

El acceso a servicios de salud mental por parte de las niñas, niños y adolescentes no acompañados en necesidad de protección internacional





plataforma de infancia

españa

**El acceso a servicios
de salud mental por
parte de las niñas,
niños y adolescentes
no acompañados en
necesidad de protección
internacional**

Edita: Plataforma de Infancia
C/ Escosura 3, local 2. 28015 Madrid
T. 91 447 78 53 - info@plataformadeinfancia.org

Coordina: Almudena Escorial Senante

Elabora: Irene Graiño Calaza con la participación del del grupo de niñas, niños y adolescentes no acompañados de la Plataforma de Infancia, sobre la base del documento "El acceso a servicios de salud mental por parte de los niños y niñas no acompañados en necesidad de protección internacional" de MEDUSA Derechos Humanos, abogadas y consultoras.

Queremos agradecer por la participación en este informe y por sus valiosas aportaciones a Sara Toledano, de Plataforma de Infancia, Ismail El Majdoubi, del colectivo EXMENAS, Mouna Hrar de Save the Children, Sara Collantes, de UNICEF, Margarita de la Rasilla, de ACNUR España, Alaitz Penas, de Red Acoge, Francisco Collazos, del Hospital Vall d'Hebrón y Layla Bellach, de Salud Entre Culturas.

Diciembre 2025

Los derechos de la publicación son derechos compartidos, de modo que cualquier persona es libre de copiar, distribuir y comunicar la obra, siempre que se reconozcan los créditos del editor y no se utilice con fines comerciales o contrarios a los derechos de los niños y las niñas.





Índice interactivo

01

Introducción	6
--------------	---

02

Marco jurídico	10
2.1 Marco jurídico internacional	12
2.2 Marco regional europeo	19
2.2.1 Consejo de Europa	19
2.2.2 Unión Europea	22
2.2.3 Marco nacional	22
2.4 Marco autonómico	24

03

Análisis de las condiciones de vulnerabilidad y factores de riesgo en la salud mental de la infancia no acompañada en necesidad de protección internacional	26
3.1 Factores individuales y contextuales en origen	29
3.2 El trayecto migratorio	30
3.3 La llegada al territorio de acogida	31
3.3.1 Desarraigo cultural y estigmatización	31
3.3.2 Carencia de redes de apoyo y desarraigo familiar	33
3.3.3 El impacto emocional de las expectativas no cumplidas	34
3.3.4 Las condiciones de atención en los centros de protección	35
3.3.5 La incertidumbre administrativa como factor de sufrimiento	36

04

Barreras en el acceso a la atención en salud mental de la infancia no acompañada en necesidad de protección internacional	38
4.1 Barreras transversales	40
4.1.1 Ausencia de protocolos o guías para la evaluación y determinación del interés superior del niño o la niña	41
4.1.2 La fragmentación y territorialización del modelo organizativo	42
4.1.3 La ausencia de una respuesta institucional eficiente genera inestabilidad	43
4.1.4 Enfoque reactivo en lugar de preventivo en la atención a la salud mental	45
4.1.5 La invisibilización institucional del trauma migratorio	46
4.1.6 La invisibilización de la diversidad de trayectorias y experiencias	46
4.1.7 La falta de perspectiva transcultural, psicosocial y de infancia	47
4.2 Barreras en la llegada/primera atención	50
4.2.1 Identificación deficiente	50
4.2.2 Inexistencia de protocolos y equipos que ofrezcan primeros auxilios psicológicos	52
4.2.3 Falta de información y participación de las niñas, niños y adolescentes	54
4.2.4 Barrera idiomática y cultural	55
4.2.5 Ausencia del enfoque de género	56
4.3 Barreras en los centros de protección a la infancia	57
4.3.1 Precarización del sistema	57
4.3.2 Condiciones de los centros, saturación del sistema de protección y falta de continuidad en la atención psicosocial	58
4.3.3 Escasez de profesionales con formación especializada en los centros de protección y de formación específica en enfoque transcultural y de trauma	61
4.3.4 Ausencia de mediadoras y mediadores con enfoque cultural	62
4.3.5 Falta de participación de las niñas, niños y adolescentes	64
4.3.6 Ausencia de enfoque de género	65
4.3.7 Ausencia de perspectiva de diversidad religiosa en la atención a la salud mental	67

05

Barreras en el sistema de salud	68
5.1 Deficiencias generales del sistema de salud público	70
5.2 Fragmentación y territorialidad del acceso a la atención sanitaria	72
5.3 Barreras lingüísticas y culturales en la atención a la salud mental en el sistema de salud	73
5.4 Ausencia de enfoque transcultural	74

06

Conclusiones	76
---------------------	-----------

07

Buenas prácticas	84
-------------------------	-----------

08

Recomendaciones	90
------------------------	-----------

01

Introducción





01 | Introducción

La infancia en movimiento engloba a niñas, niños y adolescentes que se desplazan dentro de su país o cruzan fronteras internacionales, con o sin la compañía de personas adultas. Estas trayectorias migratorias están motivadas por múltiples causas estructurales, como conflictos armados, persecución, violencia de género, pobreza, desigualdad, desastres naturales o falta de oportunidades y se caracterizan por su complejidad, dinamismo y un alto nivel de riesgo. En muchos casos, se trata de desplazamientos forzados, donde el acceso a derechos fundamentales se ve completamente comprometido.

De acuerdo con la Convención de Ginebra de 1951 y con la Ley de Asilo española, un niño o una niña es una persona refugiada cuando debido a fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país.

Estas niñas, niños y adolescentes, especialmente en el caso de los no acompañados, requieren una protección reforzada por su triple exposición: su edad, la ausencia de redes de apoyo y la violencia sufrida antes, durante y después de su desplazamiento.

Las niñas y adolescentes no acompañadas enfrentan riesgos específicos como matrimonios forzados, explotación sexual o embarazos precoces. Además, las niñas, niños y adolescentes hacen frente a discriminaciones estructurales como el racismo, la islamofobia o los estigmas sociales. Si bien el presente análisis se centra en las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional, muchas de las problemáticas que se describen también aplican a la infancia migrante acompañada o a niños y niñas cuyas circunstancias justificarían una solicitud de protección, pero no acceden a ella por falta de información o identificación adecuada¹.

Desde el marco normativo de derechos humanos, el acceso adecuado a servicios de salud mental constituye una obligación legal para los Estados. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) establece en su artículo 39 que los Estados deben adoptar todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de las niñas y niños víctimas de cualquier forma de violencia, abuso, negligencia o explotación. Así, el Comité de Derechos del Niño ha subrayado la necesidad de que dicha atención a la salud mental sea culturalmente pertinente, adaptada a la edad, con enfoque de género e interseccional. Por su parte, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), considera que muchos de los trastornos psicosociales presentes en la infancia migrante y refugiada son una consecuencia directa de su situación de desplazamiento forzado y que los servicios deben estar disponibles incluso cuando no lo están para la población en general.

El marco normativo interno también incorpora estos principios y establece el derecho de todas las niñas y niños extranjeros a recibir atención sanitaria en igualdad de condiciones que la población nacional y exige garantizar una atención en salud mental universal, accesible, reparadora e integral, con enfoque de género, edad y diversidad.

1. Por esta razón, se utilizará de manera preferente el término niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional visibilizando la brecha entre las necesidades reales y el acceso efectivo al derecho.

No obstante, la implementación de este marco legal se enfrenta a serios desafíos. Existen barreras estructurales persistentes: escasez de profesionales formados, ausencia de intérpretes y mediadores culturales, y una tendencia al enfoque medicalizador² en lugar del psicosocial.

Diversos informes de organismos nacionales e internacionales alertan sobre las condiciones precarias de acogida, la falta de atención emocional adecuada, los dispositivos desbordados y los riesgos especialmente elevados para perfiles invisibilizados como las niñas, adolescentes o la infancia LGBTQ+.

Contexto de las llegadas de las niñas, niños y adolescentes migrantes y solicitantes de protección internacional

Las estadísticas refuerzan la urgencia de abordar esta situación. En 2023, según la Memoria de la Fiscalía General del Estado, llegaron a España por vía marítima 4.865 niñas, niños y adolescentes, casi el doble que el año previo. La mayoría eran varones (4.627) procedentes de Senegal, Marruecos, Gambia y Argelia. A final de ese año, el Registro de Menores Extranjeros No Acompañados contabilizaba 12.878 niñas, niños y adolescentes tutelados en el país frente a los 11.417 del año anterior. De ellos, 10.570 eran niños y 2.308 niñas, procedentes en su mayoría de Marruecos (4.083), Senegal (2.159), Ucrania (1.778) y Gambia (1.074), lo que refleja un aumento respecto a años anteriores. Canarias, por ejemplo, acogía a más de 5.600, en un contexto de grave saturación de recursos.

En contextos migratorios, el sufrimiento puede expresarse de forma no convencional: a través del cuerpo, el silencio, el retraimiento o la irritabilidad. La atención debe considerar estas expresiones desde una comprensión culturalmente sensible y tener en cuenta que el trauma, el desarraigo, la pérdida de referentes culturales y familiares, la incertidumbre y la estigmatización social generan un malestar complejo, que requiere de acompañamiento emocional y no únicamente atención médica.

Diferentes estudios confirman que la prevalencia de diagnósticos como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) es mayor en las personas refugiadas. En este contexto, las niñas, niños y adolescentes se encuentran entre los más vulnerables. Esta realidad es producto de la acumulación de experiencias traumáticas, el desarraigo, la pérdida de referentes afectivos y culturales, la incertidumbre sobre el futuro y la inestabilidad que supone el paso por los sistemas de protección³. Además, la llegada a los países de acogida no supone necesariamente el fin de las dificultades. Allí, las niñas, niños y adolescentes enfrentan nuevas formas de exclusión, estigma social, obstáculos burocráticos y barreras culturales.

Por último, es fundamental aclarar que, si bien este informe se ha centrado principalmente en el colectivo de la infancia no acompañada en necesidad de protección internacional, el análisis, las recomendaciones y la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial deben aplicarse a toda la infancia migrante, solicitante y no solicitante de protección internacional. Las personas expertas inciden en que las niñas, niños y adolescentes que se desplazan por otros motivos no tasados en la Convención de Ginebra afrontan también numerosas situaciones muy graves y potencialmente traumáticas.

2. Es la tendencia a interpretar el sufrimiento emocional o conductual como un trastorno médico o psiquiátrico que debe diagnosticarse y tratarse principalmente con medicación, dejando en segundo plano los factores sociales, culturales, relacionales y estructurales que influyen en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes.

3. Becerra, M., & Altimir, L. (2012). El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental. En *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Avances y desafíos* (pp. 191-210). UNICEF, ACNUR.

02

Marco jurídico





02 | Marco jurídico

2.1 Marco jurídico internacional

El instrumento internacional de protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes es la **Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas** y su supervisión corre a cargo del Comité de los Derechos del Niño. Según el art. 2, los Estados deben respetar y asegurar los derechos que contempla a los niños y niñas que estén dentro de su territorio o sujetos a su jurisdicción sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

Igualmente, el artículo 24 de la CDN reconoce el derecho de todas las niñas y niños al más alto nivel posible de salud y a los servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud. Por otro lado, el artículo 39 de la CDN establece que los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso, tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Dicha recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad de las niñas, niños y adolescentes.

Cabe mencionar que todas las previsiones para la protección y el cuidado de niñas, niños y adolescentes no acompañados que han presentado una solicitud de protección internacional, deben aplicarse a aquellas y aquellos que no han presentado una solicitud de protección internacional, a fin de aplicar de forma efectiva el derecho a la no discriminación (art. 2 CDN).

Observaciones del Comité de los Derechos del Niño

<p>Observación General n° 6 CDN (2005) Trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen</p>	<p>Se exigen servicios de salud mental culturalmente adecuados y sensibles a cuestiones de género, considerando la identidad cultural, étnica y lingüística de las niñas, niños y adolescentes migrantes, estableciendo también el derecho a un examen periódico de su tratamiento.</p> <p>El disfrute de los derechos estipulados en la Convención no está limitado a las niñas y niños que sean nacionales del Estado Parte. Salvo estipulación expresa en contrario en la Convención serán también aplicables a todas las niñas, niños y adolescentes incluyendo a los solicitantes de asilo, refugiados y migrantes, con independencia de su nacionalidad o apatridia y situación en términos migratorios (párr. 12).</p> <p>Se destaca el interés superior del niño como consideración primordial en la búsqueda de soluciones a corto y largo plazo (párrs. 19-22).</p> <p>El Estado debe examinar y evaluar las dificultades y vulnerabilidades peculiares de las niñas, niños y adolescentes, en consonancia con el art. 27 de la CDN (derecho a un nivel de vida adecuado). Al tratarse de niñas, niños y adolescentes no acompañados se tendrá en cuenta, en particular, la separación de su familia y la experimentación de pérdida, traumas, perturbaciones y violencias (párr. 47)</p> <p>Se prevé la obligación de los Estados de proporcionar servicios de rehabilitación a las niñas, niños y adolescentes víctimas de cualquier forma de abandono, explotación, abuso, tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o conflictos armados. Estipula que, para facilitar la recuperación y reintegración, se establecerán servicios de atención a la salud mental culturalmente adecuados y atentos a las cuestiones de género y se prestará asesoramiento psicosocial cualificado (párr. 48).</p> <p>Sobre la situación de las niñas, niños y adolescentes no acompañados o separados sobre los que no exista ningún indicio de que necesitan protección internacional, se prevé que disfrutarán de todos los derechos humanos que se reconocen a las niñas y niños en el territorio perteneciente o sujeto a la jurisdicción del Estado. La misma protección se extiende a las niñas, niños y adolescentes que no ostentan la condición de refugiado ni disfrutan de formas complementarias de protección (párr. 67).</p>
--	---



<p>Observación General nº 12 CDN (2009) derecho del niño a ser escuchado</p>	<p>El art. 12 CDN garantiza a toda niña o niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afecten teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez de las niñas, niños y adolescentes. Se afirma que debe otorgarse el derecho a ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que le afecte (párr. 2). Dentro de dicho derecho también se encuadra la exigencia de que éste se desarrolle en la atención a la salud⁴.</p>
<p>Observación General nº 13 CDN (2011) derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia</p>	<p>Se contempla la posibilidad de que las autoridades estatales puedan causar un daño de forma directa o indirecta, al carecer de medios efectivos para cumplir con las obligaciones establecidas en la Convención y combatir la violencia contra la infancia y adolescencia.</p> <p>Esta violencia también está presente si ejercen sus responsabilidades sin tener en cuenta el interés superior, las opiniones o los objetivos de desarrollo de las niñas, niños y adolescentes. Respecto de la infancia no acompañada, el párr. 35 de la OG contempla explícitamente que sus cuidados son responsabilidad del Estado⁵.</p>
<p>Observación General nº 14 CDN (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial</p>	<p>El interés superior se interrelaciona con otros derechos, como el derecho a la no discriminación (art. 2 CDN). Para valorarlo, debe tenerse en cuenta su opinión y su identidad, lo que resulta especialmente relevante en el caso de las niñas, niños y adolescentes no acompañados.</p> <p>Contempla la situación concreta de vulnerabilidad de diferentes grupos de niñas y niños, como las y los solicitantes de asilo o refugiados. En este sentido, el párr. 78 dispone que la salud del niño y las posibilidades de tratamiento también pueden formar parte de una evaluación y determinación de su interés superior con respecto a otros tipos de decisiones importantes (por ejemplo, la concesión de un permiso de residencia por razones humanitarias).</p> <p>Dispone que las y los adolescentes con trastornos psicosociales tienen derecho a ser tratados y atendidos, requiriendo que las y los profesionales que atiendan a las niñas y niños sean cualificados.</p>

<p>Observación General conjunta núm. 3 (2017) del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y núm. 22 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre los principios generales relativos a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional</p>	<p>En contexto de la migración internacional, las niñas y niños pueden encontrarse en una situación de doble vulnerabilidad como niñas y niños afectados por la migración, siendo el principio de no discriminación un pilar fundamental en el trato (párr. 3)</p> <p>También se hace referencia al derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo que estipula la obligación de los Estados parte para que las niñas, niños y adolescentes, independientemente de su situación, tengan un nivel de vida adecuado a su desarrollo mental (párr. 43).</p>
<p>Observación General conjunta núm. 4 (2017) del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y núm. 23 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre las obligaciones de los Estados relativas a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional en los países de origen, tránsito y retorno</p>	<p>Esta OG prohíbe, limita y regula la privación de libertad de las niñas, niños y adolescentes, garantizando también, entre otros derechos, un nivel de vida adecuado y el derecho a la salud.</p> <p>Especifica que las niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados pueden experimentar graves tensiones emocionales y tener necesidades de salud mental especiales y a menudo urgentes siendo necesario que tengan “acceso a una atención específica y a un apoyo psicológico, teniendo en cuenta que padecen la tensión de manera distinta a los adultos”.</p> <p>En el párr. 55 se contempla la igualdad de acceso de las niñas, niños y adolescentes migrantes a la atención de la salud respecto de los nacionales, incluyendo la salud mental.</p> <p>Las niñas, niños y adolescentes deben tener acceso a los servicios de salud sin tener que presentar un permiso de residencia o un registro de solicitud de asilo. Para ello es imprescindible que se eliminen todas las barreras administrativas y financieras que impiden el acceso a los servicios (párr. 56).</p>

4. Si bien, la OG no contiene disposiciones específicas respecto a la salud mental, sí especifica que es necesario que éstos participen de forma activa y tengan asegurado el acceso a asesoramiento y consejo médico.

5. Art. 35



Otros estándares internacionales

Respecto de los estándares internacionales específicos aplicables a niñas no acompañadas o separadas en la jurisprudencia del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), destacan la **Recomendación General n° 32**, que aborda las dimensiones de género del estatuto de refugiada, el asilo, la nacionalidad y la apatridia de las mujeres y la **Recomendación General n° 38** centrada en la trata de mujeres y niñas en el contexto de la migración global. Ambos instrumentos subrayan la necesidad de considerar los riesgos y vulnerabilidades específicas que enfrentan las niñas migrantes no acompañadas desde una perspectiva interseccional de género y derechos humanos.

Igualmente, la protección de la infancia no acompañada o separada está recogida en distintos documentos de política internacional relevantes, como la **Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes (2016)**⁶, el **Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular**⁷, y el **Pacto Mundial sobre los Refugiados**⁸. Estos instrumentos reconocen la necesidad de garantizar medidas específicas de protección y atención para las niñas, niños y adolescentes en situación de movilidad, especialmente los que se encuentran sin referentes adultos. A ello se suman distintos **informes del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR)**⁹ y las **Conclusiones del Comité Ejecutivo del ACNUR**¹⁰, que refuerzan la obligación de los Estados de ofrecer una respuesta integral, coordinada y adaptada a las necesidades de esta población.

Por otro lado, diversos tratados e instrumentos internacionales reconocen de forma explícita el derecho a la salud – incluida la salud mental – de las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional. La **Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)**¹¹ y la **Declaración y Programa de Acción de Viena** afirman que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.

El **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)**, en su artículo 24 establece que todos las niñas y niños, sin discriminación, tienen derecho a medidas de protección por parte de la familia, la sociedad y el Estado. Por su parte, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)** reconoce en su artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. La **Observación General n.º 14 del Comité DESC** desarrolla este artículo y adopta la definición de salud de la OMS como bienestar físico, mental y social, subrayando también diferentes obligaciones de los Estados al respecto.

6. UN General Assembly (2016), New York Declaration for Refugees and Migrants (3 October 2016) UN Doc A/RES/71/1, Para 52 and Annex II para 8.

7. UN General Assembly (2019), Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration (11 January 2019) UN Doc A/RES/73/195.

8. UN General Assembly (2018), Global Compact on Refugees (13 September 2018) UN Doc A/RES/73/12 (Part II) paras 75-77.

9. Por ejemplo: OHCHR (2017), Thirty-sixth session 11-29 September 2017 Global issue of unaccompanied migrant children and human rights. Final report of the Human Rights Council Advisory Committee (24 July 2017) UN Doc A/HRC/36/51; OHCHR (2019), Forty-first session 24 June – 12 July 2019, The impact of migration on migrant women and girls: a gender perspective. Report of the Special Rapporteur on the human rights of migrants (15 April 2019) UN Doc A/HRC/41/38; OHCHR (2017), Thirty-fourth session 27 February-24 March 2017 Principles and practical guidance on the protection of the human rights of migrants in vulnerable situations. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (26 January 2017) UN Doc A/HRC/34/31 para 18; OHCHR (2017).

10. UNHCR (2006), Conclusion on Women and Girls at Risk No. 105 (LVII) (6 October 2006) UN Doc A/AC.96/1035 para (i) and UNHCR (2007), Conclusion on Children at Risk No. 107 (LVIII) (5 October 2007) UN Doc A/AC.96/1048 para (f).

11. En este sentido, el artículo 25.1 de la DUDH reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado, que asegure su salud y la de su familia, incluyendo la atención médica y los servicios sociales necesarios.

Obligaciones de los Estados (Observación General n.º 14 del Comité DESC)

a) respetar el derecho a la salud, absteniéndose de limitar el acceso a servicios, incluidos los de salud mental, a personas migrantes, solicitantes de asilo o en situación administrativa irregular;

b) proteger este derecho adoptando leyes y medidas para garantizar el acceso igualitario a servicios de salud;

c) garantizar la no discriminación por motivos de raza, origen nacional, estatus migratorio u otros factores. Dicha Observación también señala que la omisión de medidas necesarias constituye una violación del derecho a la salud.

Por último, la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD)** refuerza el compromiso de los Estados de combatir la discriminación racial, exigiendo que todas las personas – incluidos las niñas y niños migrantes – gocen del derecho a la salud pública, asistencia médica y servicios sociales sin discriminación.

Entre los estándares internacionales de soft law, destacan el **Marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de refugiados y migrantes** de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que reconoce el derecho de todas las personas, incluidas las refugiadas y migrantes, al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en igualdad de condiciones. Este marco establece, dentro de su octava prioridad, la necesidad de garantizar el acceso a servicios adecuados de salud mental, incluso desde los primeros momentos de acogida, y subraya que los niños, niñas y adolescentes deben recibir apoyo psicológico específico, teniendo en cuenta que afrontan el estrés de forma distinta a las personas adultas.

La **Guía de Principios y Directrices recomendados sobre los derechos humanos en las fronteras internacionales**, elaborada por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) prevé obligaciones concretas para los Estados en materia de asistencia inmediata¹².

Por otro lado, el **Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud** ha destacado de forma constante la necesidad de garantizar el acceso efectivo, universal y sin discriminación a servicios integrales de salud mental para las niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados, especialmente los no acompañados. En este sentido, sus informes temáticos fundamentales¹³ subrayan que el derecho a la salud mental es universal y no puede restringirse por estatus migratorio, conforme al art. 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El informe de 2018¹⁴ señala que la infancia migrante y refugiada no acompañada tiene un alto riesgo de trastornos mentales derivados de múltiples traumas. Igualmente estipula que la detención migratoria de este colectivo, aun siendo de breve duración, genera un daño severo y duradero en su salud mental, recomendando su prohibición y la adopción de alternativas comunitarias basadas en el interés superior del menor. Por otra parte, el informe de 2021¹⁵ enfatiza la necesidad de una atención especializada, interseccional y basada en derechos humanos para niñas, niños y adolescentes no acompañados, con especial atención en la prevención de la violencia, la explotación y la discriminación.

12. La Directriz 5 contempla la necesidad de proporcionar atención médica adecuada, incluida la atención en salud mental cuando proceda. Además, hace referencia específica a la infancia no acompañada en la Directriz 6, que establece que las niñas, niños y adolescentes deben ser derivados de forma inmediata a organismos de protección de la infancia y únicamente entrevistados en presencia de personal especializado en atención a la infancia. Estas directrices refuerzan la importancia de contar con equipos especializados formados para atender de manera integral a la infancia en situación de movilidad.

13. A/HRC/35/21, 2017; A/73/216, 2018; A/76/172, 2021.

14. A/73/216.

15. A/76/172. Con relación a las niñas migrantes no acompañadas, subrayaba la urgencia de sistemas de atención diferenciados que reconozcan sus riesgos específicos, como la violencia sexual y la trata.



