez, 2005)

También se ha avanzado en la formación especializada de los agentes interventores, pero esta formación todavía adolece de una mirada más etnográfica, de inmersión en la cultura de referencia para hacer más viable la transferencia de saberes y eco-localizar mejor las narrativas de los usuarios. Se han promovido foros de debate y se han promocionado eventos de formación en estos asuntos, pero es aún mínimo el impacto en los perfiles profesionales (SCS, 2023; DGPIF, 2023; Rodrigo & Martín, 2018).

Por tanto, es inevitable reconocer que el uso de la narrativa para estos menores sigue descontextualizado, provocando que muchas veces el profesional interventor “no sepa que hacer con lo que le cuentan”. Provocando que los propios menores se refugien en el silencio y se limiten a crear de manera exclusiva cadena de comunicación privada con “los suyos”.

11. Conclusiones.

Los bajos niveles de adherencia a tratamiento de los Menores Extranjeros No Acompañados que han sido identificados con algún desorden de salud mental son una clara manifestación de un problema mayor y previo que tiene que ver con su capacidad para adaptarse y, consecuentemente, integrarse (Martín, Wagener & Peraza, 2021)

La adaptación, como proceso psicológico, implica actualizarse en el desarrollo una serie de componentes, tanto afectivos como cognitivos, siendo uno de los más destacados el sentimiento de adecuación. La adecuación es la experiencia subjetiva, de base emocional, de sentirse digno, merecedor de ser y estar (Rodrigo, 2008; Rodrigo & Martín, 2018).

No son pocos los estudios que han venido confirmando desde diferentes ámbitos y saberes (antropología social, psicología cultural, neurociencia cognitiva, sociología) que la capacidad para construir este sentimiento demanda la preservación de dos pilares: un apego seguro y una identidad construida (Rodrigo, 2008).

Como ya comentaban autores como Ricoeur o Levinas, la identidad es una experiencia que se construye desde el contexto (la comunidad de referencia, la cultura, los rituales, etc.) y se expresa en narrativas, en relatos de espacio y tiempo que devienen en historias, en genealogías (González-Quintana, 2017).

Cada Menor Extranjero No Acompañado que se traslada en condiciones de alto riesgo y vulnerabilidad a “conquistar la ruta canaria” es un sujeto amenazado en su propia subjetividad entendida como preservación de una identidad narrativa. Y no solamente, por la exposición a los riesgos del traslado o al abandono de los lugares de origen, sino por lo que les espera en los lugares receptores suele ser el intento amable por ser “adoptados” por

el nuevo territorio; lo que implica la inevitable vivencia de disonancia. Mucho de estos niños, niñas y adolescentes, además son víctimas de trata de personas y ven cercenadas todas las posibilidades de contacto con sus familias de procedencia, por lo que a los problemas ya reseñados se sumarían los derivados de una “orfandad simbólica” (Fernández, 2018; Desviat, 2010).

La emergencia de un trastorno mental o de una dificultad psicológica no se explica por este conjunto de factores de riesgos explicitados; pero la clínica ha aprendido desde hace tiempo y desde diferentes modelos epistemológicos de entender la psicología y la psiquiatría (psicoanálisis, cognitivismo, conductismo, humanismo, sistémica, etc.) que la acción terapéutica para ser exitosa tiene que tener sentido para el sujeto y que ese sentido solo se logra si el sujeto coparticipa con el profesional o el equipo intervención en la elaboración de la trama terapéutica. Esa coparticipación no es más que el aporte que hacen ambas partes (sujeto interventor y sujeto intervenido) desde sus núcleos de significado para alcanzar un equilibrio al que llamar tratamiento. Es la piedra angular de toda intervención en salud mental y se la conoce de diferentes maneras en el argot clínico: transferencia, “rapport”, alianza o vínculo terapéuticos (Rodrigo, 2008; Álvarez, 2002; Pejchar et al, 2007; Álvarez, 2002).

El análisis de los procedimientos sociosanitarios ha permitido evidenciar una notable mejora en especificidad en los últimos años; en la medida que los diferentes planes, programas y proyectos, que integran a diversas entidades y ámbitos de actuación que dialogan en salud mental, han profundizado en la transdisciplinariedad, han mejorado los mecanismos de coordinación, han propendido por blindar las situaciones jurídico-administrativas y han fortalecido los procesos de seguimiento en integración acompañado al menor en los diferentes contextos de desarrollo.

¿Qué faltaría entonces? Muy probablemente ganar en sensibilidad. Sensibilidad entendida como la incorporación de la subjetividad del menor, desde su relato, a la co-construcción de “esa cosa llamada terapia” y que se hace para ayudarle a superar “esa cosa llamada problemas de salud mental”.