Igualmente, el **Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes** ha reiterado en informes como el reciente sobre protección de la infancia en contextos migratorios¹⁶ la importancia de garantizar el acceso real a la salud física y mental de las niñas, niños y adolescentes, condenando prácticas como la detención¹⁷, la separación familiar y la revictimización institucional.

Por último, la **Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer** ha focalizado en múltiples informes¹⁸ la vulnerabilidad específica de niñas y adolescentes migrantes no acompañadas frente a la violencia sexual, la trata y la explotación, destacando la relación estrecha entre violencia, salud mental y acceso a servicios.

Estos informes configuran un marco integral de estándares y recomendaciones para los Estados, estableciendo que la omisión de proporcionar atención adecuada y adaptada a la salud mental de esta infancia constituye una violación de derechos humanos. Por ende, se requiere una respuesta estatal basada en la detección temprana, provisión de apoyos profesionales, formación específica, supervisión independiente y, fundamentalmente, un enfoque integral, interseccional y centrado en derechos humanos a fin de garantizar el bienestar psicosocial de las niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados no acompañados.

2.2 Marco regional europeo

A nivel regional, el marco de protección para las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional cuenta con importantes instrumentos, tanto en la Unión Europea como en el Consejo de Europa, que reconocen explícitamente la prioridad del interés superior del niño y el derecho a la salud mental.

2.2.1 Consejo de Europa

La Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH) no regula de manera explícita el derecho a la salud, pero la **jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH)** ha desarrollado este derecho de forma amplia, si bien no se ha desarrollado de forma tan concreta para la infancia no acompañada.

Jurisprudencia del TEDH

En el asunto *A.J. contra Grecia*, el TEDH examinó la presunta violación de los artículos 3 (prohibición de tratos inhumanos o degradantes) y 8 (derecho a la vida privada y familiar) en relación con la falta de apoyo psicosocial y de atención médica adecuada para un niño refugiado no acompañado. En este caso, si bien el Tribunal concluyó que no hubo vulneración debido a un seguimiento adecuado, se destacó la importancia de garantizar recursos psicosociales y mecanismos efectivos para que las niñas, niños y adolescentes accedan a atención sanitaria integral, incluidas sus necesidades de salud mental.

De forma más reciente, en 2024, el TEDH publicó una nota de prensa sobre la detención de niñas y niños migrantes que enfatizaba la obligación positiva de los Estados de proteger a la infancia migrante, independientemente de su estatus migratorio, bajo el art. 3 del CEDH. El Tribunal reconoce la “extrema vulnerabilidad” de estas niñas, niños y adolescentes exige, que las autoridades proporcionen protección y atención humanitaria adecuadas, priorizando su salud física y mental, y subraya el derecho a una atención especial para niñas, niños y adolescentes, acompañados o no, y para los niños bajo detención migratoria¹⁹.

A nivel regional, la **Carta Social Europea (CSE)**, a través del art. 11, reconoce el derecho a la salud, incluyendo a la salud mental, con especial énfasis en grupos vulnerables como migrantes y niñas, niños y adolescentes no acompañados, si bien este ámbito requiere un desarrollo más específico para estos colectivos. Las decisiones del Comité Europeo de Derechos Sociales (CEDS) en diversos litigios colectivos han contribuido a delinear los estándares mínimos que deben respetar los Estados en relación con el acceso a derechos de la infancia no acompañada, incluyendo el derecho a la salud mental como parte integral del derecho a la salud (artículo 11 de la Carta Social Europea Revisada).

16. A/79/213, 2024.

17. El informe del año 2020 (A/75/Felipe González Morales) denunciaba especialmente el impacto negativo de la detención.

18. A/HRC/32/42, 2016; A/HRC/41/42, 2019; A/HRC/56/48, 2024.

19. Entre otros: *O.R. v. Greece* (no. 24650/19), 23 January 2024; *Darboe and Camara v. Italy* (no. 5797/17), 21 July 2022; *Khan v. France* (no. 12267/16), 28 February 2019; or *Rahimi v. Greece* (no. 8687/08) 5 July 2011; *Mubilanzila Mayeka and Kaniki Mitunga v. Belgium* (no. 13178/03), 12 October 2006; *Mohamad v. Greece* (no. 70586/11), 11 December 2014; *Abdullahi Elmi and Aweys Abubakar v. Malta* (no. No. 25794/13 and 28151/13), 22 February 2017; *H.A. and Others v. Greece* (no. 19951/16), 28 February 2019; *Sh.D. and Others v. Greece, Austria, Croatia, Hungary, North Macedonia, Serbia and Slovenia* (no. 14165/16), 13 June 2019; *Moustahi v. France* (no. 9347/14), 25 June 2020.



Jurisprudencia del CEDS

En *EUROCEF c. Francia* (114/2015), el Comité constató graves deficiencias en el sistema de acogida de infancia no acompañada, incluyendo fallos estructurales en la atención psicosocial. Destacó que la asistencia en salud mental debe ser “adecuada” y brindada por profesionales “calificados”²⁰.

En *ICJ y ECRE c. Grecia* (173/2018), el Comité abordó de forma específica el efecto devastador que tienen las condiciones precarias de recepción en las islas griegas sobre la salud de las niñas, niños y adolescentes migrantes²¹.

En *FEANTSA c. Países Bajos* (69/2011), el CEDS advirtió graves deficiencias en la protección de la salud mental de niñas, niños y adolescentes extranjeros, tratándose de acompañadas y no acompañadas, en situación irregular o en proceso de asilo. El Comité determinó que Bélgica había vulnerado el derecho a la salud al no garantizar una atención integral y continuada, incluyendo el acceso efectivo a servicios psicológicos y psiquiátricos²².

En el marco del **Consejo de Europa** existen otros instrumentos que deben tenerse en cuenta al hablar de la salud de la infancia no acompañada en necesidad de protección internacional. En primer lugar, la Convención de Lanzarote sobre la protección de los niños y niñas contra la explotación y el abuso sexual incluye disposiciones específicas aplicables a la infancia migrante²³. Además, el Convenio de Estambul sobre la prevención y lucha contra la violencia hacia las mujeres y la violencia doméstica contiene referencias relevantes para las niñas y adolescentes migrantes no acompañadas, reconociendo su vulnerabilidad frente a la violencia de género. También es aplicable el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos, que impone a los Estados la obligación de prevenir, identificar y proteger a posibles víctimas, incluidas niñas y niños migrantes no acompañados.

20. Esto supone una obligación positiva para el Estado de desplegar recursos humanos y técnicos especializados. Se subrayó igualmente el impacto adverso de condiciones de acogida inadecuadas – como el alojamiento en hoteles o centros saturados- sobre el bienestar emocional y psicológico de las niñas, niños y adolescentes, especialmente en casos de discapacidades intelectuales o fragilidad psíquica.

21. En este caso, se documentaron prácticas sistemáticas de detención administrativa, ausencia de personal médico y psicosocial suficiente, y hacinamiento extremo en centros de identificación y recepción. El Comité concluyó que tales condiciones constituían una amenaza grave a la integridad física y mental de las niñas, niños y adolescentes, violando así los artículos 11§1 y 11§3 de la Carta. Esta decisión refuerza la interpretación de que el derecho a la salud incluye el acceso efectivo a cuidados de salud mental preventivos, terapéuticos y de apoyo psicosocial.

22. Igualmente, el Comité destacó que la falta de alojamiento estable, la inseguridad jurídica, la exclusión educativa y la ausencia de apoyo psicosocial contribuían al deterioro emocional de estas niñas, niños y adolescentes, comprometiendo su desarrollo y bienestar. Subrayó que el estatus migratorio no puede justificar la negación de derechos esenciales, y que los Estados tienen la obligación de proteger activamente la salud mental de la infancia en contextos de alta vulnerabilidad.

Su Comité de Seguimiento adoptó una Declaración sobre la protección de los niños refugiados y migrantes frente a la explotación y el abuso sexual, reforzada posteriormente en el contexto de la guerra en Ucrania. En este marco, se elaboraron herramientas prácticas como una lista de verificación de obligaciones estatales y un manual para la protección de la infancia en situaciones de crisis y emergencia.

23. Recomendación CM/Rec(2022)22 sobre principios y directrices en materia de evaluación de edad en contextos migratorios; Recomendación CM/Rec(2022)17 sobre los derechos de mujeres y niñas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo; Recomendación CM/Rec(2019)11 sobre la tutela efectiva para niños, niñas y adolescentes no acompañados o separados en el contexto de la migración;

El Comité de Ministros del Consejo de Europa ha emitido diversas recomendaciones de interés directo²⁴. Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (APCE) ha aprobado múltiples resoluciones y recomendaciones relevantes²⁵. Estas normas y orientaciones están integradas en marcos estratégicos más amplios del Consejo de Europa, como la Estrategia para los Derechos del Niño 2022-2027, el Plan de Acción para la Protección de Personas Vulnerables en el contexto de la Migración y el Asilo en Europa (202-2025) y el anterior Plan de Acción para la Protección de Niños Refugiados y Migrantes (2017-2019).

Este conjunto normativo refuerza la responsabilidad de los Estados miembros, incluida España, de garantizar una protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes asegurando su acceso a servicios adecuados, incluidos los de salud mental, en entornos seguros y libres de violencia.



24. Recomendación CM/Rec(2019)4 sobre el acompañamiento a jóvenes refugiados en su transición a la vida adulta; Recomendación CM/Rec(2007)9 sobre proyectos de vida para menores migrantes no acompañados.

25. Resolución 2354 (2020) y Recomendación 2190 (2020) sobre tutela efectiva para niñas, niños y adolescentes; Resoluciones 2243 (2018), 2195 (2017) y 2136 (2016) sobre evaluación de edad amigable para la infancia, reagrupación familiar y armonización de la protección de menores en Europa; Resolución 2020 (2014) sobre alternativas a la detención de menores migrantes; Resolución 1810 (2011) y Recomendación 1969 (2011) sobre llegada, estancia y retorno de menores no acompañados; Recomendación 1703 (2005) sobre protección y asistencia a menores separados que solicitan asilo.



2.2.2 Unión Europea

La **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** consagra en su artículo 24 que “*en todos los actos relativos a los niños y niñas llevados a cabo por autoridades públicas o instituciones privadas, el interés superior del menor constituirá una consideración primordial*”. En este sentido, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) ha desarrollado jurisprudencia relevante que subraya que toda decisión que afecte a las niñas, niños y adolescentes debe respetar esta prioridad, en especial, en procesos de acogida y retorno, siempre garantizado un entorno que salvaguarde su bienestar integral, pero no sobre su derecho a la salud.

Respecto a los instrumentos normativos, en el marco del nuevo **Pacto Europeo de Migración y Asilo (PEAM)** destaca la reciente Directiva (UE) 2024/1346 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2024, por la que se establecen normas para la acogida de las y los solicitantes de protección internacional, incluyendo un apartado esencial sobre el acceso a la salud mental.

El art. 22 garantiza la provisión de atención sanitaria de calidad, incluyendo el tratamiento de trastornos psíquicos graves, en igualdad de condiciones para solicitantes, incluidas las niñas, niños y adolescentes no acompañados.

El art. 25.2 c) refiere de forma explícita a la evaluación de la salud mental como parte integral del análisis de las necesidades de acogida. Igualmente, el art. 26 refuerza la exigencia de considerar el interés superior del menor en la toma de decisiones vinculadas a su tutela, además de regular la figura de representante legal.

Por otro lado, los arts. 19 y 25 contemplan que las condiciones materiales de acogida deberán garantizar un nivel de vida que preserve la salud física y psíquica, con personal formado para detectar y atender necesidades específicas. Igualmente, se deberá incluir la facilitación de interpretaciones y derivaciones a especialistas en salud mental cuando se identifiquen señales de padecimientos psicológicos.

Esta directiva actualiza y complementa la anterior Directiva 2013/33/UE, que ya contemplaba en su artículo 24 la necesidad de formación especializada para los profesionales que trabajan con niñas, niños y adolescentes, si bien no recogía de forma tan específica la dimensión de la salud mental ni la evaluación obligatoria de esta en el proceso de acogida.

2.2.3 Marco nacional

En el ordenamiento jurídico interno, la protección de la infancia y el reconocimiento de sus derechos fundamentales – incluido el derecho a la salud mental- se articula a través de un conjunto de normas estatales, autonómicas y reglamentarias que se interrelacionan con los compromisos internacionales y europeos asumidos por España.

La **Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor (LOPJM)** establece como principio rector el interés superior del menor. Este debe prevalecer por encima de cualquier otra consideración. Además, la norma reconoce garantías básicas como el derecho de la niña o el niño a ser escuchado ante un juez y a estar representado por un abogado o una abogada.

En su art. 10.3, la LOPJM reconoce expresamente que las niñas, niños y adolescentes extranjeros tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los nacionales, lo que debe entenderse como una obligación legal de garantizar también el acceso a la atención en salud mental, especialmente

en casos de alta vulnerabilidad como los de la infancia no acompañada, infancia con necesidades de protección internacional, discapacidad, o niñas, niños y adolescentes que hayan sido víctimas de violencia, explotación sexual, trata o tráfico de seres humanos.

La **Ley Orgánica 8/2021, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI)** refuerza esta protección, estableciendo que su aplicación se extiende a todas las niñas, niños y adolescentes en territorio español, con independencia de su nacionalidad o situación administrativa. Desde el momento en el que acceden a un recurso de protección, las niñas y niños deben recibir una atención inmediata, integral y adaptada a sus necesidades, tal y como recomienda el Comité²⁶.

Es importante señalar que, durante casi dos décadas, la LOPJM estuvo vigente sin desarrollo reglamentario. Las CC. AA comenzaron a configurar sus propios sistemas de protección sin un marco estatal armonizador, lo que agravó la desigualdad en el trato y la atención. La reforma del año 2015, mediante la Ley Orgánica 8/2015 y la Ley 26/2015 intentó corregir este desfase, incorporando recomendaciones acumuladas del Comité de los Derechos del Niño, el Defensor del Pueblo y la Fiscalía General del Estado. Sin embargo, a día de hoy, no todos los sistemas autonómicos han adaptado sus propias legislaciones al marco actual de protección a la infancia, mostrando algunas carencias en la protección de la infancia tutelada, como puede ser el desarrollo de protocolos para la prevención de la violencia en los centros de protección.

Por otro lado, la **Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, reconoce la salud mental como parte integrante de la atención primaria²⁷ y la refuerza como parte de la atención especializada²⁸. Igualmente, es importante tener en cuenta el **Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio**, que restituyó el acceso universal al sistema sanitario²⁹, en condiciones de igualdad para todas las personas que se encuentren en España, superando las restricciones impuestas por el RDL 16/2012. Este principio de universalidad implica la eliminación de barreras económicas, culturales, lingüísticas, territoriales u organizativas que dificulten el ejercicio del derecho a la salud.

En consonancia con ello, la **Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026** dedica su línea estratégica 5 a la salud mental en la infancia y adolescencia, destacando la importancia de la prevención del estigma, la promoción del bienestar emocional desde la escuela y el acceso a atención especializada para grupos en situación de mayor vulnerabilidad, incluyendo a las niñas y niños migrantes.

En este sentido, bajo el paraguas de la **Ley General de Sanidad**, la gestión del sistema sanitario público es competencia de las Comunidades Autónomas, lo que ha dado lugar a marcos normativos diferenciados. A pesar de ello, existen principios comunes como la universalidad, equidad y solidaridad, recogidos en leyes autonómicas como la Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid o la Ley 15/1990 de Cataluña. Sin embargo, esta fragmentación territorial ha generado disparidades en la garantía de derechos, en particular para la infancia migrante y no acompañada.

En materia de asilo, la **Ley 12/2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria**, garantiza en su art. 47 el derecho de las niñas, niños y adolescentes solicitantes de protección internacional a recibir asistencia psicológica. Este precepto es fundamental para reforzar el derecho a la salud mental como componente integral de la protección internacional.

26. El art. 38 de la LOPIVI obliga a las administraciones sanitarias a garantizar una atención universal, accesible e integral en salud mental, adecuada a la edad, culturalmente pertinente y sensible al género. Esta obligación cobra especial relevancia para niñas, niños y adolescentes en situación de desprotección, riesgo o violencia, entre los que se incluye de forma explícita a aquellos con problemas de salud mental o discapacidad.

27. Art. 12.2h)

28. Art. 13.2 g)

29. Este principio de universalidad implica la eliminación de barreras económicas, culturales, lingüísticas, territoriales u organizativas que dificulten el ejercicio del derecho a la salud.



El Real Decreto 220/2022, que regula el sistema de acogida en materia de protección internacional (SAPI), y que trata de trasponer la primera directiva de acogida, contempla servicios específicos de salud mental y de atención psicosocial (Título III). El sistema de acogida español, dependiente del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, se organiza según el Manual de gestión del sistema de acogida de Protección Internacional y el Procedimiento de Gestión del Itinerario de Protección Internacional, cuyas versiones son a día de hoy anteriores a la entrada en vigor del propio Real Decreto. La problemática reside en que, tanto el Manual como el Procedimiento, excluyen de forma expresa a la infancia no acompañada del disfrute de las condiciones materiales de acogida en el marco del SAPI, al ser su protección competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, a través de las entidades públicas de protección. Estas a su vez se rigen únicamente por la LOPJM y las normativas autonómicas en materia de protección a la infancia.

Sin embargo, lo previamente establecido no exige a las CCAA de garantizar que se cumplan las condiciones de acogida establecidas por la Directiva en los casos de infancia no acompañada solicitante de protección internacional. Este enfoque dual ha generado una brecha normativa y operativa, ya que el acceso a las garantías establecidas para el sistema de acogida no está garantizado para las niñas, niños y adolescentes no acompañados, a pesar de sus necesidades particulares.

En este contexto, es preciso recordar que la Ley de Asilo no diferencia entre infancia acogida en el sistema de protección y aquella en el sistema de asilo, por lo que, en virtud del principio de no discriminación, todas las niñas y niños solicitantes de protección internacional tienen derecho a los mismos recursos y garantías, aunque se encuentren en el sistema de protección de menores autonómico.

En este sentido, es especialmente relevante el auto del Tribunal Supremo (TS) (Sala de lo Contencioso-Administrativo), de abril de 2025, que adoptó una medida cautelar positiva exigiendo al Estado garantizar el acceso y la permanencia en el sistema nacional de acogida de aquellas niñas, niños y adolescentes no acompañados bajo tutela de la Comunidad Autónoma de Canarias que hubieran solicitado protección internacional o expresado su intención de hacerlo. El auto apeló explícitamente al principio del interés superior del menor y a la colaboración interinstitucional como un deber irrenunciable. En dicho momento, el TS ordenaba al Gobierno que se hiciera cargo de unas 1.000 niñas, niños y adolescentes no acompañados solicitantes de asilo.

Actualmente, y a raíz de este auto, el sistema estatal de acogida y protección internacional está actualmente acogiendo a niñas, niños y adolescentes no acompañados solicitantes de protección internacional, que están siendo trasladados desde las Islas Canarias a diferentes territorios del Estado. El Tribunal Supremo todavía no ha dictado la sentencia en este asunto y será en los próximos meses en los que se estudiará en profundidad, sobre todo, a posteriori del dictamen de la sentencia, cómo quedarán las competencias en la acogida de niñas, niños y adolescentes no acompañados solicitantes de protección internacional.

2.3 Marco autonómico

El examen de las políticas y planes actualmente vigentes pone de manifiesto la ausencia de marcos integrales que aborden de forma simultánea la infancia, la protección internacional y la salud mental. Ninguna Comunidad Autónoma ha desarrollado hasta el momento un instrumento normativo o programático que articule de manera completa estos tres ámbitos.

En este contexto, País Vasco se configura como la región que más se aproxima a un enfoque integrado, si bien su aproximación continúa siendo parcial y fragmentaria. Igualmente, se constata una notable desigualdad territorial en la cobertura y alcance de los servicios relacionados con la salud mental infantil y juvenil.

Las diferencias en la disponibilidad de recursos en la dotación presupuestaria y en la orientación de las intervenciones generan brechas de atención significativas entre regiones. De forma general, puede afirmarse que la cobertura de los planes autonómicos que incorporan de forma explícita las dimensiones de migración, infancia y salud mental es insuficiente. Esto evidencia la necesidad de avanzar hacia un enfoque más homogéneo y coordinado con el conjunto del Estado.

Por otro lado, la mayoría de las Comunidades Autónomas mantienen un enfoque de carácter universalista en sus planes de infancia y salud mental. Bajo esta perspectiva, la atención a las niñas, niños y adolescentes se formula a partir de categorías amplias de vulnerabilidad, sin una desagregación que considere el origen, la nacionalidad o la situación administrativa.

Si bien esta concepción pueda ser inclusiva, en la práctica puede contribuir a invisibilizar las especificidades de la infancia migrante, en particular, las vinculadas al duelo migratorio, al trauma derivado del desplazamiento forzoso, a la ruptura de vínculos familiares, a la incertidumbre jurídica o a las experiencias de discriminación. Igualmente, es preciso destacar la carencia de recursos clínicos especializados. No existen en la actualidad unidades de salud mental infanto-juvenil con un enfoque transcultural consolidado ni protocolos específicos dirigidos a niñas, niños y adolescentes no acompañados o solicitantes de protección internacional. Este déficit constituye un vacío crítico en la atención profesionalizada que requieren estos colectivos, cuya elevada vulnerabilidad psicológica exige dispositivos especializados y equipos con formación en intervención intercultural³⁰.

De tal forma, en materia de salud mental infantil, los planes autonómicos tienden a adoptar un enfoque generalista y predominantemente clínico, sin contemplar programas o protocolos adaptados a las particularidades de la infancia migrante o tutelada. Si bien se ha ido reconociendo progresivamente la relevancia del bienestar emocional en la infancia, esta suele abordarse desde perspectivas de carácter educativo o comunitario, con escasa conexión con los servicios clínicos especializados. En consecuencia, las necesidades emocionales y psicológicas de las niñas, niños y adolescentes migrantes y solicitantes continúan siendo, por lo general, insuficientemente atendidas, pese a la amplia evidencia del impacto del trauma y del estrés migratorio sobre su desarrollo.

En suma, la revisión de los marcos autonómicos revela que, a pesar de que el bienestar emocional infantil constituye un eje reconocido en las políticas públicas, la infancia migrante —y, en especial, la no acompañada— permanece en los márgenes del diseño e implementación de dichas políticas. Esta falta de un enfoque diferenciado limita la eficacia de las medidas de protección y contribuye a perpetuar desigualdades estructurales en el acceso a la salud mental y en el reconocimiento efectivo de los derechos de estos menores.

30. A los efectos del informe, el enfoque intercultural se basa en el diálogo y la interacción entre personas y grupos de diferentes culturas, promoviendo el reconocimiento mutuo, la reducción de prejuicios y la mejora de la convivencia. En el ámbito profesional, implica competencias interculturales: comprender códigos culturales distintos, adaptar la comunicación, mediar en malentendidos y facilitar la participación. Cualquier profesional de protección o intervención social puede y debe contar con competencias interculturales. Sin embargo, el enfoque transcultural se desarrolla principalmente en el ámbito clínico y psicosocial, especialmente en salud mental. Parte de que la cultura estructura la forma en que sentimos, expresamos malestar, interpretamos síntomas y buscamos ayuda. La intervención transcultural adapta el acompañamiento terapéutico considerando rituales, creencias, modelos explicativos de enfermedad y normas relacionales de cada persona. Requiere formación especializada (psiquiatría o psicología transcultural, mediación sanitaria, etc.) y equipos preparados para interpretar el sufrimiento desde claves culturales diversas.

03

Análisis de las condiciones de vulnerabilidad y factores de riesgo en la salud mental de la infancia no acompañada en necesidad de protección internacional





03 | Análisis de las condiciones de vulnerabilidad y factores de riesgo en la salud mental de la infancia no acompañada en necesidad de protección internacional

La salud mental de las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional constituye una dimensión central en su proceso de acogida, inclusión y desarrollo. No obstante, continúa siendo una de las áreas más relegadas en la práctica institucional. A pesar de los marcos legales internacionales e internos que reconocen el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes a recibir una atención psicológica adecuada, culturalmente adaptada y ajustada a su interés superior, la experiencia acumulada por las organizaciones sociales y profesionales del ámbito psicosocial revela una atención fragmentada, reactiva y, en muchos casos, insuficiente.

Los factores que afectan a la salud mental de las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional son múltiples, complejos y están interrelacionados. Desde las dificultades vividas en origen y durante el trayecto migratorio, hasta el desarraigo cultural, la inseguridad jurídica o la soledad en destino: cada uno de estos factores representa una forma específica de vulnerabilidad, que, en muchos casos, se acumula y cronifica. Estas experiencias no pueden ser comprendidas de forma aislada, sino que deben abordarse desde un enfoque integral, interseccional y sensible al trauma, que reconozca las particularidades de cada niña, niño y adolescente, sin caer en estereotipos homogeneizantes. A continuación, se abordarán los distintos factores que afectan a la infancia y adolescencia en necesidad de protección internacional.

3.1 Factores individuales y contextuales en origen

La salud mental de las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional está condicionada por múltiples factores individuales, familiares y contextuales que actúan bien como antecedentes o bien como condicionantes de su bienestar emocional. A fin de comprender adecuadamente su situación, es imprescindible adoptar un enfoque interseccional que considere la interacción entre las condiciones de vulnerabilidad que atraviesan el proceso migratorio y los factores individuales y culturales.

En primer lugar, es fundamental atender la diversidad cultural y territorial de los países de origen³¹. Estas diferencias determinan los marcos de referencia emocional y, por ello, no reconocerlas conduce a una atención estandarizada que invisibiliza necesidades específicas, e incluso puede llevar a diagnósticos erróneos y a prescripciones farmacológicas innecesarias.

Muchas y muchos de las niñas, niños y adolescentes han sido expuestos a violencias previas, como maltrato físico o emocional, abandono, pobreza extrema, trabajo infantil, reclutamiento forzado, violencia de género, matrimonios precoces (adolescentes), explotación sexual y embarazos forzados, muchas veces producto de abuso sexual. Estas vivencias pueden producir un impacto traumático que se manifiesta a través de síntomas de ansiedad, retraimiento, irritabilidad, hiperactivación o somatizaciones y comprometen de forma seria el desarrollo emocional de la infancia y adolescencia.

El género constituye un eje clave de vulnerabilidad. Las niñas y adolescentes no acompañadas, por ejemplo, suelen haber estado más expuestas a la violencia sexual tanto en origen como en trayecto. Esto genera una carga psicoemocional específica que, a menudo, permanece silenciada o malinterpretada. Igualmente, la orientación sexual y la identidad de género representan un factor de riesgo adicional, ya que muchas niñas, niños y adolescentes pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ han huido de contextos en los que eran perseguidos, estigmatizados o expulsados de sus familias. En los dispositivos de acogida, pueden seguir sufriendo discriminación, aislamiento o invisibilización de su identidad. En este sentido, es fundamental que se reconozca que las niñas y adolescentes no acompañadas se enfrentan a riesgos adicionales que requieren de respuestas interseccionales y políticas diferenciadas.

Por otro lado, la discapacidad o diversidad funcional psíquica – como el TDAH, la discapacidad intelectual o los trastornos del espectro autista, así como algunos tipos de pérdidas auditivas³² – suelen pasar desapercibidos, al no existir evaluaciones iniciales específicas ni personal especializado. Además, las pruebas para evaluar si una persona tiene algún tipo de discapacidad, carecen de enfoque transcultural, impidiendo así en muchas ocasiones valoraciones certeras que den respuestas protectoras³³.

Igualmente, es fundamental atender a las circunstancias familiares previas: haber crecido en contextos de violencia intrafamiliar, orfandad, abandono, separación forzada o estructuras familiares frágiles influye de forma directa en la percepción de seguridad y en la capacidad para establecer vínculos con adultos de referencia en los países de destino. La falta de apoyo familiar previo puede intensificar los sentimientos de soledad, desconfianza o baja autoestima.

Por último, es importante tener en cuenta los mecanismos de resiliencia que muchas de estas niñas, niños y adolescentes han desarrollado a fin de sobrevivir a contextos de alta hostilidad.

31. Por ejemplo, no es equiparable la experiencia vital de un adolescente bereber procedente de una zona rural del interior de Marruecos con la de un joven árabe de contexto urbano del norte del país.

32. Por ejemplo: de desarrollo tardío, leves, moderadas o unilaterales. Igualmente, hay otros tipos y grados de sordera que pasan desapercibidos. Por ejemplo, si la sordera no está presente en el nacimiento o son grados leves o moderados, se confunden, en ocasiones, con problemas de atención.

33. Por ejemplo, una discapacidad de más del 33% para poder acceder a planes específicos de empleo.



3.2 El trayecto migratorio

El trayecto migratorio constituye una de las fases más determinantes – y al mismo tiempo más invisibilizadas – en el deterioro de la salud mental de las niñas, niños y adolescentes migrantes. Las condiciones extremas, los múltiples tipos de violencia sufridos y la duración prolongada de estos desplazamientos generan impactos traumáticos que, en la mayoría de los casos, no se abordan desde el sistema de acogida y en el sistema de protección (en el caso de los niños y niñas no acompañados) con la profundidad requerida.

Las personas migrantes, incluyendo las niñas, niños y adolescentes, llegan a España a través de distintas rutas - marítimas, terrestres y aéreas- cada una con riesgos específicos, pero igualmente devastadores:

- En el caso de las **rutas marítimas**, especialmente la ruta canaria (desde África occidental), la del Estrecho de Gibraltar y la del Mediterráneo occidental, el cruce del mar en embarcaciones precarias representa una vivencia extrema. Muchas niñas, niños y adolescentes relatan haber pasado entre 12 y 16 horas o incluso varios días en alta mar, sin comida ni agua, bajo condiciones climáticas adversas y presenciando la muerte de compañeros cuyo cuerpo es arrojado al mar. Estas vivencias pueden dejar una huella profunda: recuerdos traumáticos, pesadillas, insomnio, retraimiento emocional y otros síntomas de estrés postraumático (TEPT). La experiencia de estar a la deriva, en la oscuridad y sin saber si sobrevivirán, genera un estado persistente de hipervigilancia y ansiedad, que continúa incluso tras su llegada al país de destino.
- En las **rutas terrestres**, particularmente los cruces por las vallas fronterizas de Ceuta y Melilla, las niñas, niños y adolescentes especialmente los de origen subsahariano enfrentan otro tipo de violencia: agresiones físicas, detenciones arbitrarias, saltos peligrosos que causan fracturas o heridas graves, y largas esperas en asentamientos informales sin condiciones higiénico-sanitarias básicas. Las niñas, niños y adolescentes de origen magrebí, por su parte, suelen intentar acceder ocultos en los bajos de camiones o nadando alrededor de los espigones, acciones que conllevan un alto riesgo de atropellos, asfixia, accidentes o ahogamiento. A esto se suma que, para muchas niñas, niños y adolescentes procedentes de países del África subsahariana, Oriente Medio o Asia, el trayecto hasta llegar a España puede durar meses o incluso años³⁴.
- Incluso en los **trayectos aéreos** - más comunes entre adolescentes procedentes de América Latina- la detención en aeropuertos o centros de internamiento, la separación de adultos acompañantes o los miedos a la deportación, pueden suponer vivencias de alta intensidad traumática. En este contexto, la ausencia de acompañamiento psicosocial agrava el malestar emocional.

Durante todo el trayecto migratorio, la infancia – especialmente cuando no está acompañada por adultos- es blanco de diferentes tipos de violencia: abusos sexuales, explotación laboral, reclutamiento forzado, extorsiones o detenciones en condiciones inadecuadas. Cuando suceden, estas experiencias tienen consecuencias tangibles sobre la situación emocional y psicológica de las niñas, niños y adolescentes tales como altos niveles de estrés crónico, ansiedad, disociación, retraimiento social y dificultades de vinculación afectiva.

34. Durante ese tiempo, atraviesan múltiples fronteras, viven en países intermedios en condiciones de absoluta precariedad, en los que no tienen acceso a la educación, a vínculos familiares y a redes de protección comunitaria. Además, algunas y algunos se ven obligados a trabajar en condiciones de explotación, a cambio de comida o para poder financiar la siguiente etapa del viaje. Otras y otros sufren detenciones, separaciones familiares o pasan por redes de trata, especialmente en el caso de niñas y adolescentes. La exposición prolongada a este tipo de contextos puede producir consecuencias psicológicas graves, sobre el estado emocional, la autoestima o la sociabilidad.

Por todo ello, resulta esencial incorporar el trayecto migratorio como un eje imprescindible de las evaluaciones de salud mental de las niñas, niños y adolescentes. Esto implica establecer herramientas específicas a fin de explorar el impacto emocional de cada fase del desplazamiento, reconocer los diferentes tipos de trauma vividos (duelo migratorio, exposición a violencia, separación forzada, pérdida de referentes, etc.) y ofrecer un acompañamiento adaptado, intercultural y sostenido.

3.3 La llegada al territorio de acogida

Tras el trayecto migratorio y la llegada a territorio de acogida, las niñas, niños y adolescentes se enfrentan a un nuevo proceso de adaptación marcado por la incertidumbre, el desarraigo y la ausencia de apoyos afectivos estables. Las niñas, niños y adolescentes llegan con la expectativa de haber superado la parte más difícil del trayecto, pero se encuentran con un sistema que no siempre les ofrece estabilidad, escucha o acompañamiento emocional³⁵.

Cuando este proceso de adaptación se produce sin los apoyos suficientes, las niñas, niños y adolescentes pueden desarrollar respuestas desreguladas como irritabilidad, impulsividad, indisciplina, retraimiento, abandono escolar o dificultades para seguir las normas. Estas conductas, con frecuencia leídas como desobediencia o falta de voluntad, pueden ser en realidad manifestaciones de sufrimiento psicoemocional, trauma no elaborado o trastornos no diagnosticados, que permanecen invisibilizados por falta de una evaluación profesional temprana.

La falta de acompañamiento emocional estructurado en los primeros momentos y durante todo el proceso de adaptación se convierte en un factor de riesgo significativo cuando no es acompañado de las estrategias de apoyo psicosocial adecuadas.

Muchas niñas, niños y adolescentes experimentan lo que se ha denominado “duelo migratorio complejo”³⁶, que puede desarrollarse ante distintas condiciones de vulnerabilidad que es preciso tener en cuenta para proporcionar una acogida sensible a las necesidades relacionadas con la salud mental y el bienestar emocional de la infancia migrante.

3.3.1 Desarraigo cultural y estigmatización

El desarraigo cultural constituye una de las experiencias más difíciles para las niñas, niños y adolescentes migrantes tras su llegada al país de acogida. La experiencia del desarraigo no es únicamente un hecho objetivo de cambio geográfico y cultural, sino que impacta directamente en la construcción de la identidad del menor, en su capacidad para vincularse con el entorno y en su percepción de pertenencia.

- La barrera lingüística impide a muchas niñas, niños y adolescentes expresar emociones, pedir ayuda o comprender el funcionamiento del sistema. Además, dificulta la continuidad educativa y la participación en actividades comunitarias, minando su autoestima y sensación de competencia. La escasez de mediadores culturales cualificados, de programas estructurados de aprendizaje del idioma y de espacios seguros en los que puedan expresar sus vivencias en su lengua de origen supone un obstáculo importante para la correcta atención a sus necesidades psicoemocionales.

35. Si además de la condición migratoria se suman ciertas situaciones de vulnerabilidad, como puede ser la presencia de una discapacidad, el estrés puede aumentar significativamente y habrá que tener en cuenta medidas para mitigarlo.

36. Se trata de una forma de duelo no cerrado y prolongado por la pérdida de lengua, hogar, redes familiares, identidad cultural y proyectos vitales interrumpidos que pueden derivar en síntomas depresivos, sentimientos de vacío, retraimiento emocional, pérdida de autoestima y crisis de identidad.



- La dimensión religiosa es una parte fundamental de la identidad personal y comunitaria de la infancia migrante, que no cuenta con el reconocimiento necesario. Esta falta de atención genera una forma específica de desarraigo simbólico: las niñas, niños y adolescentes se enfrentan a un entorno donde sus creencias religiosas no solo no son contempladas ni respetadas, sino que a menudo son motivo de sospecha, incomodidad o discriminación sutil³⁷.

Las personas expertas señalan:

Alaitz Penas, coordinadora de proyectos de igualdad de trato y no discriminación en Red Acoge, explica que existe una tendencia institucional a minimizar o ignorar el peso de la identidad religiosa en los procesos migratorios, asumiendo erróneamente que la religión es una cuestión secundaria, que “queda atrás” con el país de origen.

“La religión migra con las personas, no es una cuestión que se quede en sus países... la gente no se puede quitar y poner su religión”.

Alaitz Penas.

- Estos conflictos identitarios pueden tener consecuencias directas sobre la salud mental. En este sentido, la vivencia de tener que elegir entre “adaptarse” o “ser ellos mismos” genera disonancia emocional, inseguridad respecto a su lugar en la sociedad de acogida y sentimientos de alienación, rechazo o culpa. Esta tensión puede manifestarse asimismo en problemas de adaptación, retraimiento en entornos escolares, conductas defensivas o ambivalentes, e incluso en el rechazo hacia el propio grupo de pertenencia.
- A esto se suma una barrera adicional: la estigmatización social. El racismo estructural y los discursos sociales estereotipados, que asocian a las niñas, niños y adolescentes con delincuencia, desconfianza o manipulación del sistema refuerzan una narrativa excluyente que invisibiliza su sufrimiento psicoemocional y su necesidad de reparación.

Las personas expertas señalan:

Ismail El Majdoubi, del colectivo Ex Menas, señala que las niñas, niños y adolescentes migrantes son a menudo abordados desde una lógica punitivista y deshumanizadora, especialmente si han entrado en contacto con cuerpos policiales, tras ser detenidos o sometidos a pruebas de determinación de edad.

En estos casos, el enfoque institucional tiende a cuestionar su palabra, a invalidar su relato personal y a dudar de su edad o nacionalidad, incluso por parte de profesionales sociales y sanitarios cuya función no es verificar datos, sino garantizar una atención digna, étnica y ajustada al interés superior del menor.

“Como que la profesión no tiene valores... ni siquiera se respeta la teoría”.

Ismail El Majdoubi, colectivo Ex Menas.

37. En muchos casos, estas niñas, niños y adolescentes perciben que deben ocultar o justificar su fe, su forma de vestir, su dieta o sus prácticas espirituales, para poder ser aceptados o encajar, tanto en el entorno institucional como en la comunidad educativa o social.

3.3.2 Carencia de redes de apoyo y desarraigo familiar

Una de las experiencias más determinantes para la salud mental de las niñas, niños y adolescentes es la ausencia de vínculos afectivos cercanos tras su llegada al país de acogida. Muchas de las niñas, niños y adolescentes llegan completamente solos, sin familiares ni personas conocidas, y sin redes comunitarias que les acojan o sostengan. Esta soledad estructural no sólo limita su acceso a apoyos emocionales y psicosociales, sino que profundiza el sentimiento de desarraigo, inseguridad y abandono.

El proceso migratorio implica una ruptura con las figuras de apego, la red familiar, el entorno cultural de referencia y las dinámicas sociales conocidas. Esta pérdida se traduce en una vivencia sostenida de tristeza, nostalgia, ansiedad por separación, sensación de vacío y desorientación afectiva. Es frecuente encontrar síntomas de retraimiento emocional, apatía, desmotivación y dificultad para generar nuevas relaciones de confianza, que derivan muchas veces en cuadros depresivos o de ansiedad generalizada.

Las personas expertas señalan:

Ismail El Majdoubi, del colectivo Ex Menas, explica en su entrevista incluida en este informe que estos sentimientos se ven agravados por la falta de referentes adultos significativos en el sistema de acogida.

Cuando no existen figuras de apoyo que actúen desde el respeto, la contención emocional y la escucha activa, las niñas, niños y adolescentes se ven expuestos a una experiencia institucional fría y desconectada de sus necesidades más elementales: sentirse vistos, escuchados y protegidos. En sus propias palabras, esta ausencia de vínculos seguros refuerza la sensación de que “no se es importante para nadie”, lo que incide directamente en la construcción de su autoestima e identidad.

La carencia de redes familiares también conlleva una sobrecarga emocional. Muchas niñas, niños y adolescentes asumen tempranamente responsabilidades que no les corresponden: ser el sostén de su familia desde la distancia, enviar dinero o justificar su migración con éxito. Esta presión genera estrés crónico, miedo al fracaso y sentimientos de culpa si no logran cumplir las expectativas, amplificando su sufrimiento emocional.

El desarraigo familiar no puede ser comprendido únicamente como una ausencia física. Es una herida afectiva que afecta la percepción de seguridad, la posibilidad de desarrollar relaciones de apego seguro, la capacidad para regular las emociones y construir relaciones significativas. Sin un entorno afectivo estable el impacto de esta soledad se cronifica, minando las posibilidades de inclusión real y de recuperación emocional.

Además, existe una disonancia cultural en la forma de concebir la adolescencia y la infancia. En algunos países de origen, los jóvenes asumen responsabilidades económicas o familiares a edades tempranas, mientras que en España están sujetos a marcos legales de protección que restringen su acceso al mercado de trabajo. Esta diferencia genera incompreensión tanto para las propias niñas, niños y adolescentes que se sienten inactivos, limitados o infantilizados- como para sus familias, que muchas veces no comprenden por qué “no pueden” ayudar o trabajar. La tensión de no estar cumpliendo con las expectativas depositadas en el proyecto migratorio³⁹ alimenta el sentimiento de estar “fallando” como hijo o hija, lo que puede intensificar el malestar psicológico, especialmente si no logran avanzar en su regularización administrativa o acceso al empleo.

38. Esto se manifiesta especialmente en contextos marcados por la pobreza estructural, la deuda contraída para financiar el viaje o la esperanza de mejorar colectivamente las condiciones de vida. Muchas niñas, niños y adolescentes migran sabiendo que sobre ellos recae la responsabilidad de enviar dinero a casa, alcanzar un “éxito” rápido y sostener económica y emocionalmente a sus familias. Este mandato, no siempre verbalizado pero latente, genera una intensa carga emocional, que puede desembocar en sentimientos de culpa, ansiedad, autoexigencia desmedida o frustración.



La imposibilidad de compartir su sufrimiento con las familias de origen, por no preocupar, por vergüenza o por miedo a decepcionar hace que muchas niñas, niños y adolescentes oculten su malestar emocional y construyan una imagen ficticia de bienestar, transmitiendo que todo va bien, aunque estén atravesando situaciones de angustia, violencia o exclusión. Este silenciamiento del dolor impide recibir apoyo emocional y reproduce una desconexión afectiva que refuerza la sensación de soledad y desarraigo.

Las personas expertas señalan:

“Me hubiese encantado poder contarles a estas familias que sus hijos no están bien”.

Layla Bellach, Salud Entre Culturas.

El vínculo con las familias de origen representa una dimensión central en la vida emocional de las niñas, niños y adolescentes aun cuando se encuentren físicamente separados de ellas. En este sentido, es fundamental que, siempre que no exista riesgo para su seguridad física o emocional, y siempre que redunde en su interés superior, se trabaje activamente para mantener el vínculo con la niña, niño o adolescente con su familia de origen. Esta relación, aún a distancia, puede actuar como un factor protector clave, ayudando a la niña, niño o adolescente a preservar su sentido de identidad, pertenencia y continuidad biográfica. Igualmente, siempre que sea posible, podría ser apropiado conectar a las niñas, niños y adolescentes que llegan con familiares o referentes que tienen en otras partes del territorio español.

3.3.3 El impacto emocional de las expectativas no cumplidas

Otro de los elementos significativos en la experiencia psicoemocional de las niñas, niños y adolescentes es el choque entre las expectativas con las que emprendieron el viaje y la realidad con la que se encuentran al llegar al país de acogida. Muchas y muchos de ellos parten con una imagen idealizada de Europa – y en concreto de España- como un lugar de oportunidades, estabilidad y seguridad.

No obstante, una vez en territorio, la realidad suele ser muy diferente: dificultades para acceder a derechos básicos, barreras administrativas, falta de respuestas rápidas, entornos institucionales restrictivos, estigmatización social y un futuro percibido como incierto. Este choque entre lo imaginado y lo vivido provoca una profunda desilusión, que puede derivar en tristeza, frustración, ansiedad o una sensación de fracaso personal. Este ajuste forzoso implica un proceso psíquico complejo que puede afectar seriamente a la motivación, la autoestima y el sentido de proyecto vital de las niñas, niños y adolescentes.

Desde una perspectiva de salud mental, es fundamental entender este proceso como parte del denominado duelo migratorio ampliado, que incluye no sólo las pérdidas materiales o afectivas, sino también la pérdida de expectativas. El reajuste a una realidad menos prometedora requiere de contención emocional, espacios de escucha y validación y de un acompañamiento respetuoso que les permita reconstruir sus horizontes y su futuro desde una lógica realista y no punitivista.

3.3.4 Las condiciones de atención en los centros de protección

La gran mayoría de la infancia migrante no acompañada es llevada a centros de protección tras asumir la tutela las correspondientes CCAA. Según los datos del Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia, el 95% de la infancia no acompañada se encontraba en acogimiento residencial y tan sólo el 4,5% en familiar en 2023.

Las condiciones en los centros de protección constituyen un elemento clave en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes. En demasiadas ocasiones, estos dispositivos operan desde lógicas de control, despersonalización e invisibilización del sufrimiento psicoemocional.

Las personas expertas señalan:

Tal como compartió Layla Bellach, de Salud Entre Culturas, durante los primeros días tras su llegada, las niñas, niños y adolescentes suelen ver restringido su acceso a objetos personales, a sus teléfonos móviles y a la posibilidad de comunicarse con sus familias.

Esta situación provoca una ruptura emocional en un momento de altísima vulnerabilidad, impidiendo mantener vínculos afectivos fundamentales y generando una profunda angustia, confusión y sentimiento de desprotección. La imposibilidad de entender por qué se les retiran sus pertenencias o por qué no pueden contactar con sus familias incrementa el aislamiento emocional y puede ser vivida como una experiencia de desposesión y desarraigo.

La falta de espacios de intimidad, la rigidez normativa, la rotación de profesionales o los traslados frecuentes entre centros que impactan a la infancia migrante en los centros de protección, interrumpen los procesos vinculares y refuerzan la vivencia de inseguridad emocional.

Otras prácticas institucionales, como la uniformización forzada de la vestimenta, contribuyen a borrar la identidad individual de las niñas, niños y adolescentes.

Igualmente, la sobrerregulación³⁹ de la vida cotidiana en los centros, donde muchas veces se implementan sistemas conductuales como el de “puntos” o medidas punitivas ante comportamientos considerados disruptivos, son percibidas por niñas, niños y adolescentes como formas de control excesivo o castigo. Esta vigilancia permanente genera desconfianza y puede activar respuestas emocionales de rabia, hostilidad o retraimiento.

Distintas entrevistas realizadas en el marco de este informe evidencian de qué forma la experiencia de ingreso a los centros de primera acogida es vivida por las niñas, niños y adolescentes, en ocasiones, como una forma de violencia institucional.

Las personas expertas señalan:

“De qué menores estamos hablando, cuando se contemplan ciertos derechos. ¿No son del sur? Pues no pasa nada por que pasen calor, ¿no? No pasa nada con que coman mal, con que vistan mal No, porque básicamente no los queremos”.

Ismail El Majdoubi, colectivo Ex Menas

39. Se refiere al exceso de normas, controles y protocolos en los centros de protección, que organizan la vida cotidiana de las niñas, niños y adolescentes de manera rígida y poco personalizada. Esta dinámica puede dificultar que el centro se perciba como un espacio seguro y “hogar”, limitando su autonomía, su intimidad y su capacidad de tomar decisiones, elementos esenciales para su bienestar emocional y desarrollo psicosocial.



De este modo, en lugar de constituirse en entornos terapéuticos y protectores, muchos dispositivos de acogida reproducen dinámicas institucionales que amplifican el malestar psicológico y refuerzan la sensación de inestabilidad.

La ausencia de referentes estables, la rotación del personal y la falta de profesionales especializados en salud mental o trauma profundizan el malestar, especialmente en quienes llegan tras experiencias migratorias marcadas por la violencia o la pérdida.

3.3.5 La incertidumbre administrativa como factor de sufrimiento

El entramado legal y burocrático al que se enfrentan las niñas, niños y adolescentes tras su llegada al país de acogida constituye una de las fuentes más significativas de sufrimiento emocional y deterioro de la salud mental. La falta de documentación - y en particular, la ausencia de pasaporte o prueba de edad- activa una serie de procedimientos legales que pueden ser largos, opacos e invasivos, generando una vivencia de inseguridad vital prolongada.