Para ningún clínico o actor psicosocial que interviene con un Menor Extranjero No Acompañado que ha abandonado su tierra natal en Nigeria, Senegal o Marruecos es una novedad comprender que las nociones que ellos tienen de la intervención, de la salud mental o, inclusive, del sufrimiento y la adaptación distan mucho de los marcos de referencia simbólicos que se han integrado en nuestras comunidades.

Si esa brecha simbólica no se cierra el menor de los problemas va a ser la persistencia de unos niveles de baja adherencia a tratamientos, como los explicitados. El problema va a ser el fracaso en la adaptación, síntoma de algo que se rompe dentro de esos menores, síntoma de su inadecuación (Sheldon, 2012; Garbarino, 2001).

No obstante, el horizonte pareciera prometedor. Se vislumbra la implementación a corto plazo del II Plan Insular de Atención a la Infancia y la Familia de Tenerife y faltan desarrollos del Plan de Salud Mental de Canarias cuya vigencia concluye en 2023. También, son cada vez más los profesionales que buscan formaciones que integran discursos como el de la bioética narrativa y, no solo, como garantes del trabajo que se hace, sino como inspiradores para crear hipótesis de nuevos trabajos por hacer.

Lo único cierto es que el fenómeno de la “paterización” no parece tener freno y que toda la sociedad en general, y los profesionales de la salud mental en particular, deben prepararse para que la acogida sea real, y no solamente una nueva nota de prensa alarmista en un periódico.

12. Referencias Bibliográficas

Alarcón, R. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*, 8(3), 131-139.

Álvarez, J. (2002). Estudio de las creencias, salud y enfermedad. México: Trillas.

Andorno, R. (2012). Bioética y dignidad de la persona. Tecnos: Madrid.

Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, 11, pp. 73-114.

Defensoría del Pueblo (2021). La migración en Canarias. Estudio. Defensor del Pueblo: Madrid.

Bottinelli, M., Pawlowicz, M., Nabergoi, M., Lenta, M., Longo, R., Sopransi, M., & Moschella, R. (2011). Salud comunitaria: jóvenes escolarizados y vulnerabilidad psicosocial. *Investigaciones en psicología*, 3(16), 22-30.

Bravo, A., & Santos-González, I. (2017). Menores extranjeros no acompañados en España: necesidades y modelos de intervención. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 55-62.

De Castro, J., Sáez, I., & Angulo, A. (2016). Aportaciones del paradigma de resiliencia a la acción socioeducativa. El caso del centro de menores extranjeros no acompañados Zabaloetxe. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 28, 157.

Defensoría del Pueblo (2021). La Migración en canarias. Defensor del Pueblo: Madrid.

Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol. XXX, núm. 105, pp.125-133 Desviat, M., González, C., Levav, I, Khon, R., Moreno, P. (1999). Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. *Psiquiatría Pública*, 11, 5-6. pp. 147-156.

EASO (2018). Annual Report on the Situation of Asylum in the European Union 2018. European Asylum Support Office. Brusells.

EFE (2022, 7 de septiembre). Canarias tutela al 26% de los menores migrantes acogidos en España. *Canarias 7*. p. 16.

- Fernández, D. (2008). *Michael Foucault, ética y política de la corporeidad*. Ediciones IDEA.
- Fernández, D. (2018). Racismo, xenofobia y postpolítica. *Claves de Razón Práctica*, Nº 260, págs. 72-79.
- Fernández, D. (2020). Biopolítica y ontología del presente. Nacimiento de la biorrobótica. *Bajo palabra. Revista de filosofía*, ISSN 1576-3935, ISSN-e 1887-505X, Nº. 24, 2020, págs. 229-242.
- Fernández, D. (2023). Bioética y atención médica. Implicaciones éticas de la praxis sanitaria. *Encuentros multidisciplinares*, Vol. 25, Nº 73 (Enero-Abril)
- Flores, B. (2018). La protección jurídica de los menores inmigrantes no acompañados en España. *Revista de Derecho Civil*, Vol. 5, Nº. 2 (abril-junio, 2018), 2018, págs. 321-362
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Gallopín, G. C. (2006). Linkages between vulnerability, resilience, and adaptive capacity. *Global Environmental Change-human and Policy Dimensions*, 16(3), 293-303.
- Garbarino, J. (2001). An ecological perspective on the effects of violence on children. *Journal of Community Psychology*, 29(3), 361-378.
- García Márquez, G. (2002). *Vivir para contarla*. Random House: Barcelona.
- Gimeno, C. (2013). Menores que migran solos y sistemas de protección a la infancia. *Zerbitzuan*, 53, págs. 109-122.
- Godenau, D. & Zapata, V. [Coords.] (2007). *La inmigración irregular en Tenerife*. Cabildo Insular de Tenerife: Santa Cruz de Tenerife.
- González, C. (2019). *Prevalencia de trastornos de salud mental, cobertura y eficacia de los servicios terapéuticos en menores en acogimiento residencial* [Tesis Doctoral]. Universidad de Oviedo.
- González-Quintana C. (2017). Bioética narrativa. *Revista CONAMED*; 22(4): 191-194.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (comp.). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, pp. 13-39. Barcelona Ediciones Paidós