Uno de los momentos más críticos es el procedimiento de determinación de la edad, que, en ocasiones, se prolonga durante meses dejando a las niñas, niños y adolescentes en un limbo jurídico. Esta situación de indefinición les impide ser reconocidos formalmente como niñas o niños, acceder a los recursos del sistema de protección y contar con la cobertura sanitaria y psicosocial adecuada. Durante ese tiempo viven con el temor constante de que se les considere adultos y se les excluya del sistema, lo que podría traducirse en su salida del centro de acogida, la pérdida de tutela o incluso la expulsión del país.

Este estado de incertidumbre jurídica no es neutro en términos emocionales. Las niñas, niños y adolescentes migrantes, que ya han atravesado trayectos traumáticos y situaciones de desarraigo, se enfrentan ahora a la ansiedad diaria de no saber qué será de su vida a corto y medio plazo.

Las personas expertas señalan:

“Sobre la incertidumbre, el ser humano a diferencia de cualquier otro animal tiene esa capacidad de elaborar un pensamiento mucho más complejo, pues no se dirige sólo a mirar al pasado sino al futuro... empiezo a pensar cuánto tiempo voy a estar aquí, lo que escucho es que no voy a poder trabajar hasta no sé cuánto, tengo que hacer cursos que no puedo seguir... Lo que va creciendo es la incertidumbre, no saber lo que va a pasar con tu vida, dónde vas a estar dentro de un mes, cuándo vas a poder ayudar a tu madre que está enferma y le cuestan mucho las pastillas...”.

Francisco Collazos, coordinador de la unidad de psiquiatría Transcultural de la Vall d’Hebrón.

Esta incertidumbre no sólo afecta al bienestar emocional de las niñas, niños y adolescentes durante la etapa de acogida, sino que se intensifica al acercarse la mayoría de edad.

De acuerdo con el informe *Turning 18 and Undocumented* de la organización PICUM⁴⁰, este paso puede convertirse en un punto de quiebre emocional cuando no se garantizan mecanismos de regularización ni se les ofrece un acompañamiento que dé continuidad a los procesos iniciados en la infancia. La inseguridad sobre la documentación, la posibilidad de quedar en situación administrativa irregular – según el Defensor del Pueblo un 44,7% de las niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados salen del sistema de

protección sin documentar⁴¹ - o de perder el acceso a recursos básicos agrava los síntomas de ansiedad, depresión, estrés crónico y puede expresarse a través de conductas externalizantes como la agresividad o la irritabilidad o conductas autolesivas.

En este contexto, la incertidumbre no es sólo un estado emocional, sino que, puede suponer una forma de violencia institucional que bloquea el desarrollo psicoemocional y la construcción de un proyecto vital sostenible. La falta de planificación individualizada, la opacidad en la comunicación institucional y la ausencia de referentes profesionales que puedan acompañar de forma continua y empática estos procesos incrementan los factores de riesgo para la salud mental.



40. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. (2022). Turning 18 and undocumented: ensuring a safe transition into adulthood. <https://picum.org/blog/turning-18-undocumented/>

41. Defensor del Pueblo. (2025). Niñas y niños extranjeros en España solos o acompañados. <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2025/05/Ninas-y-ninos-extranjeros-en-Espana-solos-o-acompanados.pdf>

04

Barreras en el acceso a la atención en salud mental de la infancia no acompañada en necesidad de protección internacional



04 | Barreras en el acceso a la atención en salud mental de la infancia no acompañada en necesidad de protección internacional

El acceso a una atención en salud mental es un derecho fundamental de todas las niñas, niños y adolescentes no acompañados. No obstante, la realidad revela múltiples obstáculos estructurales que impiden o limitan de forma grave el ejercicio efectivo de este derecho en el contexto del Estado español. Estas barreras no existen de forma aislada, sino que responden a un entramado institucional, normativo y simbólico que perpetúa la exclusión, el abandono institucional e invisibiliza el sufrimiento psicosocial de estos niños y niñas.

Este análisis, basado en testimonios recogidos en entrevistas, grupo focal y revisión documental demuestra que las barreras no sólo son técnicas o administrativas, sino profundamente estructurales. De esta manera, pueden generar un efecto acumulativo que agrava el sufrimiento psíquico, dificulta la intervención precoz y cronifica los cuadros de malestar emocional.

4.1 Barreras transversales

Las barreras transversales constituyen un conjunto de obstáculos estructurales, institucionales y culturales que afectan de manera global a todos los momentos del itinerario migratorio de las niñas, niños y adolescentes, incluidas sus posibilidades de acceso, continuidad y adecuación de la atención en salud mental.

A diferencia de las barreras específicas que se concentran en fases concretas del proceso – como la llegada, la primera acogida o la transición a la vida adulta– estas barreras operan como condiciones de fondo que atraviesan el conjunto del sistema y determinan su capacidad de respuesta.

El análisis de las barreras transversales pone de relieve la existencia de déficits estructurales profundamente arraigados en el sistema de atención a la infancia migrante no acompañada en España. Estas barreras no son solo el resultado de errores puntuales, sino el reflejo de un modelo que carece de una estrategia integral y especializada en salud mental infantil con enfoque de derechos, infancia e interculturalidad.

Estas limitaciones son fruto del modo en que se configura el sistema institucional de protección, gestión migratoria y atención sanitaria. La fragmentación institucional, la ausencia de protocolos unificados, la respuesta, por lo general, reactiva en lugar de preventiva, la invisibilización del trauma migratorio y la falta de reconocimiento de la diversidad de experiencias forman parte de un entramado que genera exclusión, cronifica el sufrimiento y vulnera derechos fundamentales. Estos son ejemplos de cómo la estructura, en ocasiones, reproduce desigualdades, omisiones y respuestas tardías. Estas omisiones no solo dificultan el acceso efectivo a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, sino que también impiden generar espacios seguros y emocionalmente contenedores donde las niñas, niños y adolescentes pueden empezar a construir procesos de resiliencia y recuperación.

A ello se suma una escasa incorporación del enfoque de infancia, enfoque transcultural y psicosocial, lo que impide una comprensión integral de las vivencias de las niñas, niños y adolescentes y obstaculiza el establecimiento de intervenciones significativas.

Superar estas barreras requiere no sólo una mejora técnica o normativa, sino de una transformación profunda del enfoque institucional: reconocer el sufrimiento psicosocial como un componente central del bienestar infantil, garantizar la continuidad del acompañamiento más allá de la tutela formal y construir dispositivos adaptados que escuchen, acojan y se dejen guiar por la singularidad de cada niño y niña.

4.1.1 Ausencia de protocolos o guías para la evaluación y determinación del interés superior del niño o la niña

La detección de necesidades específicas de protección en la infancia migrante es la puerta de entrada fundamental para el reconocimiento efectivo de sus derechos. La situación de extrema vulnerabilidad de las niñas, niños y adolescentes no acompañados está condicionada por múltiples factores, entre ellos, la edad, el género, la situación migratoria⁴² o la condición socioeconómica⁴³, que interactúan entre sí y agravan los riesgos de desprotección.

Para poder evaluar y determinar de forma adecuada el interés superior de las niñas, niños y adolescentes migrantes, en línea con los estándares internacionales previamente analizados, es fundamental identificar de forma temprana e integral de todas las necesidades específicas de protección.

Las **Directrices del ACNUR sobre el procedimiento de determinación del interés superior del niño**⁴⁴ subrayan que este proceso requiere un análisis holístico de los factores de vulnerabilidad⁴⁵ y riesgo a los que puedan estar expuestas las niñas, niños y adolescentes. Por otro lado, los factores de riesgo se entienden como amenazas internas o externas, que pueden proceder tanto del entorno como de la trayectoria migratoria de las niñas, niños y adolescentes⁴⁶. La **Conclusión nº 107 del ACNUR**⁴⁷ señala cómo determinados riesgos ambientales – como la persecución, el conflicto armado o la violencia–, combinados con factores individuales – como la condición de niña, niño o adolescente no acompañado, víctima de trata o abuso sexual–, generan situaciones acumulativas de vulnerabilidad, que exigen una respuesta específica y diferenciada.

En este contexto, es esencial identificar de forma prioritaria: la minoría de edad de las niñas, niños y adolescentes, su situación de separación o no acompañamiento, los riesgos específicos a los que están expuestos y aquellos factores de vulnerabilidad que podrían justificar una necesidad de protección internacional. Únicamente a partir de esta evaluación inicial sería posible activar los mecanismos previstos, tanto en el sistema de protección de menores como en el sistema de asilo, conforme al ordenamiento jurídico español.

42. El sociólogo M. Baumgärtel ha acuñado el término vulnerabilidad migratoria para analizar las situaciones de movilidad que ponen en riesgo la vida de las personas que se encuentran en ellas y que, en intersección con otras realidades, redundan en situaciones de grave desprotección. Baumgärtel, Moritz. (2020). "Facing the challenge of migratory vulnerability in the European Court of Human Rights", *Netherlands Quarterly of Human Rights*, Vol.38 nº 1, p. 11. DOI: <https://doi.org/10.1177/0924051919898127>.

43. *Asunto Chapman v. Reino Unido*, Demanda no. 27238/95, sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 18 de enero de 2001; *Asunto M.S.S v. Bélgica y Grecia*, Demanda no. 30696/09, sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 1 de enero de 2011.

44. UNHCR (2021) UNHCR Best Interests Procedure Guidelines: Assessing and Determining the Best Interests of the Child, mayo 2021. <https://www.refworld.org/docid/5c18d7254.html>.

45. Los factores de vulnerabilidad pueden ser de naturaleza física, social, económica o medioambiental, y aumentan la susceptibilidad de las niñas, niños o adolescentes ante contextos inseguros o inestables.

46. UNHCR (2021) UNHCR Best Interests Procedure Guidelines: Assessing and Determining the Best Interests of the Child, mayo 2021. <https://www.refworld.org/docid/5c18d7254.html>, p. 35.

47. ACNUR, ExCom Conclusión n.º 107 sobre los niños en riesgo (LVIII), 5 de octubre de 2007, <https://www.refworld.org/docid/471897232.html>.



No obstante, se carece de un procedimiento formal e institucionalizado que permita identificar de manera sistemática estos factores de riesgo y vulnerabilidad en la infancia migrante. Aunque existen disposiciones normativas que establecen ciertas garantías procedimentales para las niñas y niños con necesidades de protección internacional⁴⁸, no se ha establecido una metodología estandarizada para la detección previa de dichas necesidades. Esta ausencia tiene un impacto directo en la salud mental infanto-juvenil ya que impide reconocer y abordar de forma adecuada las consecuencias psicosociales derivadas de la exposición a experiencias traumáticas, la incertidumbre jurídica o la falta de vínculos afectivos estables.

Aún con esta carencia estructural, la obligación de identificar activamente necesidades de protección recae sobre cualquier persona que, en el marco de su función profesional o en un contexto informal, entre en contacto con niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Esta responsabilidad se vincula con el derecho del niño a ser escuchado y exige que cualquier manifestación sobre su estado emocional, necesidades o preocupaciones sea valorada con seriedad y en función de su edad, madurez y circunstancias personales.

El procedimiento de evaluación del interés superior del niño, de acuerdo con lo establecido por el Comité de Derechos del Niño⁴⁹ debe incluir la ponderación individualizada de los elementos relevantes del caso, la determinación clara de los criterios aplicables y la incorporación de garantías jurídicas adecuadas, incluyendo la participación activa de las niñas, niños y adolescentes en la toma de decisiones que la afectan. En esta línea, tanto el ACNUR⁵⁰ como la EUAA⁵¹ han definido una serie de hitos clave en los casos que implican solicitudes de protección internacional: el momento del acceso al territorio y durante la estancia en los centros de protección.

4.1.2 La fragmentación y territorialización del modelo organizativo

Uno de los obstáculos estructurales más importantes para garantizar una atención psicosocial adecuada a las niñas, niños y adolescentes migrantes y solicitantes de protección internacional es la fragmentación del sistema de atención, tanto a nivel territorial como institucional.

En España, la competencia en protección de menores y en sanidad están descentralizadas en las CCAA, con excepción de Ceuta y Melilla, en las que las competencias en sanidad no están transferidas, sí en materia de infancia, lo cual implica un reto a nivel de coordinación intersectorial⁵².

Esto genera notables diferencias en los recursos, protocolos y capacidades existentes para abordar las necesidades de salud mental de la infancia migrante. Esta fragmentación se traduce en una falta de continuidad en la atención, ya que las niñas, niños y adolescentes transitan por distintos recursos – primera acogida, centros residenciales, traslados entre CCAA o derivaciones al sistema sanitario- sin que exista una trazabilidad efectiva ni un acompañamiento psicosocial sostenido. Incluso dentro de una misma ciudad, las niñas, niños y adolescentes pueden ser trasladados entre diferentes dispositivos con escasa o nula coordinación. Esto genera rupturas en los vínculos terapéuticos, desorientación y retraimiento emocional.

48. Artículos 25 y 46.1 Ley 12/2009, de Asilo.

49. Comité de los Derechos del Niño (CDN). (2013). Observación General núm. 14: El derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial.

50. UNHCR. (2021). UNHCR Best Interests Procedure Guidelines: Assessing and Determining the Best Interests of the Child, mayo 2021, <https://www.refworld.org/policy/opguidance/unhcr/2021/en/122648>.

51. Oficina Europea de Apoyo al Asilo. (2018). Guía acerca de las condiciones de acogida para menores no acompañados: estándares operativos e indicadores. <https://www.euaa.europa.eu/guidance-reception-unaccompanied-children>.

52. En cuanto a la coordinación intersectorial, en específico a nivel local, es preciso mencionar la Guía de coordinación que será publicada próximamente por UNICEF. UNICEF. "¿Cómo mejorar la salud mental de la infancia migrante? Guía para la implementación de grupos locales de coordinación sectorial".

A esta falta de articulación se suma la saturación del sistema público de salud mental, que será abordada en profundidad posteriormente. Sin embargo, es preciso señalar que esta saturación agrava aún más la discontinuidad de la atención, ya que las listas de espera, la escasez de profesionales y la falta de especialización en trauma infantil dificultan que las necesidades detectadas puedan ser atendidas con la urgencia que requieren.

Como recoge el ACNUR en su Guía para profesionales que trabajan con niños y niñas refugiados no acompañados⁵³, la atención a la salud mental debe formar parte de una estrategia de protección desde el primer contacto con la infancia. Esta atención ha de contemplar intervenciones específicas para mitigar el potencial trauma, el estrés migratorio y la ansiedad derivada de la incertidumbre jurídica o del desarraigo. Además, debe ser prestada por personal adecuadamente capacitado en salud mental infanto-juvenil y en enfoque intercultural.

Sin embargo, en el sistema español esta atención especializada no está garantizada de manera uniforme ni coordinada⁵⁴. Cada territorio adopta sus propios protocolos y no existe una red estatal que asegure la continuidad de las intervenciones terapéuticas, especialmente cuando las niñas, niños y adolescentes son trasladados entre CCAA por razones administrativas, saturación de plazas o edad.

Esta falta de coordinación institucional no solo compromete el acceso efectivo a recursos de salud mental, sino que afecta de forma negativa al proceso de estabilización emocional de las niñas, niños y adolescentes, dificultando la creación de un entorno seguro y predecible. La salud mental, en lugar de estar integrada en el diseño de los circuitos de protección, es vista como un elemento secundario y accesible solo en casos graves o tras largas demoras.

4.1.3 La ausencia de una respuesta institucional eficiente genera inestabilidad

Uno de los principales obstáculos para el acceso efectivo de las niñas, niños y adolescentes a servicios de salud mental y de apoyo psicosocial es el propio diseño institucional del sistema de protección, que vincula de forma directa la atención psicosocial al hecho de estar formalmente tutelado por la administración. En la práctica, solo las niñas, niños y adolescentes cuya minoría de edad ha sido reconocida y que se encuentran en centros de protección acceden de forma regular a recursos especializados, lo que deja fuera a un número significativo de niñas, niños y adolescentes en situaciones liminales o aún no regularizadas.

Esta exclusión afecta especialmente a quienes se encuentran en etapas tempranas del proceso, como las niñas, niños y adolescentes cuya edad está aún en proceso de determinación y a los que no se les reconoce inicialmente la presunción de minoría. También quedan fuera del sistema quienes han sido erróneamente considerados mayores de edad, o aquellas y aquellos a los que no se les ha formalizado aún la declaración de desamparo por retrasos administrativos. Durante este tiempo, las niñas, niños y adolescentes no cuentan con respaldo legal ni acceso a servicios básicos de protección, por ende, no pueden acceder a atención psicológica o psiquiátrica, a pesar de su extrema vulnerabilidad emocional.

Este condicionamiento institucional perpetúa una doble exclusión: jurídica y emocional. Las consecuencias psíquicas de esta incertidumbre – la inseguridad sobre sus estatus, la exposición prolongada a entornos no adaptados y la imposibilidad de acceder a apoyos especializados- agravan el sufrimiento de las niñas, niños y adolescentes.

53. ACNUR. (2022). Guía para profesionales que trabajan con niños y niñas refugiados no acompañados. <https://www.acnur.org/es-es/media/guia-para-profesionales-que-trabajan-con-ninos-y-ninas-refugiados-no-acompanados>.

54. Ibid; Lázaro, I., Claro, I., Torres, P., Diez, I., (2023). Estudio jurídico sobre infancia no acompañada y separada con necesidad de protección internacional en España. Thomson Reuters Aranzadi.



El sistema, además, no garantiza una información accesible, clara ni culturalmente adaptada sobre sus derechos y procesos administrativos.

Las personas expertas señalan:

Como denuncian organizaciones como ACNUR y CEAR, en el focus group realizado para este informe, las niñas, niños y adolescentes no acompañados no reciben orientación adecuada sobre sus opciones de regularización (asilo, arraigo, reagrupación familiar) ni se les acompaña psicossocialmente para comprender el impacto emocional de esta incertidumbre.

Uno de los déficits más graves es la ausencia de soluciones duraderas que aseguren la continuidad de los apoyos de los proyectos de vida tras los 18 años. En este sentido, el Defensor del Pueblo, en su último informe sobre niñas y niños extranjeros no acompañados o solos, sobre la juventud extutelada y la transición a la vida adulta exponía que, la mayor preocupación de la juventud migrante que había sido tutelada por las administraciones era el mantenimiento de su regularidad documental. Igualmente, en las entrevistas realizadas se había detectado una falta de acompañamiento psicológico⁵⁵.

Un número significativo de las personas entrevistadas denunciaban haber vivido en la calle un tiempo tras alcanzar la mayoría de edad, y denunciaban situaciones como, no haber sido informadas e informados en su momento sobre la posibilidad de solicitar protección internacional en su minoría de edad. Algunas de ellas, habían sido víctimas de malos tratos y se habían visto abocadas a vivir en la calle. La gran mayoría de personas encuestadas afirmaban haber sido requeridas en las calles para mostrar su documentación en algún momento y haber sido objeto, en alguna ocasión, de cacheos. La mayor preocupación era el mantenimiento de su regularidad documental. A esta preocupación se sumaba la dificultad de encontrar un puesto de trabajo estable que les permitiera, entre otras cuestiones, acceder a una vivienda.

La falta de planificación en la transición a la vida adulta implica que muchas y muchos adolescentes afronten la mayoría de edad con temor al desamparo institucional, a la pérdida del alojamiento, a la interrupción de sus estudios o a la imposibilidad de acceder al mercado laboral por falta de documentación. Esta situación no compromete únicamente su estabilidad emocional, sino que genera un profundo sentimiento de fracaso y desesperanza, especialmente cuando han realizado grandes esfuerzos en su proceso de inclusión en la sociedad de acogida.

En conclusión, la ausencia de una respuesta institucional que garantice estabilidad, acceso a derechos y acompañamiento emocional sitúa a las niñas, niños y adolescentes en una situación de vulnerabilidad crónica, agravada al alcanzar la mayoría de edad. La falta de soluciones duraderas y de planificación para su transición a la vida adulta compromete su salud mental y debilita cualquier intento de inclusión real. Esto perpetúa un ciclo de exclusión que contradice los principios de protección integral y el interés superior del menor, recogidos en los estándares internacionales.

4.1.4 Enfoque reactivo en lugar de preventivo en la atención a la salud mental

Uno de los déficits estructurales del sistema de protección y atención a la infancia migrante es su enfoque predominantemente reactivo frente a las necesidades en salud mental. La derivación a servicios de salud mental o de apoyo psicossocial no se produce como parte de una estrategia preventiva ni desde un diagnóstico integral inicial, sino que suele activarse únicamente cuando las niñas, niños y adolescentes presentan conductas que resultan problemáticas para el entorno institucional⁵⁶. Este patrón de intervención tardía contribuye a la patologización de las problemáticas sin el abordaje de las causas estructurales o traumáticas, alimentando una visión estigmatizante del sufrimiento psíquico.

Además, la ausencia de protocolos de evaluación temprana impide la identificación de factores de riesgo psicossocial que podrían anticiparse desde el momento de llegada o durante los primeros contactos con el sistema⁵⁷.

Las personas expertas señalan:

Francisco Collazos, coordinador del programa de psiquiatría transcultural del Hospital Vall d'Hebrón, explica que la salud mental no se puede limitar a una respuesta terapéutica puntual, sino que debe integrarse desde un enfoque comunitario, educativo y preventivo, adaptado a los marcos culturales y a las trayectorias migratorias de las niñas, niños y adolescentes.

En este sentido, el CDN ha subrayado en reiteradas ocasiones la necesidad de adoptar medidas de promoción y prevención de la salud mental como parte del derecho del niño al más alto nivel posible de salud. Igualmente, las directrices de la EUAA sobre condiciones de acogida⁵⁸ recomiendan expresamente incluir herramientas de evaluación inicial del bienestar emocional en los procedimientos estándar, con el fin de activar apoyos adecuados antes de que se manifiesten crisis severas.

Adoptar un enfoque preventivo supone reconocer el sufrimiento psíquico no como una patología, sino como una respuesta comprensible a contextos de violencia, desarraigo o exclusión. Esto requiere de equipos multidisciplinares capacitados en salud mental infanto-juvenil, mediación con enfoque transcultural y sensible al trauma, que puedan realizar valoraciones iniciales, generar espacios de confianza y diseñar estrategias de acompañamiento continuo.

56. Como agresividad, retraimiento extremo, consumo de sustancias o conflictos con otras niñas, niños y adolescentes o educadores.

57. Esto incluye experiencias de malos tratos en origen, violencia sexual, exposición a conflictos armados, negligencia familiar, pérdida de figura de apego, duelo migratorio, o trastornos del neurodesarrollo como el TDAH –que, con frecuencia son malinterpretados o simplemente ignorados–.

58. Oficina Europea de Apoyo al Asilo (EASO). (2016). Guía de la EASO acerca de las condiciones de acogida: estándares operativos e indicadores. <https://euaa.europa.eu/sites/default/files/publications/Guidance-on-ReceptionConditions-ES.pdf>

55. Defensor del Pueblo. (2025). Niñas y niños extranjeros en España solos o acompañados. <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2025/05/Ninas-y-ninos-extranjeros-en-Espana-solos-o-acompanados.pdf>, p. 102.



4.1.5 La invisibilización institucional del trauma migratorio

Uno de los vacíos más persistentes en el sistema de atención a la infancia migrante no acompañada es la invisibilización del trauma migratorio como categoría legítima de sufrimiento psíquico. A pesar de la abundante evidencia sobre el impacto emocional de experiencias como la separación familiar, la violencia en el tránsito, la muerte de seres queridos, el desarraigo cultural o el propio trayecto migratorio, estas vivencias no se reconocen sistemáticamente como indicadores prioritarios para el acceso a la atención en salud mental.

En la práctica, el hecho de haber atravesado una experiencia migratoria adversa no constituye, por sí mismo, un motivo suficiente para la derivación a servicios psicológicos ni para activar protocolos específicos de acompañamiento emocional.

Esta omisión constituye una grave desconexión entre el diseño institucional del sistema y los principios de atención centrada en el trauma. Numerosos estudios – como los del Consejo de Europa (CDENF, 2024), la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE (FRA, 2022) o la Red SAMU (2021)— alertan sobre el riesgo de cronificación del sufrimiento cuando no se reconocen y abordan los efectos emocionales derivados de experiencias migratorias complejas. El enfoque actual relega el trauma a una dimensión invisible, a menudo sustituida por lecturas conductuales o médicas del malestar (por ejemplo, el diagnóstico excesivo de trastornos de conducta o la medicalización de los síntomas), ignorando el contexto vital que da origen a dicho sufrimiento.

Además, el sistema no dispone de protocolos sistemáticos que evalúen el impacto psicoemocional del trayecto migratorio como criterio de intervención. En muchos casos, la atención se limita a situaciones de urgencia clínica, dejando fuera procesos emocionales más silenciosos como el duelo migratorio, la culpa por haber abandonado a la familia, el miedo al fracaso o la presión para cumplir expectativas. Esto tiene consecuencias directas sobre el bienestar psicológico de las niñas, niños y adolescentes, pero también sobre su inclusión social, educativa y relacional.

En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General nº 6 ha insistido en que los Estados deben prestar atención específica al impacto del proceso migratorio en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes y asegurar una respuesta adaptada, culturalmente sensible y basada en el principio del interés superior del niño. Sin embargo, a nivel interno, en el sistema español, esta dimensión sigue siendo marginal y dependiente de la voluntad o sensibilidad individual de determinados profesionales o entidades.

4.1.6 La invisibilización de la diversidad de trayectorias y experiencias

Otro de los obstáculos más relevantes en el diseño de políticas de atención a la salud mental de la infancia migrante no acompañada es la tendencia a tratar a estas niñas y niños como un grupo homogéneo, ignorando la enorme diversidad de contextos, trayectorias, motivaciones y experiencias que configuran sus vidas. Esta homogeneización no solo es imprecisa desde un punto de vista social o cultural, sino que puede representar una barrera para el acceso a una atención en salud mental adecuada, adaptada y centrada en las niñas, niños y adolescentes.

Las características contextuales de las niñas, niños y adolescentes no están determinadas únicamente por su condición migratoria, sino también por múltiples factores que se interrelacionan entre sí: el país o la región de origen, el entorno familiar o comunitario, la pertenencia étnica o religiosa, la experiencia previa de violencia, pobreza o exclusión y el tipo de trayecto migratorio realizado⁵⁹. No obstante, el sistema de acogida y de protección tiende a ofrecer respuestas estandarizadas, sin un análisis individualizado de los contextos.

59. No es lo mismo el impacto emocional que puede tener la migración en un menor proveniente del norte urbano de Marruecos que en uno procedente de una zona rural de Gambia, o en un adolescente que ha sido víctima de trata frente a otro que ha migrado por razones económicas o familiares.

A fin de comprender el impacto real en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes, es fundamental conocer y considerar su historia vital. Esto implica una escucha activa y respetuosa desde el primer contacto, en la que se priorice la singularidad de cada niña o niño y se reconozca su forma particular de asimilar las experiencias vividas⁶⁰. La intervención ha de adaptarse a su nivel de desarrollo, madurez emocional, antecedentes familiares y culturales e igualmente su percepción de las vivencias traumáticas, huyendo de enfoques diagnósticos generalistas o marcadamente clínicos que invisibilicen su subjetividad.

Los servicios de salud mental y de apoyo psicosocial deben contribuir no solo a restaurar el funcionamiento psicológico básico, sino también a promover la resiliencia, las estrategias de afrontamiento positivas y el sentido de agencia del menor⁶¹. Esto únicamente es posible si se parte de un enfoque centrado en las niñas, niños y adolescentes guiado por su propia voz, sus necesidades percibidas y su marco cultural de referencia.

En definitiva, la falta de reconocimiento institucional de esta diversidad conlleva una atención psicosocial parcial, que no solo puede resultar ineficaz, sino que podría ser contraproducente, en el caso de sobremedicación y diagnóstico precoz por falta de tiempo en la consulta.

4.1.7 La falta de perspectiva transcultural, psicosocial y de infancia

La ausencia de un enfoque integral que combine la perspectiva transcultural, psicosocial y centrada en la infancia constituye una de las barreras más transversales y profundas en la atención a la salud mental de las niñas, niños y adolescentes no acompañados. Esta carencia impide ofrecer respuestas respetuosas y adecuadas a sus necesidades específicas. Es fundamental recordar que se enfrentan a múltiples vulnerabilidades, atravesadas por su edad, su condición administrativa, el desarraigo afectivo y cultural, la discriminación racial o étnica y la vivencia de pertenencia religiosa.

En muchos contextos, el abordaje institucional sigue centrado en modelos biomédicos y universales que no consideran el trasfondo cultural, simbólico y experiencial desde el que las niñas, niños y adolescentes interpretan su malestar. Esta mirada descontextualizada tiende a patologizar síntomas que, en realidad, son respuestas comprensibles – e incluso adaptativas- a situaciones de violencia, pérdida, duelo migratorio o falta de referentes estables. La ausencia de lectura cultural del sufrimiento puede llevar a diagnósticos erróneos, intervenciones ineficaces y, en última instancia, al rechazo por parte de las propias niñas, niños y adolescentes hacia los servicios ofrecidos.

Las personas expertas señalan:

El psiquiatra Francisco Collazos, experto en salud mental transcultural, ha subrayado la necesidad de un “cambio de actitud” por parte de los y las profesionales, que va más allá de la adquisición de conocimientos técnicos. Esta transformación implica cultivar una mirada clínica basada en la humildad cultural, la curiosidad, el respeto y la apertura hacia el otro. Según sus palabras:

“Cuando hablo del intercultural quiero destacar que nosotros también somos eso: seres culturales, para lo bueno y lo malo. Entonces nuestra intervención, aunque tenga muy buena voluntad, puede acabar en agua de borrajas porque no hemos sido capaces de ponernos en la mirada del otro”.

Francisco Collazos, coordinador Psiquiatría Transcultural de la Vall d’Hebrón.

60. Díaz Rodríguez, M. (2017). Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental. *Apuntes de Psicología*, Vol. 35(2), 83-92

61. Evangelidou, S., Collazos Sánchez, F., & Qureshi Burckhardt, A. (2016). Guía breve sobre el apoyo en salud mental/psicosocial a los refugiados sirios en España [A primer on the Mental Health and Psychosocial Support of Syrian Refugees in Spain]. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 66-77. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5836867.pdf>.



Esta perspectiva hace hincapié en que no se trata sólo de reconocer la diversidad cultural de las niñas, niños y adolescentes sino también de tomar conciencia de que las y los profesionales son portadores de un marco cultural que condiciona su forma de entender la salud mental, los síntomas y la intervención. La falta de esta autorreflexión puede obstaculizar el establecimiento de un vínculo terapéutico basado en la confianza y reproducir formas sutiles de violencia institucional o epistemológica.

Una atención realmente transcultural y centrada en la infancia migrante requiere incorporar herramientas de mediación cultural, escucha activa y trabajo en red con figuras de referencia comunitaria (como líderes religiosos, grupos de pares o asociaciones de base) que ayuden a traducir no solo el idioma, sino los códigos culturales del sufrimiento y del cuidado. Este enfoque también debe integrar la dimensión psicosocial del malestar, reconociendo el impacto de las condiciones materiales, del racismo estructural, del aislamiento afectivo y de la incertidumbre vital sobre el bienestar emocional.



4.2 Barreras en la Llegada/primer atención

La identificación de necesidades en salud mental debe formar parte integral del primer contacto que tienen las niñas, niños y adolescentes no acompañados con el sistema al llegar al territorio español. Esta fase inicial es fundamental para reconocer de forma inmediata los posibles indicios de sufrimiento psíquico, potencial trauma, ansiedad, duelo migratorio o sintomatología asociada a experiencias de violencia o desarraigo y activar así mecanismos adecuados de protección y atención terapéutica.

La infancia migrante, y de forma especial, aquella no acompañada, experimenta y expresa el malestar emocional de forma distinta a las personas adultas. En muchas ocasiones, los signos de angustia o potencial trauma no son fácilmente reconocibles sin herramientas específicas o sin la debida formación profesional. Por tanto, los procesos de recepción deben incorporar una perspectiva especializada en salud mental infantil y adolescente, que permita evaluar de forma adecuada la situación emocional de las niñas, niños y adolescentes desde el primer momento, en un entorno seguro y adaptado a su edad. Este proceso debe estar alineado con la obligación internacional de garantizar el interés superior del menor, lo que implica no solo proteger su integridad física y jurídica, sino también su bienestar psicológico.

La participación de la infancia y adolescencia en el proceso, adaptada a su edad, madurez y circunstancias personales, es un componente fundamental para garantizar un enfoque verdaderamente centrado en sus derechos. Igualmente, es fundamental que las niñas y los niños reciban información clara y adaptada sobre sus derechos, incluyendo el acceso a atención psicológica o psiquiátrica si lo necesitan, y que puedan contar con asistencia letrada gratuita desde su llegada, de modo que puedan comprender y ejercer sus derechos con apoyo y acompañamiento. Una acogida digna y respetuosa con los derechos de la infancia implica que cada niña, niño y adolescente sea reconocido como sujeto activo, con necesidades psicosociales específicas, y que cuente desde el primer momento con espacios seguros, personal especializado y una red institucional coordinada capaz de ofrecer escucha, protección y cuidado emocional.

Actualmente, en España, los procedimientos de identificación de necesidades de salud mental no están unificados ni garantizados en todo el territorio. Esto genera desigualdades significativas entre Comunidades Autónomas. Esta disparidad responde, por un lado, a la diversidad en los perfiles de llegada (marítima, terrestre o aérea) y, por otro lado, a las diferencias en los recursos humanos y técnicos disponibles, así como en los protocolos adaptados por las autoridades competentes en cada región.

Las barreras identificadas en esta sección reflejan un modelo de primera acogida en el sistema de protección que no sitúa la salud mental como un componente esencial.

4.2.1 Identificación deficiente

Uno de los déficits más graves del sistema es la ausencia de mecanismos efectivos para detectar y abordar las necesidades de salud mental de las niñas, niños y adolescentes no acompañados. Esta omisión tiene consecuencias directas sobre su bienestar psicológico, su recuperación tras experiencias traumáticas y el ejercicio de sus derechos.

La falta de identificación temprana de la minoría de edad y la derivación errónea a dispositivos para adultos no solo sitúa a las niñas, niños y adolescentes en situaciones de desprotección institucional, sino que impide activar recursos específicos de atención psicosocial con enfoque de infancia⁶².

62. Lo Coco, M.D., Calderó Delgado, C., Samy Cucurull, I. (2024). Vulneració dels drets humans de les persones migrants a Canàries. Irdia y Novact. https://novact.org/wp-content/uploads/2025/02/CAT_Infancia-migrante-y-criminalizacion_v1_compressed.pdf

Las personas expertas señalan:

Tal y como ha denunciado Ismail El Madjdoubi, a muchas niñas, niños y adolescentes procedentes de África se les aplica el mismo protocolo migratorio que a los adultos, sin considerar su condición de infancia. Esto vulnera directamente su derecho a una atención diferenciada, adaptada y especializada.

En concreto, el sistema no integra la evaluación del estado emocional ni del impacto psicológico de la migración forzada como parte del proceso de acogida, especialmente en los puntos de llegada marítimos y terrestres como Ceuta, Melilla o Canarias. Como se evidenció en los grupos focales del estudio, la atención psicológica en la llegada es débil, informal, mal coordinada y altamente dependiente de organizaciones del tercer sector. España presenta una brecha estructural grave en la atención a la salud mental de la infancia migrante no acompañada, que se ve acentuada en situaciones de contingencia.

En contextos de emergencia, como en la Frontera Sur española, el sistema se ve desbordado y prioriza la cobertura de necesidades básicas (alojamiento, filiación y alimentación) y la atención a la salud mental se ve sistemáticamente relegada. Esta práctica institucional subestima el sufrimiento psíquico de las niñas, niños y adolescentes, a pesar de que se trata de uno de los factores con mayor impacto en su desarrollo y en el proceso de inclusión.

En el momento de llegada se adoptan decisiones críticas - como la determinación de la edad o la separación familiar- que requieren un abordaje integral, interdisciplinar y culturalmente sensible. No obstante, estas decisiones se toman sin valorar adecuadamente el estado emocional de las niñas, niños y adolescentes, ni ofrecer acompañamiento psicológico que permita comprender, procesar y participar en ellas desde una posición de seguridad psíquica.

Las personas expertas señalan:

“Hay temas importantísimos sobre los que se adoptan decisiones en ese momento de llegada y que son vitales para las niñas o los niños”.

Margarita de la Rasilla, ACNUR

Igualmente, persiste la idea errónea de que todas las niñas, niños y adolescentes están automáticamente protegidos por el hecho de serlo, lo que lleva a no examinar sus necesidades específicas de protección internacional ni sus factores de vulnerabilidad emocional⁶³. Esta omisión resulta especialmente grave en niñas, niños y adolescentes que han sido víctimas de trata, violencia sexual, persecución o que presentan indicios de problemas de salud mental.

63. Martín Cabrera, E. (2022). La salud mental de los jóvenes migrantes no acompañados. Observatorio de la Juventud en Iberoamérica. Disponible en: <https://oji.fundacion-sm.org/descifrando-la-juventud/inclusion-social/la-salud-mental-de-los-jovenes-migrantes-no-acompanados/>



4.2.2 Inexistencia de protocolos y equipos que ofrezcan primeros auxilios psicológicos

Las llegadas por vía marítima de personas migrantes a España - principalmente a Andalucía y Canarias- suponen uno de los momentos de máxima vulnerabilidad emocional para las niñas y niños no acompañados. El sistema de recepción consolidado en estos territorios carece de mecanismos estructurados para la identificación temprana de necesidades de salud mental. Ello impide ofrecer una respuesta adecuada y dignificante para la infancia y la adolescencia desde el primer contacto.

La lógica securitaria que rige en la recepción - especialmente en instalaciones como los CATE cuyas condiciones físicas y ambientales resultan altamente inadecuadas para acoger a niñas, niños y adolescentes con experiencias traumáticas⁶⁴ - puede agravar la desconfianza institucional y bloquea posibles procesos terapéuticos.

En un primer momento, los Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencias (ERIE) de Cruz Roja realizan un triaje sanitario básico enfocado en necesidades físicas y médicas, pero sin protocolos específicos para la detección de malestar psicológico o indicadores de trauma, ni personal especializado en salud mental infanto-juvenil. En este sentido, sería importante que el personal presente en esta fase esté formado, como mínimo, en primeros auxilios psicológicos.

Si bien ha habido algunos avances, como la colaboración puntual de organizaciones como ACNUR o Save the Children⁶⁵ no se contempla, por lo general, la intervención del sistema de salud ni del servicio de protección de menores en estos primeros momentos, salvo el caso de Ceuta. Esto contribuye a invisibilizar necesidades psicosociales urgentes. Como señala UNICEF, el actual modelo de recepción no está adaptado a la infancia ni incorpora un enfoque sensible al trauma⁶⁶.

Es muy importante en este sentido, la unidad multidisciplinar de apoyo a la infancia migrante en emergencias propuesta por UNICEF España. Se trata de unidad intersectorial, multidisciplinar y de ámbito estatal que pueda atender de manera inmediata principalmente a las niñas y niños acompañados para garantizar sus derechos cuando los recursos en dichos lugares estén sobrepasados⁶⁷.

Las personas expertas señalan:

En los grupos focales realizados, diversos profesionales han advertido que la atención emocional inicial es inexistente o tardía, y que no existen protocolos oficiales ni equipos capacitados para ofrecer primeros auxilios psicológicos en el punto de entrada. Esto supone una omisión crítica en la respuesta institucional, dado que el impacto traumático del trayecto migratorio y del propio rescate marítimo puede generar respuestas agudas de ansiedad, miedo extremo, desorientación o retraimiento.

La ausencia de intervención psicosocial inmediata interfiere con la posibilidad de detectar de forma temprana cuadros de estrés postraumático, disociación, duelo migratorio o síntomas depresivos. La falta de una escucha activa, de espacios seguros y de contención emocional impide la estabilización inicial de las niñas, niños y adolescentes y eleva el riesgo de cronificación del sufrimiento psíquico, afectando directamente su bienestar a corto, medio y largo plazo.

Las personas expertas señalan:

Como han señalado profesionales de UNICEF y otros organismos humanitarios, una acogida que no garantice seguridad, calma y acompañamiento emocional puede agravar el impacto psicológico de las vivencias previas, generar retraumatización y dificultar posteriormente el establecimiento de vínculos terapéuticos o de confianza.

Por otro lado, en los territorios en los que las llegadas de infancia migrante son por vía terrestre, el proceso de recepción y registro de las niñas, niños y adolescentes suelen prolongarse en el tiempo. Esta temporalidad más dilatada no garantiza necesariamente una atención más adecuada. En este tipo de contextos, el *Protocolo Marco sobre determinadas actuaciones con menores extranjeros no acompañados* se aplica de forma más regular. Este establece que, cualquier persona que entre en contacto con las niñas, niños y adolescentes - ya sea parte del equipo técnico de un centro o personal externo- tiene la obligación de detectar y comunicar necesidades de protección. Sin embargo, en la práctica, esta responsabilidad no se traduce en la identificación activa de necesidades psicosociales o en salud mental, ni en una evaluación formal del interés superior de las niñas, niños y adolescentes.

La intervención institucional suele centrarse exclusivamente en procedimientos administrativos, como la promoción de pruebas para la determinación de la edad, sin que se realice una valoración sistemática del estado emocional de las niñas, niños y adolescentes ni de su necesidad de atención psicológica o psiquiátrica. Esta omisión perpetúa una atención fragmentada, en la que la salud mental infantil no se considera una dimensión esencial del proceso de acogida y de protección.

64. Nowak, M. (2019). The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty, pp. 448 – 452. Disponible en <https://omnibook.com/view/e0623280-5656-42f8-9edf-5872f8f08562/page/1>

65. La colaboración hace referencia a acuerdos puntuales y financiados por las propias organizaciones, que permiten su presencia en dispositivos de primera acogida (por ejemplo, CATE o espacios en frontera). No forman parte de una política estructural ni están garantizados por las administraciones públicas. Se trata de medidas excepcionales que dependen de proyectos concretos y no garantizan una presencia estable ni un abordaje sistemático de las necesidades psicosociales desde el primer momento.

66. UNICEF. (2019). Los derechos de los niños y niñas migrantes no acompañados en la frontera sur española, p. 61. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/recursos/informe-ninos-migrantes-no-acompanados.pdf>.

67. Esta unidad está formada de expertos en infancia relacionados con la identificación, evaluación del interés superior, atención social, psicológica y jurídica, protección internacional e inclusión educativa de la infancia en contexto de migración internacional.



4.2.3 Falta de información y participación de las niñas, niños y adolescentes

Uno de los principales déficits en la atención inicial a las niñas, niños y adolescentes en su llegada a territorio español es la falta de información clara, accesible y adaptada a su edad, idioma y contexto cultural. Esta carencia impide que conozcan y ejerzan sus derechos de manera efectiva, entre ellos, el derecho a solicitar protección internacional, el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, o a recibir asistencia letrada.

La falta de información adecuada no solo representa una vulneración del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño - que garantiza el derecho a ser escuchado y a participar en los procedimientos que les afecten- sino que además tiene implicaciones directas sobre su bienestar emocional. No saber qué está sucediendo, qué decisiones se están tomando o qué alternativas existen genera una sensación de incertidumbre, angustia e indefensión que puede agravar el malestar psicológico ya existente debido al trayecto migratorio o a experiencias traumáticas previas.

Las personas expertas señalan:

Como se evidenció en el grupo focal realizado para este informe, muchas niñas, niños y adolescentes llegan completamente desinformados sobre los procedimientos de protección internacional, la posibilidad de reunificación familiar o los servicios de apoyo psicológico disponibles. Este desconocimiento se ve agravado por la falta de mediadores culturales especializados y de entornos de acogida que promuevan la participación activa y segura de las niñas, niños y adolescentes.

Igualmente, aunque algunas organizaciones como ACNUR, Save the Children o CEAR brindan orientación jurídica y apoyo emocional en puntos de entrada clave, su presencia no está garantizada ni normalizada como parte estructural del sistema. Se trata de una intervención dependiente de recursos limitados y acuerdos puntuales, lo que genera desigualdades territoriales importantes en la atención inicial a las niñas, niños y adolescentes migrantes.

La ausencia de una estrategia institucional sometida para garantizar la información y participación efectiva de las niñas, niños y adolescentes compromete no solo sus derechos, sino también su salud mental. La incertidumbre, la incomprensión del entorno y la exclusión de los procesos decisorios alimentan dinámicas de desconfianza hacia las instituciones, retraimiento emocional y, en algunos casos, conductas de riesgo o rechazo del sistema de protección.

A fin de garantizar el enfoque de derechos en la primera atención, es fundamental implementar mecanismos institucionales de información adaptada, generar espacios de escucha activa desde el primer contacto, y reforzar la presencia de profesionales formados en mediación intercultural y atención psicosocial. Estos elementos son esenciales no sólo para garantizar el interés superior del menor, sino también para generar un entorno seguro y emocionalmente contenedor.

4.2.4 Barrera idiomática y cultural

La barrera idiomática y cultural representa uno de los primeros obstáculos en la primera atención a la infancia migrante no acompañada, con implicaciones directas sobre su salud mental y su acceso a derechos básicos desde el momento de la llegada⁶⁸. En contextos de alta vulnerabilidad emocional, como el rescate marítimo o la llegada por pasos fronterizos, la imposibilidad de comunicarse adecuadamente refuerza sentimientos de miedo, desprotección e incomprensión, interfiriendo con la detección temprana de necesidades psicosociales y con la construcción de un entorno seguro.

En los primeros contactos institucionales – como el reconocimiento médico inicial o el proceso de filiación-, la falta de mediación cultural especializada dificulta la comprensión de las vivencias de las niñas, niños y adolescentes y la identificación de síntomas de malestar psicológico⁶⁹. Estos espacios, que podrían ser clave para iniciar una valoración integral de su estado emocional, se reducen a intervenciones superficiales centradas en necesidades físicas o administrativas, perdiendo una oportunidad crítica para activar apoyos adecuados.

Si bien existen intérpretes en algunos puntos de llegada, no suele recurrirse sistemáticamente a ellos, o bien no están suficientemente cualificados, ni formados en enfoque de infancia, salud mental, género y diversidad cultural. Las barreras lingüísticas son, por ende, una de las primeras brechas en la atención, agravadas por la escasa actualización de los idiomas disponibles en función del origen de las personas migrantes y de sus rutas migratorias.

En este escenario, la intervención de mediadores interculturales formados y formados, con capacidad para facilitar no solo la traducción lingüística, sino también la comprensión emocional, cultural y contextual de las experiencias de las niñas, niños y adolescentes es una herramienta esencial en estos primeros momentos⁷⁰. Las y los profesionales deben ser capaces de detectar señales tempranas de sufrimiento, facilitar la comunicación con el personal sanitario o de protección y generar un espacio de confianza que permita a las niñas y niños sentirse escuchados y comprendidos.

Las personas expertas señalan:

Como buena práctica destaca el programa de intérpretes de lenguas africanas promovido por el ACNUR, que ofrece una red de mediadores con formación especializada en infancia, género y salud psicosocial.

Sin embargo, este tipo de recursos no han sido incorporados como parte estructural del sistema público de acogida, lo que supone una oportunidad perdida para ofrecer primeros auxilios psicológicos culturalmente sensibles desde el primer contacto.

68. Oficina Europea de Apoyo al Asilo. (2018). Guía acerca de las condiciones de acogida para menores no acompañados: estándares operativos e indicadores. <https://www.euaa.europa.eu/sites/default/files/Guidance-reception-unaccompanied-children-standards-and-indicators-ES.pdf>.

69. Rivera Cuello, M. (2016). Atención psicosocial al niño desplazado y refugiado. *Revista de Pediatría de Atención Primaria, Suplemento*, 25, 33-36.

70. Ararteko. (2021). *Servicio de protección para niños, niñas y adolescentes extranjeros no acompañados en Europa*, p. 71. https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_5139_3.pdf



4.3 Barreras en los centros de protección a la infancia

La identificación y atención de los problemas de salud mental de las niñas y niños migrantes no acompañados en el sistema de protección de menores representa uno de los eslabones más débiles del itinerario institucional en España.