- Kottow, M. (2016). ¿Bioética narrativa o narrativa bioética? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16. págs. 31-58
- Landrigan, P. J., Kimmel, C. A., Correa, A., & Eskenazi, B. (2004). Children's health and the environment: public health issues and challenges for risk assessment. *Environmental Health Perspectives*, 112(2), 257-265. <https://doi.org/10.1289/ehp.6115>
- Luvezute Kripka, R. M., Scheller, M., & De Lara Bonotto, D. (2015). La investigación documental sobre la investigación cualitativa: conceptos y caracterización. *Revista de Investigaciones UNAD*, 14(2), pág. 55.
- Markez, I. (2008). De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria. *Norte de Salud mental*, 7(31).
- Martín, J., Peraza, C., Wagener, M., & Hernández, M. (2021). *Análisis de la situación de los menores extranjeros no acompañados en Tenerife*. [Tesis de Grado]. Universidad de La Laguna.
- Martin, J.; Wagener, M.; Peraza, C. (2021). Análisis de la situación de los menores extranjeros no acompañados en Tenerife [Tesis de Grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Universidad de La Laguna. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/24644>
- Moratalla, T. & Feito, L. (2020). *Bioética narrativa*. Escolar y Mayo: Madrid.
- Observatorio de la Inmigración de Tenerife (2010). La inmigración irregular en Tenerife: informes temáticos. Área de Economía y Competitividad del Cabildo de Tenerife: Santa Cruz de Tenerife.
- Organización Panamericana de la Salud (2013). Salud Mental. Guía del Promotor Comunitario. OPS: México.
- Parra, O. (2014). La enfermedad cuenta. Narrativa y bioética del cuidado. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14, págs. 26-48
- Pejchar, L., Morgan, P., Caldwell, M., Palmer, C., & Daily, G. (2007). Evaluating the Potential for Conservation Development: Biophysical, Economic, and Institutional Perspectives. *Conservation Biology*, 21(1), 69-78. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1739.2006.00572.x>
- Rodrigo, M. [Coord.] (2008) *Preservación Familiar*. Pirámide: Madrid.
- Rodrigo, M. & Martín, J. [Coords.] (2018). *Situación de la Infancia y la Familia en Canarias*. Colección Praxis. Editorial: Wolters Kluwer España.

Sánchez, M. (2005). Algunas consideraciones sobre la situación jurídica de los menores inmigrantes no acompañados en España. *Actualidad Civil*, nº 18, octubre 2005, p. 2183.

Sheldon, K. (2012). The self-determination theory perspective on positive mental health across cultures. *World Psychiatry*, 11(2), 101-102.

Sourander, A. (1998). Behavior Problems and Traumatic Events of Unaccompanied Refugee Minors. *Child Abuse & Neglect*, 22(7), págs.719-72.

Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286.

Webs consultadas:

Dirección General de Protección a la Infancia y la Familia [DGPIF] (2023) Registros de tratamientos del Centro Directivo. Gobierno de Canarias.org. Nombre del sitio web. Recuperado el 3 de julio de 2023 de <https://www.gobiernodecanarias.org/administracionespublicas/tratamientodedatos/tratamientos/dsidj/dgpif/>

Fiscalía de Menores (2023). Documentación. Fiscal.es. Recuperado el 28 de junio de 2023 de <https://www.fiscal.es/documentaci%C3%B3n>

Extranjería (2023). Bibliotecas y Archivos. Administracionespublicas.gob.es. Recuperado el 21 de junio de 2023 de <https://sede.administracionespublicas.gob.es/procedimientos/index/categoria/51>

Instituto de Atención Social y Sociosanitaria de Tenerife [IASS] (2023). Infancia y Familia. Iass.es. Recuperado el 8 de junio de 2023 de <https://www.iass.es/infancia-y-familia>

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [AEBOE] (2023). Biblioteca Jurídica Digital. Boe.es. Recuperado desde el 15 de febrero al 30 de junio de 2023 de https://www.boe.es/biblioteca_juridica/index.php?tipo=C

Juriscan (2023). Legislación de Canarias. Gobiernodecanarias.org. Recuperado desde el 8 de marzo al 25 de mayo de 2023 de <https://www3.gobiernodecanarias.org/juriscan/>

Servicio Canario de Salud [SCS] (2023). Publicaciones. Gobiernodecanarias.org.

Recuperado desde el 10 de febrero al 9 de abril de 2023 de

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=6236b193-8127-11e9-8080-6d00608a2f25&idCarpeta=ae273cd1-b385-11e9-82f7-8d5cff9227e6>