De acuerdo con el CDN, la protección y el cuidado de las niñas, niños y adolescentes ha de contemplar no sólo sus necesidades materiales y educativas, sino también su bienestar emocional, afectivo y psicológico⁷¹. Igualmente, el Defensor del Pueblo ha aludido reiteradamente a la necesidad de una respuesta conjunta y homogénea entre CCAA, que asegure la identificación temprana de necesidades psicosociales como parte integral del deber de protección⁷².

A través del presente análisis se constata que las barreras estructurales en los centros de protección – ya sean de emergencia, primera acogida o de la red básica- dificultan gravemente la detección temprana del sufrimiento psíquico y la activación de recursos de apoyo psicológico y emocional adecuado.

En primer lugar, es preciso señalar que las barreras aumentan exponencialmente en las situaciones de contingencia. Entre los principales obstáculos se identifican: la escasez de personal especializado, la alta rotación del personal, la falta de formación en enfoque de infancia y competencias transculturales, la ausencia de mediadores culturales, condiciones institucionales adversas y la saturación de los dispositivos en regiones de alta presión migratoria.

No obstante, si bien en estos centros existen mayores posibilidades de detectar el sufrimiento emocional, la falta de equipos multidisciplinares permanentes, la escasez de recursos terapéuticos específicos y la insuficiente participación activa de las niñas, niños y adolescentes en las decisiones que les afectan, siguen constituyendo barreras estructurales para una atención efectiva y real a su salud mental.

Esta necesidad resulta urgente si se tiene en cuenta que el sufrimiento psíquico de la infancia migrante suele ser silenciado o malinterpretado, con tendencia a ser medicalizado sin espacios adecuados de escucha o contención emocional, tal y como se evidenció en los testimonios recogidos en el grupo focal.

4.3.1 Precarización del sistema

La precarización estructural del sistema de protección de menores impacta directamente en la calidad de la atención que reciben las niñas, niños y adolescentes no acompañados, especialmente en el ámbito de la salud mental. Esta precarización se manifiesta, tanto en la escasez de recursos humanos como en las condiciones laborales de las y los profesionales que trabajan en contacto directo con la infancia migrante⁷³. Igualmente, muchos centros carecen de profesionales con formación en salud mental o respuestas sensibles al trauma en sus plantillas, o disponen únicamente de atención psicológica esporádica. La falta de continuidad en la atención compromete seriamente la eficacia de cualquier intervención terapéutica, especialmente, cuando se trata de niñas, niños y adolescentes que han experimentado trauma, duelo migratorio o violencia.

71. Comité de los Derechos del Niño (CDN). (2005). Observación general núm. 6: Trato de los menores no acompañados y separados de su familia de su país de origen, §40.

72. Defensor del Pueblo (2021). El Defensor del Pueblo reclama al Ministerio derechos sociales actuaciones para mejorar la protección de los menores no acompañados. <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/ninos-ninas-solos/>; Defensor del Pueblo. (2021). La migración en Canarias (p.8). <https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/la-migracion-canarias/>.

73. Lo Coco, M.D., Calderó Delgado, C., Samy Cucurull, I. (2024). Vulneració dels drets humans de les persones migrants a Canàries. Irdia y Novact. (págs. 35 y ss). https://novact.org/wp-content/uploads/2025/02/CAT_Infancia-migrante-y-criminalizacion_v1_compressed.pdf.

4.2.5 Ausencia del enfoque de género

Una de las carencias más significativas en la primera atención a la infancia migrante no acompañada es la ausencia de un enfoque de género transversal que permita identificar y abordar de forma adecuada las necesidades específicas de niñas y adolescentes, especialmente en lo relativo a la salud mental.

Esta omisión tiene consecuencias graves sobre la protección integral de quienes han atravesado experiencias de violencia sexual o de género en el país de origen, durante el tránsito migratorio o incluso en contextos de detención y de acogida.

Las llegadas constituyen un momento crítico para la detección de indicios de trata, explotación sexual, violencia basada en género o embarazos forzados. No obstante, en la práctica, estos signos suelen pasar desapercibidos por la falta de formación especializada del personal de primera acogida, la ausencia de protocolos diferenciados y la inexistencia de espacios seguros para la expresión emocional. Esta desatención vulnera el principio del interés superior del menor y perpetúa la invisibilización de violencias específicas que requieren una intervención psicosocial inmediata y especializada.

Además, en los dispositivos de acogida inmediata no se contemplan aspectos básicos relacionados con la dignidad y el bienestar de las niñas, como la provisión de productos de higiene íntima, el diseño de espacios con privacidad o la disponibilidad de mujeres profesionales para la atención inicial. Esta falta de sensibilidad institucional refuerza el sentimiento de desprotección, especialmente entre adolescentes que han atravesado trayectos migratorios marcados por el miedo, la coacción o el abuso.

A todo ello se le suma la tendencia a no identificar como prioritarias las necesidades psicológicas derivadas de la violencia sexual o de género una vez que la niña ha sido derivada al sistema de protección.



Ante la ausencia de personal propio especializado, los centros recurren de forma habitual a organizaciones externas. Esto ralentiza los tiempos de intervención, fragmenta la atención y genera desconfianza, desorientación o reticencia en las niñas y niños, que no comprenden el itinerario terapéutico o no logran establecer un vínculo de confianza estable.

Las personas expertas señalan:

Como subrayó Francisco Collazos, referente en salud mental y migraciones, el vínculo relacional entre las personas educadoras y las niñas, niños y adolescentes es clave en los procesos de contención emocional y salud mental, por lo que el deterioro de las condiciones laborales de estos profesionales tiene un efecto directo sobre el bienestar psíquico de las niñas y niños.

En cualquier caso, es preciso apuntar que las derivaciones externas pueden representar una oportunidad si se hacen hacia entidades con experiencia en salud mental con enfoque transcultural y acompañamiento terapéutico basado en el trauma, como se ha observado en algunos casos concretos.

Por otro lado, la precarización también afecta a las propias educadoras y profesionales de los centros, cuyas altas cargas de trabajo, inestabilidad laboral y constante rotación generan desgaste emocional y burnout, limitando su capacidad para ofrecer un acompañamiento educativo y emocional de calidad. La falta de tiempo, estabilidad y apoyo profesional impiden que el personal de atención directa pueda desempeñar su función más allá de lo operativo (reparto de comida, control de horarios), quedando sin espacio ni formación para detectar signos de malestar psicológico, actuar como figura de referencia o acompañar emocionalmente a la infancia y adolescencia. Esto repercute en el rol educativo, puede deshumanizar el cuidado y refuerza un enfoque asistencialista alejado de la protección integral que exige la Convención sobre los Derechos del Niño.

4.3.2 Condiciones de los centros, saturación del sistema de protección y falta de continuidad en la atención psicosocial

Las condiciones de atención en los centros de protección para niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados tienen un impacto directo en su salud mental y bienestar emocional.

La CDN establece que, durante su estancia en estos centros debe realizarse una evaluación integral de su estado físico y emocional, asegurando condiciones de cuidado que favorezcan su bienestar general⁷⁴. Por otro lado, y siguiendo al ACNUR, estos centros, al ofrecer un entorno algo más estable que en los puntos de llegada, suponen una oportunidad estratégica para observar indicadores de malestar emocional o trastornos derivados de experiencias traumáticas como el duelo migratorio, violencia, separación familiar, abuso o trata⁷⁵.

Además La nueva Directiva (UE) 2024/1346, que sustituye a la anterior Directiva 2013/33/UE, refuerza la obligación de los Estados miembros de garantizar condiciones dignas de acogida para las y los solicitantes de protección internacional, con especial atención a las niñas, niños y adolescentes, incluyendo el acceso a servicios de salud mental, apoyo psicosocial, educación y alojamiento adecuado a su edad y situación.

74. Art. 3.2 CDN

75. UNHCR (2021), UNHCR Best Interests Procedure Guidelines: Assessing and Determining the Best Interests of the Child, p.144. <https://www.refworld.org/docid/5c18d7254.html>

Por ello, aunque en España las niñas y niños no acompañados quedan fuera del Sistema de Acogida para Solicitantes de Protección Internacional (SAPI) gestionado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, los centros de protección, fuera del sistema del Ministerio de Inclusión siendo competencia de las comunidades autónomas, deben cumplir con dichas condiciones. Sin embargo, carecen de coordinación efectiva con el Ministerio y presentan grandes desigualdades en cuanto a recursos, criterios de atención y acceso a servicios.

Y es que el sistema de protección de la infancia en España no garantiza, en ocasiones, unas condiciones materiales de acogida acordes con los estándares exigidos.

El sistema presenta diversos problemas:

- Se tiende a ubicar a estas niñas, niños y adolescentes en centros periféricos o aislados, muchas veces alejados de núcleos urbanos, lo que dificulta su vinculación con la comunidad local y profundiza su sensación de exclusión y no pertenencia. Este aislamiento espacial se convierte también en un aislamiento emocional y cultural, generando sentimientos de rechazo, baja autoestima y dificultades de inclusión que inciden de forma directa en su salud mental. Tal desconexión refuerza estigmas raciales y normaliza, tanto institucional como socialmente, su exclusión.
- Las condiciones materiales de algunos centros – naves industriales, instalaciones prefabricadas o espacios masificados- no cumplen con los estándares de dignidad exigidos por la CDN. En los meses de verano, las niñas, niños y adolescentes soportan calor extremo, cuentan con una alimentación deficiente y una infraestructura sanitaria insuficiente. Dichas condiciones no sólo vulneran el derecho a una vida digna, sino que actúan como factores de riesgo añadidos al sufrimiento psicosocial acumulado.

Las personas expertas señalan:

Tal y como expuso Ismail El Majdoubi en la entrevista, en el Estado español persiste un sistema desigual que afecta especialmente a las niñas, niños y adolescentes de origen africano, quienes son recibidos en estructuras paralelas, segregadas y frecuentemente inadecuadas.

- Es especialmente preocupante la práctica recurrente de derivar a estas niñas y niños a “macrocentros” específicos para infancia migrante, sin valorar alternativas más inclusivas y menos institucionalizadas como, por ejemplo, el acogimiento familiar. Esta forma de institucionalización masiva, junto con la desatención emocional, refuerza el sentimiento de desarraigo y perpetúa el enfoque asistencialista frente a uno centrado en los derechos de la infancia.
- La ausencia de espacios seguros y terapéuticos, en contra de las recomendaciones del Comité de Derechos del Niño, pone de relieve la importancia de entornos protectores para la recuperación de niñas y niños que han sido víctimas de violencia o se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad.

Las personas expertas señalan:

Además, en los grupos focales y entrevistas realizadas, se identificaron prácticas que pueden resultar revictimizantes, como el uso de sanciones punitivas (por ejemplo, encierros en habitaciones o aislamiento) y la falta de atención psicológica accesible.

Estas medidas, en vez de favorecer un entorno seguro, reproducen dinámicas de castigo y vigilancia, aumentando el riesgo de cronificación del sufrimiento emocional y retraumatización⁷⁶.

76. Lo Coco, M.D., Calderó Delgado, C., Samy Cucurull, I. (2024). *Vulneració dels drets humans de les persones migrants a Canàries*. Irdia y Novact. (p. 28). https://novact.org/wp-content/uploads/2025/02/CAT_in infancia-migrante-y-criminalizacion_v1_compressed.pdf



Además, la saturación crónica del sistema en comunidades con mayor presión migratoria ha generado respuestas de emergencia que priorizan la capacidad de alojamiento por encima de las necesidades de cuidado emocional. La falta de planificación y coordinación interterritorial ha derivado en centros desbordados que no garantizan una atención adecuada, ni una evaluación efectiva del interés superior del menor, en particular en lo relativo a su salud mental.

Si bien, a fin de dar respuesta a las situaciones de contingencia, es una necesidad urgente la realización de traslados desde las zonas que se encuentran saturadas, estos han de realizarse de forma debida y teniendo en cuenta las necesidades emocionales a fin de evitar que se rompa la continuidad del acompañamiento psicosocial. Los traslados deben realizarse con plenas garantías y teniendo en cuenta el interés superior de la infancia a fin de evitar la interrupción de los procesos terapéuticos iniciados, lo que dificultaría el establecimiento de vínculos estables, lo que es clave para la recuperación emocional.

A todo ello, se suma la generalización de itinerarios de acogida uniformes y poco individualizados. Si bien formalmente se plantea que los centros de primera acogida deben evaluar el interés superior del niño a fin de establecer un plan individualizado, en la práctica se siguen protocolos estandarizados que no consideran las trayectorias personales, expectativas o el estado emocional de cada niña, niño y adolescente, especialmente, en el caso de adolescentes mayores de 16 años. Esta falta de personalización, especialmente en contextos de potencial trauma y duelo migratorio, impide que el acompañamiento psicosocial sea efectivo.

El sistema, tal y como está actualmente diseñado, tiende a asumir que todas las niñas, niños y adolescentes comparten un único tipo de proyecto migratorio. Esto obvia las múltiples razones que pueden causar la migración forzada, como las situaciones de violencia, persecución o trata. Esta mirada homogénea ignora las repercusiones psíquicas de estos procesos y obstaculiza la construcción de itinerarios de inclusión desde un enfoque reparador.

La falta de articulación estructural implica que la continuidad terapéutica depende en exceso de la iniciativa y buena voluntad de entidades concretas, sin que exista un marco que garantice un seguimiento sistemático de la atención psicosocial. En este sentido, existen muchas personas trabajadoras que desarrollan sus tareas bajo presión constante y *burnout*.

Las personas expertas señalan:

Tal como se recogió en varias entrevistas y en el grupo focal, muchas personas trabajadoras se ven obligadas a centrar su actividad en tareas logísticas (gestión de horarios, reparto de comidas, control de normas), lo que deja sin espacio ni tiempo una intervención centrada en el acompañamiento emocional y educativo.

Esto es especialmente problemático en fases clave del proceso migratorio, como el periodo de adaptación en la sociedad de acogida, en el que pueden surgir sentimientos de ansiedad, culpa, duelo o frustración por no cumplir las expectativas propias o familiares. La falta de apoyo psicosocial en este momento puede acentuar el malestar psicológico y cronificarlo.

Tal y como explicó el equipo de Salud Entre Culturas, no existen protocolos formalizados ni mecanismos de coordinación interinstitucional entre los distintos actores implicados en la atención a la infancia no acompañada: centros de salud, hospitales, pisos tutelados, equipos especializados o recursos públicos.

Los efectos de esta descoordinación son múltiples. Por un lado, algunos centros no realizan un acompañamiento activo del proceso terapéutico. Esto provoca que las niñas, niños y adolescentes no sean informados de sus citas o pierdan seguimiento tras un traslado, provocando intervenciones fragmentadas y discontinuas. Igualmente, se percibe una clara desconexión entre los objetivos terapéuticos y la dinámica cotidiana de los centros, donde la salud mental no se considera una prioridad, sino un recurso excepcional al que se recurre únicamente en casos de crisis o “conductas problemáticas”.

Las personas expertas señalan:

Según Ismail El Majdoubi, esta situación responde a una lógica asistencialista de contención y no de desarrollo personal, en la que no existen proyectos educativos sólidos a largo plazo.

La saturación se acompaña de una preocupante desinversión estructural. Gran parte del sistema responde más a un modelo de gestión de emergencias que de protección integral. Esto afecta directamente al bienestar emocional de las niñas, niños y adolescentes.

4.3.3 Escasez de profesionales con formación especializada en los centros de protección y de formación específica en enfoque transcultural y de trauma

Una de las principales barreras para garantizar el derecho a la salud mental de la infancia migrante no acompañada en el sistema de protección es la falta generalizada de personal especializado. Esta carencia se manifiesta, en la ausencia de formación específica del personal educativo y técnico en salud mental, trauma, duelo migratorio, enfoque psicosocial y salud mental transcultural.

La *Guía sobre condiciones de acogida para menores no acompañados de la EUAA*⁷⁷ de 2018 dispone la obligación de garantizar el acceso a atención psicológica y rehabilitación a aquellas niñas y niños que han sufrido violencia, abandono, tortura, trata, conflictos armados o cualquier otra forma de sufrimiento psíquico. Este estándar exige que el personal que trabaja en los centros específicos esté formado para abordar estas situaciones y que existan mecanismos accesibles de derivación a atención psicológica cualificada, ya sea dentro o fuera del recurso de acogida. En la práctica, no obstante, esta atención no se garantiza de forma homogénea.

En relación con los sistemas de protección, en España las entidades públicas de protección carecen de esta formación especializada, lo que impide una protección eficaz del bienestar emocional de las niñas, niños y adolescentes y a su cargo. Esta deficiencia formativa tiene, en ocasiones, como consecuencia una escasa capacidad para identificar signos de potencial trauma, angustia emocional o sufrimiento psicosocial, especialmente cuando estos no se manifiestan de forma explícita.

Destaca, en el mismo sentido, la ausencia de exigencias mínimas en los pliegos de condiciones de los sistemas de protección: en muchos casos, ni siquiera se contempla la presencia obligatoria de psicólogas y psicólogos en los centros de acogida. Esta omisión expone a las niñas, niños y adolescentes a situaciones de sufrimiento no abordado.

77. Oficina Europea de Apoyo al Asilo (EASO). (2016). Guía de la EASO acerca de las condiciones de acogida: estándares operativos e indicadores. <https://euaa.europa.eu/sites/default/files/publications/Guidance-on-ReceptionConditions-ES.pdf>

78. Oficina Europea de Apoyo al Asilo (2019). Guía práctica del interés superior del niño. https://euaa.europa.eu/sites/default/files/Practical_Guide_on_the_Best_Interests_of_the_Child_ES.pdf.



En cuanto a la necesidad de formación específica, la *Guía práctica del interés superior del niño (EUAA)*⁷⁸ establece que la adecuada comprensión del malestar psicológico de las niñas, niños y adolescentes migrantes exige que las y los profesionales cuenten con conocimientos sobre el trauma, duelo migratorio, violencia institucional, discriminación racial y procesos de adaptación cultural. En ausencia de esta formación, se tiende a estigmatizar ciertas conductas interpretándolas como problemas disciplinarios en vez de manifestaciones sintomáticas de sufrimiento emocional no verbalizado. Esto conduce a una derivación tardía, reactiva, y a menudo, descontextualizada a los servicios de salud mental y de apoyo psicosocial, sin una estrategia preventiva ni reparadora.

Las personas expertas señalan:

En este sentido, tanto en los grupos focales como en las entrevistas realizadas para el presente informe se evidenció que el acceso a atención psicológica suele activarse sólo cuando se presentan conductas “problemáticas” mientras que el malestar silencioso – como la ansiedad, el insomnio, la apatía o la disociación- pasa desapercibido. Esta dinámica perpetúa un enfoque sancionador y asistencialista, que invisibiliza el derecho a la salud mental como parte integral de la protección.

Además, como advierte la Guía para profesionales que trabajan con niños refugiados no acompañados (ACNUR España)⁷⁹, el desconocimiento de los procesos de duelo migratorio, la ansiedad por el estatus administrativo, o la presión transnacional familiar por enviar remesas o migrar con “éxito” puede llevar a malinterpretar síntomas clínicos como fallos conductuales, contribuyendo a la cronificación del sufrimiento psíquico.

La escasez de psicólogos infantiles especializados en trauma en los dispositivos de acogida impide no solo el tratamiento adecuado de las niñas, niños y adolescentes, sino también la documentación del daño psíquico sufrido, lo que puede afectar de forma negativa a sus procedimientos de protección internacional.

Es preciso destacar como buena práctica a tener en cuenta el curso online “Salud mental e intervención psicosocial en niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados con competencia cultural y enfoque de derechos de infancia” organizado por el Programa de Psiquiatría Transcultural del Hospital Vall d’Hebron y el curso sobre salud mental e infancia migrante y refugiada acompañada desde una perspectiva sistémica liderado por la red SIRA⁸⁰.

4.3.4 Ausencia de mediadoras y mediadores con enfoque cultural

Como señala el *Handbook on European law relating to the rights of the child*⁸¹, garantizar el derecho del niño a ser escuchado exige ofrecer interpretación y garantizar mediación cultural en el idioma materno, desde una perspectiva adaptada a su edad y madurez. Sin estos apoyos, las niñas, niños y adolescentes no sólo no comprenden la información esencial que reciben, sino que quedan al margen del proceso de evaluación de su interés superior, incumpliendo los estándares de la CDN y las Directrices del ACNUR sobre interés superior del menor. Diversas fuentes especializadas (como la Guía práctica de EASO, la Safe & Sound de UNHCR⁸² o la Practical Guide on the Best Interests of the Child) subrayan que las expresiones del sufrimiento psíquico deben entenderse dentro del marco cultural de los niños y niñas.

79. ACNUR España. (2023). Guía para profesionales sobre niños y niñas refugiados no acompañados y separados. <https://www.acnur.org/es-es/sites/es-es/files/2023-04/638a08d44.pdf>.

80. Este segundo curso ya estará disponible en 2026.

81. FRA & CoE (2022). Handbook on European law relating to the rights of the child. FRA & CoE, 2022. <https://fra.europa.eu/en/publication/2022/handbook-european-law-child-rights>.

82. UNHCR. (2014). Safe & Sound: What States can do to ensure respect for the best interest of unaccompanied and separated children in Europe. <https://www.refworld.org/reference/regionalreport/unhcr/2014/en/101717>.

Esto es especialmente relevante en los procesos de evaluación psicológica en contextos de protección internacional, donde la mediación intercultural permite evitar sesgos y establecer una comunicación segura. No obstante, como refleja el informe FRA 2022: Guardianship systems⁸³, en muchos contextos europeos —incluido el español— la mediación intercultural sigue siendo una herramienta infrutilizada o mal implementada.

En el mismo sentido, entidades como ACNUR, UNICEF, FRA o PICUM han subrayado la necesidad de contar con mediadores culturales y equipos multidisciplinares especializados en trauma infantil como una condición básica para ofrecer una atención psicológica adecuada. Su ausencia obstaculiza la detección temprana de necesidades de protección internacional, especialmente en niñas, niños y adolescentes que han sufrido trata, violencia sexual, persecución o separación familiar. En el mismo sentido, el Defensor del Pueblo ha advertido del déficit de mediación intercultural en dispositivos de acogida, lo que repercute en la calidad del acompañamiento y en la creación de espacios de confianza. La figura del mediador/a no debe confundirse con la del intérprete⁸⁴.

Una de las carencias estructurales más relevantes en los centros de protección de menores es la escasa presencia de mediadores y mediadoras con enfoque transcultural formados. Esta falta de profesionalización de la mediación con enfoque intercultural genera relaciones marcadas por la desconfianza y los prejuicios, en vez de vínculos seguros, lo que perjudica el proceso de inclusión y diagnóstico de necesidades. Esto repercute directamente en el acompañamiento emocional y el acceso efectivo a la salud mental de la infancia migrante no acompañada.

Las personas expertas señalan:

Como se constató en el grupo focal, sin una adecuada comprensión de los códigos culturales, muchas reacciones emocionales comprensibles – como el retraimiento, la hipervigilancia o la agresividad- son malinterpretadas como síntomas patológicos.

De esta forma, se incurre en diagnósticos erróneos, como el abuso del “trastorno adaptativo”, invisibilizando los factores estructurales que condicionan la vivencia de niñas, niños y adolescentes: el duelo migratorio, el desarraigo, estrés postraumático o la vivencia de discriminación. La medicalización del sufrimiento migratorio no sólo distorsiona el diagnóstico, sino que contribuye a una respuesta estigmatizante y descontextualizada. De la misma forma, con demasiada frecuencia hay una tendencia a enfocarse en los eventos traumáticos poniendo énfasis en la patología y la victimización en lugar de centrarse más en la resiliencia y la movilización comunitaria, siendo la figura del mediador cultural esencial en las intervenciones⁸⁵.

83. FRA. (2022). Guardianship systems for unaccompanied children in the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2022/guardianship-systems-children-update>.

84. El mediador se trata de un profesional con formación específica en dinámicas transculturales, en enfoque de derechos y en herramientas de resolución de conflictos, capaz de traducir no sólo el idioma, sino también los códigos, experiencias y expectativas de las niñas y niños migrantes en su proceso de adaptación.

85. Evangelidou, S., Qureshi, A., & Collazos, F. (Año). Necesidades de salud mental y psicosociales de los refugiados en Europa, en Refugiados en movimiento: retos políticos, legales y sociales en tiempos de inestabilidad [Refugees on the move: political, legal and social challenges in times of turmoil], cap. 7, 2018.



4.3.5 Falta de participación de las niñas, niños y adolescentes

La ausencia sistemática de mecanismos reales de participación constituye una de las barreras estructurales más persistentes en el acceso efectivo a la atención en salud mental por parte de la infancia migrante no acompañada. Esto vulnera de forma directa el derecho a ser escuchados y a participar en las decisiones que les afectan, tal como establece el artículo 12 de la CDN.

Las personas expertas señalan:

Como se ha puesto de manifiesto en los grupos focales y las entrevistas realizadas, las niñas y niños migrantes rara vez son informados de forma adecuada sobre los procesos de derivación a servicios psicológicos o psicosociales. Como consecuencia, no comprenden por qué se les deriva, ni qué tipo de intervención recibirán, ni con qué objetivos.

Esta falta de comprensión – agravada por la ausencia de una comunicación clara, culturalmente sensible y en su idioma- no solo genera resistencia y desconfianza hacia los recursos terapéuticos, sino que refuerza un modelo asistencialista y adultocéntrico que obstaculiza su agencia.

En muchos casos, las explicaciones que se les ofrecen sobre qué es un psicólogo, en qué consiste una terapia o por qué se les cita a una consulta no están adaptadas ni lingüística ni culturalmente.

Como se ha observado a través del análisis de lo expresado en los grupos/entrevistas, existe, en ocasiones, un choque entre las concepciones culturales que algunas niñas, niños y adolescentes tienen sobre la salud mental y el enfoque biomédico occidental que predomina en los servicios psicológicos ofrecidos. En diversas culturas, el sufrimiento emocional no se expresa o comprende bajo los mismos códigos, lo que genera desconfianza y rechazo hacia figuras como las psicólogas.

En algunos casos, se asocia la atención psicológica con “estar loco” o con problemas psiquiátricos graves. Estas creencias, en ocasiones, no son abordadas ni cuestionadas desde una perspectiva con enfoque transcultural por parte del personal derivante ni por los propios equipos clínicos, lo que refuerza el estigma, desalienta la participación y fomenta el abandono o el rechazo del recurso terapéutico.

En este sentido, la falta de participación de las niñas, niños y adolescentes está directamente vinculada a la falta de formación especializada del personal en competencias culturales, que impide tender puentes entre el sistema de protección y las vivencias, narrativas y formas de expresión emocional de las niñas y niños.

Es necesaria su participación activa y significativa en los procesos terapéuticos, incluyendo la posibilidad de expresar sus necesidades, emociones, preferencias y objeciones. Esto es clave, no solo para diseñar una intervención adaptada, sino también para garantizar su adherencia a los tratamientos y su bienestar a largo plazo.

4.3.6 Ausencia de enfoque de género

Una de las principales carencias del sistema de protección a la infancia migrante no acompañada es la falta de un enfoque de género transversal, especialmente en la atención y detección de problemáticas de salud mental.

La Guía para profesionales que trabajan con niñas y niños refugiados no acompañados⁸⁶ de ACNUR España insiste en que las niñas y adolescentes migrantes enfrentan múltiples y simultáneas formas de discriminación por su edad, género, su situación migratoria y sus experiencias de violencia. Por ello, recomienda asegurar espacios específicos, confidenciales y culturalmente seguros para facilitar su expresión emocional y detectar precozmente situaciones de abuso, violencia o trauma.

Las personas expertas señalan:

Según Layla Bellach de Salud Entre Culturas las niñas y adolescentes no acompañadas suelen ser derivadas a atención psicológica por manifestaciones internalizantes, como tristeza, retraimiento o llanto, mientras que los niños lo son por conductas externalizantes, como agresividad, consumo o conflictos con las normas de los centros. Esta diferencia refleja un sesgo de género en la interpretación del sufrimiento emocional, que influye no sólo en el acceso a los servicios de salud mental, sino también en los diagnósticos y en las intervenciones posteriores.

Este tipo de diferenciación reproduce estereotipos de género en la forma en que se entiende y se aborda el malestar psicológico. *La Guía práctica de la EUAA sobre el interés superior del niño*⁸⁷ advierte de la necesidad de incorporar el enfoque de género en la evaluación de las necesidades psicosociales, subrayando que los factores culturales, las experiencias de violencia basada en género y los roles sociales asignados pueden condicionar tanto la expresión del malestar como el acceso a recursos de apoyo y protección.

Las personas expertas señalan:

Además, las profesionales de UNICEF entrevistadas para este informe alertaron sobre la falta de respuesta institucional ante indicadores claros de riesgo de trata con fines de explotación sexual, como las fugas reiteradas de niñas desde los centros.

Estas situaciones suelen normalizarse o ser tratadas como actos de rebeldía, sin activar los protocolos de prevención y protección frente a la trata establecidos en el marco jurídico internacional, lo que deja a muchas niñas expuestas a graves riesgos y sin un abordaje integral de su salud mental.

A todo ello se suma la falta de una oferta de ocio y de espacios seguros que integren perspectivas de género y de diversidad cultural.

Las personas expertas señalan:

Como señaló Alaitz Penas, “las actividades extraescolares y recreativas disponibles suelen centrarse en el deporte, con una clara predominancia de la participación masculina. Las niñas, en cambio, quedan excluidas de estos espacios o pasan más tiempo fuera de los centros, aumentando su exposición a contextos de vulnerabilidad”.

86. ACNUR España. (2023). Guía para profesionales sobre niños y niñas refugiados no acompañados y separados. <https://www.acnur.org/es-es/sites/es-es/files/2023-04/638a08d44.pdf>.

87. Oficina Europea de Apoyo al Asilo. (2019). Guía práctica de la EASO sobre el interés superior del niño en los procedimientos de asilo. https://www.euaa.europa.eu/sites/default/files/Practical_Guide_on_the_Best_Interests_of_the_Child_ES.pdf.



4.3.7 Ausencia de perspectiva de diversidad religiosa en la atención a la salud mental

La falta de una perspectiva de diversidad religiosa en el sistema de protección a la infancia migrante no acompañada constituye una barrera significativa en la identificación y atención adecuada de sus necesidades de salud mental. La vivencia religiosa y espiritual no forma parte únicamente de la identidad personal y cultural de muchas niñas y niños, sino que constituye, para muchas de ellas, una fuente de resiliencia, consuelo y sentido ante el potencial trauma migratorio y la experiencia del desarraigo.

En la práctica, esta dimensión queda invisibilizada en los recursos de acogida, tanto en los centros como en las intervenciones psicosociales.

Las personas expertas señalan:

Como señaló Alaitz Penas, las actividades de ocio y de apoyo emocional no se adaptan a los momentos religiosos clave, como el Ramadán, lo que genera malestar físico y emocional y alimenta sentimientos de incompreensión o rechazo por parte del entorno.

Esta falta de consideración impacta especialmente en adolescentes que comienzan a forjar su identidad cultural y espiritual, y para quienes el reconocimiento de su fe es esencial para su bienestar psíquico. Además, la falta de formación del personal en diversidad religiosa, junto a la escasa o nula coordinación con referentes comunitarios (como grupos juveniles de mezquitas), impide integrar esta dimensión en las estrategias de acompañamiento emocional y salud mental. Como resultado, la espiritualidad queda completamente apartada del abordaje terapéutico, lo que limita la eficacia de las intervenciones y dificulta la creación de espacios de confianza.

Esta desconexión también puede generar resistencias o falta de adherencia al acompañamiento psicológico por parte de las niñas, niños y adolescentes, que no reconocen en el modelo terapéutico ofrecido sus propios marcos de sentido ni formas de afrontamiento. El acompañamiento psicosocial debe ser culturalmente sensible e integrar la dimensión religiosa cuando sea relevante para las niñas y niños, especialmente en casos donde el potencial trauma, el duelo migratorio o el aislamiento puedan agravarse por no sentirse vistos ni comprendidos en su globalidad.

05

Barreras en el sistema de salud





05 | Barreras en el sistema de salud

Respecto del sistema sanitario, existen deficiencias transversales que impiden una atención de calidad⁸⁸. Existen múltiples barreras que dificultan el acceso al derecho a la atención en salud mental. Entre ellas, destacan la falta de planificación en función del volumen de personas atendidas, la falta de recursos sanitarios suficientes y profesionales especializados, carencias en la asistencia sanitaria en materia de traducción y mediación con enfoque cultural, la ausencia de un enfoque transcultural, de género y de infancia en el abordaje de los problemas de salud mental, así como la falta de identificación adecuada de la violencia sufrida, tanto en origen como en tránsito.

5.1 Deficiencias generales del sistema de salud público

Las barreras de acceso a la atención en salud mental que enfrenta la infancia migrante no acompañada deben analizarse también dentro del contexto más amplio de las deficiencias estructurales del propio sistema público de salud en España, que afectan a la población general y se agravan de forma especial en los casos de niñas, niños y adolescentes no acompañados en necesidad de protección internacional.

En primer lugar, el sistema público de salud presenta una infrafinanciación crónica, carencia de personal especializado – en particular, psicólogos/as clínicos y profesionales de salud mental infanto-juvenil-, y rigideces administrativas que limitan la flexibilidad en la atención.

Las personas expertas señalan:

Como se señaló en el grupo focal y en varias entrevistas, aspectos como la escasez de citas, la rigidez horaria y la saturación de los servicios constituyen barreras externas significativas para el acceso temprano y sostenido de estas niñas, niños y adolescentes al sistema.

Estas carencias se vuelven todavía más preocupantes si se considera que muchas de las niñas, niños y adolescentes presentan trastornos derivados del trauma complejo, la exposición prolongada a situaciones de violencia o la vivencia de duelos migratorios acumulativos. No obstante, el sistema tiende a priorizar intervenciones breves, poco frecuentes y altamente medicalizadas, que no responden a la complejidad de sus necesidades psicoemocionales.

Las personas expertas señalan:

Como explicó Ismail El Majdoubi en su entrevista, las únicas intervenciones de salud mental que ha presenciado suelen activarse en situaciones límite – como intentos de suicidio, autolesiones graves o brotes psicóticos-, es decir, cuando ya ha estallado la crisis.

Otro de los elementos críticos es que los dispositivos del sistema sanitario se orientan hacia diagnósticos estandarizados, lo que deja fuera en muchos casos las necesidades de niñas y niños migrantes, cuyas problemáticas no se ajustan a los marcos clínicos tradicionales. En muchos casos, los dispositivos terapéuticos del sistema sanitario se orientan hacia perfiles menos complejos o hacia diagnósticos estandarizados (como trastornos de conducta alimentaria o adicciones) lo que deja fuera a las niñas, niños y adolescentes migrantes, cuyas problemáticas no se ajustan a los marcos clínicos tradicionales.

La falta de mediadores con enfoque transcultural y la imposibilidad de garantizar una mínima comprensión idiomática hacen que muchas entidades desistan de derivar a estas niñas, niños y adolescentes, con el argumento de que “no hay forma de intervenir” si no hay comunicación efectiva.

Además, existe una ausencia de coordinación interinstitucional entre el sistema sanitario, el sistema de protección y los servicios sociales. De acuerdo con lo relatado por las profesionales entrevistadas, la ausencia de espacios sistemáticos de coordinación conduce a derivaciones innecesarias, tardías o directamente inadecuadas. Como consecuencia, los servicios de salud mental acaban recibiendo casos ya muy agravados, cuando podrían haberse atendido de forma preventiva si existiera una red de detección e intervención temprana más robusta.

La problemática respecto de la falta de coordinación no puede resolverse a través de la creación de estructuras paralelas para atender personas migrantes. Por el contrario, debe apostarse por un modelo de atención progresiva dentro del sistema público de salud, en el que todos los casos – incluidos los de las niñas, niños y adolescentes migrantes- sean inicialmente valorados desde la red ordinaria y sólo sean derivados a recursos especializados en función de su complejidad real, no de su origen étnico o estatus administrativo.

En el mismo sentido, expone que no se trata de extraer a las niñas, niños y adolescentes migrantes de sus entornos comunitarios, sino de fortalecer los dispositivos de barrio y primarios con apoyos específicos cuando sea preciso, garantizando así su derecho a una atención cercana, inclusiva y continua.

Las personas expertas señalan:

“No puedes decidir que un niño debe ir directamente a un recurso especializado solo por ser migrante. Lo que debe determinar el nivel asistencial es la complejidad del caso, no el origen del niño”.

Francisco Collazos, coordinador Psiquiatría Transcultural Vall d’Hebrón.

La mejora del sistema debe hacerse conjuntamente con las organizaciones del tercer sector, por su trabajo de acompañamiento, mediación, seguimiento y detección. La experiencia acumulada y el conocimiento de las realidades migratorias debe ser reconocido institucionalmente mediante mecanismos de colaboración estables y financiación estructurada, de modo que puedan actuar como soporte complementario – pero no sustitutivo- del sistema público.

88. Lo Coco, M.D., Calderó Delgado, C., Samy Cucurull, I. (2024). Vulneració dels drets humans de les persones migrants a Canàries. Iridia y Novact. (p. 35). Disponible en: https://novact.org/wp-content/uploads/2025/02/CAT_Infancia-migrante-y-criminalizacion_v1_compressed.pdf



5.2 Fragmentación y territorialidad del acceso a la atención sanitaria

Una de las barreras estructurales más relevantes para garantizar el acceso efectivo a la atención en salud mental de las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional es la fragmentación del sistema sanitario y la territorialización de su gestión. En el Estado español, las competencias en materia de salud están descentralizadas y transferidas a las Comunidades Autónomas, lo que genera una notable disparidad entre territorios en cuanto a requisitos, procedimientos y garantías de acceso a los servicios.

Las personas expertas señalan:

De acuerdo con lo evidenciado en el grupo focal recogido en este informe, esta diversidad competencial puede convertirse en un obstáculo significativo para la atención de esta población.

En algunas comunidades autónomas, se exigen condiciones administrativas previas que no siempre pueden cumplir las niñas, niños y adolescentes como el requisito de estar empadronados para acceder a servicios sanitarios especializados, incluidos los de salud mental.

Es el caso de algunas comunidades autónomas donde se ha señalado que la falta de empadronamiento actúa como barrera directa para el acceso a servicios, a pesar de que estas niñas, niños y adolescentes deberían estar automáticamente protegidas por su condición jurídica y situación de vulnerabilidad.

Esta situación es especialmente problemática en los primeros momentos de acogida, en los que las niñas, niños y adolescentes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad emocional y requieren atención urgente. Sin embargo, la fragmentación normativa y procedimental implica que el acceso a profesionales de salud mental, evaluaciones diagnósticas o derivaciones a dispositivos especializados dependa en gran medida del lugar donde las niñas, niños y adolescentes se encuentren, generando desigualdades territoriales.

Igualmente, la falta de protocolos estatales armonizados para la atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes dificulta la coordinación entre sistemas de protección de la infancia, centros de salud, servicios educativos y profesionales de intervención psicosocial. Esta descoordinación genera un vacío en la continuidad asistencial y en la identificación precoz de necesidades específicas, lo que impacta directamente en el bienestar emocional de las niñas, niños y adolescentes.

5.3 Barreras lingüísticas y culturales en la atención a la salud mental en el sistema de salud

Entre las barreras más persistentes y estructurales que dificultan el acceso efectivo a la atención en salud mental de las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional, destaca de forma especialmente crítica la ausencia sistemática de servicios de interpretación profesional en el sistema público de salud. Esta carencia se extiende tanto a hospitales como a centros de salud mental comunitarios, afectando de forma directa a la calidad de la atención.

Para muchas niñas, niños y adolescentes migrantes, especialmente aquellas y aquellos recién llegados o que no han tenido acceso a recursos educativos suficientes, el dominio del castellano es limitado o inexistente. Esta barrera idiomática impide una comunicación fluida con los profesionales de la salud, lo que resulta especialmente grave en el ámbito de la salud mental, donde la posibilidad de expresar emociones, vivencias traumáticas, duelos y síntomas psicológicos con precisión es esencial para una evaluación diagnóstica adecuada y una intervención terapéutica eficaz.

En este contexto, la escasez de intérpretes cualificados no sólo representa un obstáculo técnico, sino que se convierte en una forma de exclusión estructural que vulnera derechos fundamentales. La atención en salud mental requiere un lenguaje emocional complejo, matizado y culturalmente situado. Cuando las niñas, niños y adolescentes no pueden comunicarse en su lengua materna o en una lengua que dominan, se rompe la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico seguro y se debilita la confianza, la comprensión del tratamiento y la adherencia de los procesos terapéuticos.

Las personas expertas señalan:

Tal como señalaron los equipos de entidades como Salud Entre Culturas en las entrevistas realizadas, son muchas veces las propias organizaciones sociales quienes deben asumir la gestión y financiación de los intérpretes.

Esto genera una desigualdad profunda en el acceso, ya que no todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con el acompañamiento de entidades con recursos económicos y humanos suficientes para cubrir esa necesidad. Como consecuencia, la posibilidad de acceder a un tratamiento adecuado depende del contexto institucional y del territorio, reproduciendo desigualdades que contradicen el principio de equidad del sistema público de salud.

La ausencia de servicios de mediación cultural y de profesionales – que vayan más allá de la traducción literal- también impide captar elementos culturales esenciales en el relato de las niñas, niños y adolescentes, como los significados simbólicos de los síntomas, las creencias sobre la enfermedad o el papel de la espiritualidad y la comunidad en los procesos de salud y sanación.

Ante esta situación, resulta imprescindible que los servicios públicos de salud incorporen de forma estructural la figura del intérprete y del mediador intercultural como parte integral de los equipos de salud mental. Igualmente, deben explorarse vías de colaboración sostenibles con entidades especializadas en mediación lingüística y cultural, con el sistema de protección de menores y con empresas de traducción e interpretación, de modo que se garantice una cobertura suficiente, estable y equitativa en todo el territorio.



5.4 Ausencia de enfoque transcultural

Una de las barreras estructurales más relevantes en el acceso efectivo de las niñas, niños y adolescentes a servicios de salud mental es la ausencia de un enfoque transcultural sólido y transversal en los dispositivos públicos y privados del sistema sanitario.

Las personas expertas señalan:

Tal como señalaron las personas participantes del grupo focal, como otras que realizaron entrevistas para este informe, existe una falta generalizada de competencias culturales en los equipos profesionales y una escasa adaptación de los protocolos, recursos y herramientas clínicas para la diversidad de perfiles que componen esta población.

En la práctica, esta carencia se traduce en un abordaje terapéutico descontextualizado, que no siempre reconoce las formas culturalmente situadas de comprender la salud, la enfermedad y el sufrimiento psíquico. Conceptos fundamentales como “depresión”, “ansiedad”, o incluso “salud mental” pueden carecer de un equivalente directo en algunas lenguas o culturas, o ser interpretados desde marcos simbólicos distintos.

Por ello, sin una mirada sensible y culturalmente informada, estos relatos podrían ser interpretados como “resistencia al tratamiento”, “conducta desafiante” o incluso como cuadros clínicos incorrectos.

Las personas expertas señalan:

“El psiquiatra cree que son alucinaciones, pero no pregunta si el niño piensa que es un mal de ojo. Entonces, ese niño sale pensando que no lo han entendido”.

Francisco Collazos, coordinador de Psiquiatría Transcultural, Hospital Vall d’Hebrón.

Este desfase entre el marco clínico y el marco interpretativo de la persona atendida genera un quiebre en la alianza terapéutica, impide establecer vínculos de confianza y puede llevar al abandono precoz de los procesos de acompañamiento. Además, en ausencia de herramientas transculturales, muchos profesionales tienden a recurrir a un modelo biomédico y medicalizador, que prioriza el diagnóstico clínico y la atención farmacológica por encima de la escucha, la narrativa personal y los procesos psicosociales, tal y como se identificó también en el grupo focal del presente informe.

La atención a la salud mental desde una lógica biomédica desprovista de sensibilidad cultural resulta especialmente inadecuada para las niñas, niños y adolescentes. No se trata únicamente de comprender las culturas de origen, sino también de revisar las creencias propias, sesgos y marcos culturales desde los cuales las y los profesionales operan.

Las personas expertas señalan:

“El psiquiatra también tiene su propia cultura, y si no es consciente de eso, puede generar barreras invisibles para el paciente”.

Francisco Collazos, coordinador Psiquiatría Transcultural Vall d’Hebrón.

La diversidad se expresa también en la pertenencia al colectivo LGTBIQ+, a subculturas, experiencias biográficas, prácticas comunitarias o realidades como la neurodivergencia que requieren abordajes específicos y libres de juicio. Esta conciencia con enfoque intercultural e interseccional implica un compromiso ético de revisión continua de las propias prácticas profesionales y de los marcos institucionales desde los cuales se interpreta y se interviene.

Igualmente, el enfoque transcultural no puede limitarse a la figura puntual del intérprete o el mediador intercultural. Es imprescindible avanzar hacia modelos integrales que incluyan también la participación de agentes comunitarios⁸⁹. Por otro lado, resulta urgente incorporar la dimensión religiosa y espiritual en los planes individualizados de atención.



89. Por ejemplo: personas con trayectorias migratorias o culturales similares a las de las niñas, niños y adolescentes, formadas en intervención psicosocial, que actúan como puentes entre el sistema sanitario, las entidades sociales y las propias niñas, niños y adolescentes. Estos agentes pueden facilitar la creación de espacios de confianza, traducir no solo palabras sino sentidos culturales y ofrecer una mediación relacional que humanice los procesos terapéuticos.



06 | Conclusiones

La salud mental de las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional se sitúa en la intersección de múltiples vulnerabilidades, siendo uno de los aspectos más desatendidos en el sistema de acogida, protección y atención institucional en España. Si bien la normativa internacional, europea y estatal reconoce el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes independientemente de su origen o estatus jurídico a recibir atención integral y adaptada a sus necesidades psicosociales, la distancia entre el marco normativo y las prácticas reales es profunda.

Los hallazgos del presente análisis identifican las siguientes conclusiones clave:



La salud mental de la infancia no acompañada está afectada por múltiples factores interrelacionados

La salud mental de las niñas, niños y adolescentes no acompañados en necesidad de protección internacional se ve impactada por una cadena de factores acumulativos que comienzan mucho antes de su llegada al país de acogida. Muchas y muchos huyen de contextos de violencia estructural, pobreza extrema, maltrato o conflictos armados, lo que les obliga a migrar en condiciones forzadas, marcadas por la inseguridad y la falta de alternativas dignas. Durante el trayecto migratorio y a su llegada, enfrentan múltiples formas de violencia, abandono, explotación, y exposición prolongada al riesgo, lo que agrava su vulnerabilidad. A su llegada, el desarraigo cultural, lingüístico y afectivo, la separación familiar, el estigma social y la incertidumbre jurídica continúan afectando su bienestar emocional.

Estas experiencias no suceden de forma aislada, sino que se superponen, pudiendo generar un trauma complejo. Comprender esta interconexión es clave a fin de diseñar respuestas integrales, éticas y centradas en su interés superior.



El sufrimiento psíquico de las niñas, niños y adolescentes no está siendo detectado ni atendido de forma sistemática ni adecuada

A pesar de la alta prevalencia de malestar emocional y síntomas compatibles con trauma complejo, estrés postraumático o duelo migratorio, el sufrimiento psíquico de las niñas, niños y adolescentes no acompañados continúa siendo ampliamente invisibilizado. En la mayoría de los casos, no establecen contacto con servicios de salud mental o apoyo psicosocial o lo hacen únicamente cuando ya existe una crisis aguda, como intentos de suicidio, autolesiones o estados psicóticos, lo que evidencia una alarmante falta de mecanismos de prevención y detección temprana.

No existen protocolos sistematizados a nivel estatal para la evaluación inicial de su estado emocional en las fases tempranas de acogida, ni criterios homogéneos de derivación a recursos especializados. Las entrevistas realizadas evidencian que la valoración psicológica no se integra como parte esencial del proceso de protección y que el bienestar emocional es relegado frente a cuestiones administrativas o de control.

Esta ausencia de estructuras y estrategias institucionales para la identificación precoz del malestar psíquico constituye una grave forma de desprotección. En lugar de acompañar y reparar, muchas intervenciones terminan perpetuando el sufrimiento, incrementando el riesgo de cronificación o agravamiento de síntomas, desconexión emocional, desconfianza hacia los adultos de referencia y conductas de riesgo.



Las barreras de acceso a los servicios de salud mental y de apoyo psicosocial y son múltiples y estructurales

Desde el momento de la llegada, la infancia no acompañada se enfrenta a un entramado de obstáculos que dificultan de manera sistemática su acceso a una atención adecuada. Estas barreras comienzan con impedimentos administrativos y jurídicos - como la exigencia de empadronamiento para acceder a ciertos servicios sanitarios- y se ven agravadas por las diferencias territoriales marcadas entre comunidades autónomas, que generan una atención desigual y fragmentada en función del lugar de acogida.

A ello se suman obstáculos específicos en los primeros dispositivos de atención, donde la falta de condiciones adecuadas en los centros de primera acogida y la desinformación sobre los derechos y recursos disponibles generan angustia, aislamiento y desconfianza. En los centros de protección de menores, la rigidez normativa, los sistemas conductuales punitivos y la falta de espacios de escucha refuerzan la invisibilización del malestar emocional.

Por otro lado, el propio sistema público de salud mental presenta deficiencias estructurales significativas. Entre ellas, destacan la escasez de profesionales, listas de espera prolongadas, falta de formación en perspectiva transcultural, barreras idiomáticas, la carencia de intérpretes y mediadores culturales y la ausencia de protocolos de atención específicos para infancia migrante.

Estas barreras no sólo restringen el acceso efectivo a los recursos, sino que también deterioran el vínculo con las figuras adultas de referencia y erosionan la confianza en las instituciones.



El sistema de protección de la infancia reproduce dinámicas institucionales que pueden intensificar el sufrimiento emocional

Los centros de acogida para la infancia no acompañada no siempre actúan como espacios de cuidado, y en muchos casos desarrollan prácticas que pueden agravar su malestar emocional. Medidas como la retirada de pertenencias personales, la imposibilidad de comunicarse con sus familias o los sistemas de control punitivos refuerzan la desconfianza, la pérdida de identidad y el sentimiento de deshumanización.

Además, la saturación de los centros, la escasez de personal especializado y la falta de modelos de intervención adaptados dificultan la atención psicosocial adecuada. La descoordinación con el sistema sanitario, la ausencia de mediación intercultural y la rotación de profesionales impiden generar vínculos de confianza y retrasan el abordaje de situaciones de sufrimiento emocional.



El sistema de protección de la infancia presenta carencias respecto de las condiciones materiales de acogida y no cumple con la normativa europea para infancia solicitante de protección internacional

Las condiciones de atención en los centros de protección para niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados tienen un impacto directo en su salud mental y bienestar emocional, ya que son claves para ofrecer un entorno estable y de cuidado que favorezca su bienestar general.

Si bien todos los estándares internacionales y europeos son muy claros, los recursos residenciales no siempre cumplen con las condiciones materiales necesarias, especialmente si hablamos de la infancia migrante y en necesidad de protección internacional, que suelen ser ubicados en centros periféricos o aislados, lo que genera aislamiento.

La Directiva (UE) 2024/1346 refuerza la obligación de los Estados miembros de garantizar condiciones dignas de acogida para las y los solicitantes de protección internacional, con especial atención a las niñas, niños y adolescentes, incluyendo el acceso a servicios de salud mental, apoyo psicosocial, educación y alojamiento adecuado a su edad y situación.

Si bien en España las y los niños y niñas no acompañados quedan fuera del Sistema de Acogida para Solicitantes de Protección Internacional (SAPI), los centros de protección deben cumplir con dichas condiciones. Sin embargo, carecen de coordinación efectiva con el Ministerio y presentan grandes desigualdades en cuanto a recursos, criterios de atención y acceso a servicios.

Preocupa la saturación crónica del sistema en las comunidades con mayor número de llegadas, situación que ha generado respuestas de emergencia que priorizan más capacidad de alojamiento que las necesidades de cuidado emocional. Igualmente, es muy grave la práctica de derivar a las niñas, niños y adolescentes no acompañados a “macrocentros”, donde existe una clara ausencia de mecanismos estables de coordinación interadministrativa y una falta de especialización en salud mental.



El sistema de salud mental carece de una respuesta especializada que integre enfoque de infancia, migración y trauma

El sistema público de salud mental en España no está debidamente preparado para atender de forma adecuada y específica a las niñas, niños y adolescentes en necesidad de protección internacional. A sus déficits estructurales generales – como la falta de personal especializado en salud mental infanto-juvenil, la saturación de los servicios o los largos tiempos de espera- se suman barreras adicionales cuando se trata de abordar la complejidad de los procesos migratorios, los efectos del trauma acumulativo y las expresiones culturales del sufrimiento psíquico.

En numerosos casos, se observa una tendencia a priorizar diagnósticos clínicos estandarizados o intervenciones farmacológicas, en detrimento de espacios de escucha activa, trabajo psicosocial sostenido y acompañamiento emocional desde una perspectiva transcultural. Esto conduce a respuestas descontextualizadas, que no abordan de forma adecuada los síntomas derivados del trauma migratorio, el duelo por la separación familiar, el desarraigo o la violencia vivida en origen, tránsito o destino.

Además, la falta de protocolos específicos, de formación transcultural del personal y de recursos adaptados para infancia migrante debilita la capacidad del sistema para generar confianza, establecer vínculos terapéuticos sólidos y ofrecer intervenciones eficaces.



La falta de intérpretes y mediadores culturales representa una exclusión estructural

La ausencia sistemática de intérpretes profesionales y mediadores interculturales en el sistema público de salud mental constituye una barrera estructural que impide el acceso efectivo de la infancia no acompañada a una atención adecuada. En el caso de las niñas, niños y adolescentes recién llegados o con escaso dominio del castellano, no poder comunicarse en su lengua materna impide relatar con precisión sus vivencias, expresar sus emociones y contextualizar sus síntomas psíquicos.

Esta barrera idiomática afecta con especial gravedad a la atención en salud mental, donde la posibilidad de construir un lenguaje emocional compartido es fundamental a fin de establecer una alianza terapéutica. Sin esa posibilidad, los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención quedan profundamente limitados, generando malentendidos, etiquetas erróneas o abandono del tratamiento.

Además, la falta de mediadores culturales profesionales capaces de traducir no sólo el idioma, sino los códigos simbólicos y culturales del malestar- impide captar aspectos esenciales del sufrimiento emocional de las niñas, niños y adolescentes.



La falta de enfoque transcultural y de competencias culturales de los equipos profesionales impide intervenciones eficaces

La salud mental está mediada por factores culturales, religiosos y comunitarios. Las formas en que la infancia migrante expresa el sufrimiento emocional no siempre se parecen a los marcos clínicos occidentales. Si no se cuenta con una perspectiva transcultural, estas expresiones pueden ser malinterpretadas como comportamientos problemáticos, resistencias al tratamiento o síntomas clínicos descontextualizados.

Tanto en el sistema de protección como en el sistema de salud mental, existe una escasa formación en competencias culturales. Esto impide a los equipos profesionales comprender de forma adecuada el trasfondo identitario, simbólico y relacional de las niñas, niños y adolescentes. Esta falta de preparación genera intervenciones poco ajustadas, diagnósticos erróneos, una excesiva medicalización de malestares emocionales, y en muchos casos, el abandono del proceso terapéutico por parte de las propias niñas, niños y adolescentes, al no sentirse escuchados ni comprendidos.

Igualmente, la diversidad religiosa, continúa siendo invisibilizada o tratada como un obstáculo en lugar de ser incorporada como un posible recurso de resiliencia y sentido. La falta de atención a esta dimensión refuerza la percepción de desarraigo y puede intensificar la ruptura de los vínculos afectivos y culturales de las niñas, niños y adolescentes con sus comunidades de origen.



La inseguridad administrativa y jurídica agrava el sufrimiento emocional de la infancia no acompañada

La incertidumbre en materia administrativa y jurídica constituye una de las fuentes más significativas de sufrimiento emocional para la infancia no acompañada. Procesos como la determinación de la edad –a menudo cuestionados por su falta de garantías-, la demora en el reconocimiento como solicitantes de protección internacional o la posibilidad de ser excluidos del sistema de protección al cumplir los 18 años generan un estado de angustia emocional constante.

Esta inseguridad se prolonga durante meses e incluso años, sin que las niñas, niños y adolescentes reciban información clara, acompañamiento legal o contención emocional suficiente.

El miedo a quedar en situación de calle, a ser considerados adultos sin pruebas suficientes o a ser deportados sin haber podido regularizar su situación genera síntomas de ansiedad, retraimiento, desesperanza e incluso conductas de riesgo. Además, esta incertidumbre impacta negativamente en su motivación educativa, en la adherencia a procesos terapéuticos y en la construcción de un proyecto vital significativo.



La falta de coordinación interinstitucional produce respuestas fragmentadas y tardías

Uno de los principales obstáculos para una atención efectiva a la salud mental de la infancia no acompañada es la ausencia de mecanismos de coordinación entre los distintos sistemas implicados: salud, protección, justicia, educación, servicios sociales y entidades del tercer sector. Esta falta de conexión institucional genera respuestas fragmentadas, poco coherentes y altamente ineficientes, que impiden una intervención temprana, integral y sostenida.

La falta de coordinación entre el sistema de protección de menores (gestionado por las Comunidades Autónomas) y el sistema público de salud mental provoca que, en ocasiones, las niñas, niños y adolescentes no sean derivados a tiempo o que, una vez lo son, lleguen con cuadros emocionales muy agravados.

Esta descoordinación se extiende también al plano interterritorial, en el que las diferencias de criterios entre comunidades autónomas generan desigualdades de acceso y dificultan el seguimiento de los casos cuando las niñas, niños y adolescentes se trasladan de un territorio a otro.



El papel del tercer sector es esencial pero insuficiente sin respaldo institucional

Las entidades del tercer sector desempeñan un rol fundamental en la atención psicosocial a la infancia no acompañada, especialmente ante las graves carencias del sistema público de salud y protección. En muchos casos, son las únicas que proporcionan acompañamiento emocional continuado, cobertura de intérpretes y de mediadores culturales, detección temprana de malestar psíquico, derivaciones especializadas y creación de entornos seguros desde un enfoque intercultural, de derechos y de proximidad.

Sin embargo, esta labor se sostiene a menudo desde la precariedad, sin estructuras de financiación estables, con recursos humanos limitados y un escaso reconocimiento institucional. Estas entidades, a pesar de su experiencia acumulada y su proximidad al territorio, no forman parte estructural de los circuitos públicos de atención, lo que dificulta la coordinación, la sostenibilidad y el impacto a largo plazo de sus intervenciones.

Por ello, es urgente que se establezcan mecanismos institucionales estables de colaboración y financiación con el tercer sector, que reconozcan su saber experto, su capacidad de innovación y su papel complementario – pero no sustitutivo- del sistema público.





07 | Buenas prácticas

Programa de intérpretes de ACNUR

ACNUR dispone de equipos de intérpretes que abarcan las lenguas maternas más habituales en las rutas migratorias, incluyendo formación no solo lingüística sino cultural y emocional. Los intérpretes de ACNUR reciben capacitación específica en salud mental, atención sensible al trauma, ética, confidencialidad y comunicación en situaciones de alta sensibilidad. Además, la organización ha publicado un “Manual para intérpretes en procedimientos de asilo”, pionero, que aborda tanto la calidad de la traducción como aspectos de contención emocional y autocuidado para estos profesionales.

ACNUR recomienda que, fuera de consulta, intérpretes y profesionales clínicos dispongan de espacios para preparar sesiones y gestionar el impacto emocional de los casos. Esta preparación contribuye a la eficacia de la intervención y a la protección de los propios intérpretes frente a los riesgos psicosociales derivados de su trabajo.

Espacios de sanación e identidad (Colectivo Ex Menas)

Los talleres, encuentros y espacios promovidos por Ex Menas representan una innovación centrada en el acompañamiento comunitario, la generación de pertenencia y la validación de trayectorias. Al priorizar la autonomía y el aprendizaje entre pares, estos espacios constituyen lugares seguros para el desarrollo personal, fortalecimiento de la autoestima, el sentido de pertenencia y la construcción de identidad colectiva.

El programa “Referentes” aprovecha intereses espontáneos como el deporte o los estudios para crear dinámicas informales de apoyo mutuo, participación, y construcción horizontal de referentes, elementos claves para prevenir el aislamiento y el malestar psíquico prolongado.

Iniciativa de agentes comunitarios (Hospital Vall d’Hebrón, Cataluña)

Este modelo forma a jóvenes extutelados de origen migrante en intervención comunitaria y juvenil, combinando teoría y práctica en recursos del sistema de protección. Actúan como puentes entre las niñas, niños y adolescentes y los dispositivos sanitarios, ayudando en la detección precoz de malestares, en la recogida de datos de bienestar emocional y en la creación de confianza. El hecho de que estos agentes hayan vivido procesos similares refuerza su legitimidad comunitaria y mejora la eficacia del acompañamiento.

Paralelamente, el proyecto reconoce la necesidad de cuidar la salud mental de los propios profesionales y agentes comunitarios, incluyendo medidas de prevención del burnout y apoyo emocional en el desempeño de su labor.

Co-terapeutas de Save the Children: figura y trabajo en red

El modelo de co-terapia implica la intervención conjunta de dos profesionales (por ejemplo, psicólogo/a y mediador/a intercultural), que co-dinamizan la sesión terapéutica, combinando enfoques clínicos y saberes contextuales y culturales. Esta estrategia mejora la capacidad de ajuste cultural de la intervención, permite el trabajo en red entre el sistema sanitario y recursos comunitarios y facilita la creación de un espacio seguro y de confianza para las niñas, niños y adolescentes.

Parte de las sesiones tienen lugar en espacios seguros facilitados por la propia organización, a donde el sistema público puede desplazarse, lo que disminuye las barreras de acceso y favorece el trabajo colaborativo y no fragmentado.

Atención psicológica ambulatoria (Sistema de protección de menores de la Comunidad de Madrid)

El programa externo conveniado ofrece la posibilidad de recibir atención psicológica fuera del centro de protección y en entornos adaptados, gracias a la disponibilidad de intérpretes profesionales. Este enfoque reduce el posible estigma de recibir terapia en el propio centro y mejora la confidencialidad y adherencia, aunque enfrenta retos logísticos como las listas de espera y la necesidad de estabilidad en los grupos de terapeutas asignados.

Modelo de intervención específico para niñas, niños y adolescentes no acompañados y separados que quedan fuera del sistema de protección, en especial los que viven en situación de calle (UNICEF)

Este informe recoge las conclusiones principales del taller internacional “Niños y niñas no acompañados y separados que quedan fuera del sistema de protección, en particular los que viven en la calle” que tuvo lugar en Madrid en diciembre de 2019. El seminario reunió a más de 50 expertos y trabajadores de primera línea de 9 países. El informe persigue proponer un modelo de intervención para el cuidado y protección de niños y niñas no acompañados y separados que viven en la calle, proporcionando ejemplos de prácticas positivas en varios países europeos, y promocionando la creación de nuevas narrativas con y sobre ellos.



Curso de atención en salud mental para niñas, niños y adolescentes y extutelados (UNICEF y Hospital Vall d'Hebrón)

UNICEF y el Hospital Vall d'Hebrón, en colaboración con la Dirección de Infancia, han formado a más de 500 profesionales en salud mental infanto-juvenil, competencia cultural y atención psicosocial, integrando perfiles diversos del sistema de protección, sanitario y social.

El curso tiene una visión multisectorial, con módulos sobre derechos de infancia, competencia cultural, abordaje de traumas y coordinación interinstitucional. Esta formación ha impulsado la mejora de protocolos, la sensibilización en la frontera sur y la cooperación entre sectores.

Grupos de coordinación en salud mental e infancia migrante y guía para replicarlos (Melilla y Canarias, UNICEF y Centro Sira)

UNICEF ha impulsado la creación de diversas iniciativas para favorecer la coordinación en territorios clave como Melilla y Canarias, con el objetivo de identificar vacíos estructurales en la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia migrante, y proponer soluciones concretas dirigidas a las administraciones públicas. Por un lado, en Melilla, se han creado dos grupos de coordinación intersectorial formados por profesionales de los centros de acogida, atención primaria, educación y servicios de salud mental que se centraron específicamente en analizar desde un enfoque preventivo, itinerarios individualizados de los casos más graves que se detectan en la infancia migrante institucionalizada.

Por otro lado, en Canarias, el foco se amplió hacia un diagnóstico integral de las barreras del sistema público de salud mental a través de la creación en 2023 de un Grupo de Expertos en Salud Mental e Infancia Migrante y Refugiada. Participaron pediatras de unidades de atención a centros de emergencia, psiquiatras con visión transversal del sistema autonómico, responsables de la Dirección General de Salud Mental, expertas en violencia sexual y en consumo, así como trabajadoras sociales del sistema de protección. Asimismo, se ha creado en 2025 una Mesa de Salud Mental e Infancia Migrante y Refugiada, impulsada por UNICEF y convocada por Sanidad de Canarias.

Unidades móviles para infancia migrante en emergencia (Gobierno de Canarias y UNICEF)

El Gobierno de Canarias estableció unidades sanitarias de atención a la infancia en movimiento en 2020 con foco en salud física para la prevención, detección precoz, atención e intervención inmediata en llegadas por mar y en eliminar las barreras de acceso que enfrenta en específico la infancia migrante a través de la coordinación y derivaciones entre el sistema de protección de infancia y el sanitario (atención primaria y servicios especializados) hasta que la infancia migrante y refugiada ha accedido de manera normalizada al sistema sanitario.

UNICEF en 2025 impulsó la incorporación del foco salud mental a las mismas por lo que, actualmente en Canarias hay dos unidades de apoyo de este tipo con foco en salud física, salud mental y apoyo psicosocial con profesionales de la pediatría, enfermería, medicina de familia y psiquiatría. Próximamente se incorporarán profesionales de la psicología y la mediación intercultural.

Modelos internacionales de “equipos de excelencia” (Hospital Vall d'Hebrón)

Inspirándose en Canadá, Finlandia, Países Bajos y Estados Unidos, los equipos de excelencia son unidades especializadas que intervienen en casos complejos, pero garantizan la vuelta de las niñas, niños y adolescentes a la red ordinaria una vez superada la crisis, evitando la segregación y apoyando desde la formación y el asesoramiento a otros profesionales del sistema. Se da preferencia a modelos de inclusión y abordaje no segregado siempre que sea posible.

SATMI (Sant Joan de Déu, Barcelona)

El programa SATMI atiende a niñas, niños y adolescentes tutelados con un equipo especializado en salud mental y migraciones, integración de la perspectiva transcultural y coordinación permanente con servicios de protección y educación. Fomenta la atención individualizada, grupal y familiar, e incluye mediación intercultural y protocolos específicos para el trauma migratorio.

Este programa, inspirado en modelos internacionales, sitúa la mirada transcultural como eje transversal en la atención a la salud mental infanto-juvenil migrante. Estructura equipos multiprofesionales (salud mental, trabajo social, educación, mediadores culturales) y busca facilitar la comprensión del sufrimiento psíquico en clave de diversidad cultural, cosmovisión y trayectorias migratorias. Dentro de sus buenas prácticas destacan: evaluaciones iniciales culturalmente informadas, implicación activa de mediadores culturales y familiares, protocolos de atención flexible, trabajo conjunto con recursos comunitarios, formación continua en competencia cultural para profesionales.





08 | Recomendaciones



Coordinación y cooperación institucional

Reforzar la coordinación entre el sistema de protección de menores y el sistema sanitario, a fin de garantizar el acceso efectivo al sistema de salud de todas las niñas, niños y adolescentes no acompañados, impulsando mecanismos de coordinación interinstitucional e interterritorial estables (salud, protección, migraciones, justicia, educación y entidades sociales) que permitan respuestas integrales, continuas y adaptadas a las trayectorias de las niñas, niños y adolescentes.

Garantizar una respuesta conjunta y homogénea entre CCAA en la identificación temprana de necesidades psicosociales como parte integral del deber de protección, como ya ha recomendado el Defensor del Pueblo en reiteradas ocasiones.

Fortalecer la coordinación efectiva entre el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y las Comunidades Autónomas, superando la actual descoordinación entre el sistema estatal de acogida (SAPI) y los sistemas autonómicos de protección a la infancia, para garantizar el cumplimiento de la Directiva (UE) 2024/1346 en los centros de protección y eliminar las desigualdades en cuanto a recursos, criterios de atención y acceso a servicios.

Garantizar la coordinación necesaria para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial para las niñas, niños y adolescentes no acompañados, acogidos en el SAPI por el mandato del auto del TS⁹⁰.

Elaborar un protocolo de derivación en casos de urgencias en los CATE a servicios de salud mental y apoyo psicosocial que funcione de forma rápida y eficaz.

Crear una unidad multidisciplinar de apoyo a la infancia migrante en emergencias (UMAIME), que ya ha sido propuesta por UNICEF España. Se trataría de unidad intersectorial, multidisciplinar y de ámbito estatal activable por los territorios en contingencia humanitaria migratoria que pueda apoyar, y acompañar a las administraciones y/o atender de manera inmediata principalmente a las niñas y niños acompañados para garantizar sus derechos cuando los recursos en dichos lugares estén sobrepasados⁹¹.



Primera acogida y sistema de protección a la infancia

Incluir formación específica en salud mental, competencia cultural y derechos de la infancia en los planes de estudio universitarios de medicina, psicología, trabajo social, educación social, enfermería e interpretación.

Formar a los equipos de primera atención y protección (educadores/as, personal de acogida, trabajadores sociales, técnicos de infancia, intérpretes y mediadores) en primeros auxilios psicológicos, acompañamiento emocional y detección de señales de sufrimiento, con enfoque transcultural.

Promover formaciones específicas sobre interseccionalidad que aborden cómo interactúan entre sí las variables de género, migración, origen étnico o racial, religión y la edad en los procesos de atención.

Incorporar módulos sobre diversidad religiosa, racismo, islamofobia en la formación continua de todos los actores del sistema de protección y salud, garantizando una atención libre de estigmas y estereotipos.

Garantizar la presencia de intérpretes y mediadores interculturales en el sistema de protección a la infancia, de forma permanente o mediante convenios con entidades especializadas, servicios telefónicos o recursos compartidos.

Dotar al personal de los centros de protección de formación específica y continuada en trauma, migraciones, diversidad cultural y acompañamiento emocional.

Erradicar prácticas institucionales que vulneren la dignidad o la identidad de las niñas, niños y adolescentes como la uniformización forzada, el aislamiento, la retirada de objetos personales o los sistemas de castigo. Sustituirlos por estrategias pedagógicas basadas en el vínculo, la contención emocional y el respeto a su trayectoria.

Incorporar de forma transversal la perspectiva de género, con medidas específicas para niñas, niños y adolescentes LGTBIQ+ y con discapacidad, garantizando su seguridad, privacidad, bienestar emocional y atención diferenciada dentro del sistema de protección.

Establecer mecanismos seguros de contacto con las familias en origen, cuando sea viable y siempre que se considere en su interés superior, a fin de abordar temas como el desarraigo y la construcción de apoyo emocional transnacional.

Establecer en los pliegos de condiciones de todos los centros del sistema de protección a la infancia exigencias mínimas obligatorias relativas a la presencia de psicólogas y mediadores con enfoque intercultural en los centros.

Crear proyectos piloto de atención transnacional psicosocial, coordinados con organizaciones comunitarias en los países de origen para acompañar procesos emocionales que implican vínculos familiares.

90. Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Quinta (25 de marzo de 2025). ATS 9796/2025.

91. Esta unidad estaría formada de expertos en infancia relacionados con la identificación, evaluación del interés superior, atención social, psicológica y jurídica, protección internacional e inclusión educativa de la infancia en contexto de migración internacional.



Sistema sanitario

Garantizar el acceso universal de las niñas, niños y adolescentes no acompañados al sistema de salud mental.

Reforzar el sistema público de salud mental infanto-juvenil, incrementando recursos humanos, materiales y técnicos, especialmente en zonas de llegada o con alta presencia de infancia migrante y refugiada.

Formar a profesionales sanitarios en detección precoz del trauma y el sufrimiento emocional, así como en el uso de herramientas adaptadas para identificar el malestar en contextos culturales diversos.

Promover formaciones específicas sobre interseccionalidad que aborden cómo interactúan entre sí las variables de género, migración, origen étnico o racial, religión y la edad en los procesos de atención.

Incorporar módulos sobre diversidad religiosa, racismo, islamofobia en la formación continua de todos los actores del sistema de salud, garantizando una atención libre de estigmas y estereotipos.

Diseñar e implementar una guía estatal de atención a la salud mental de la infancia migrante no acompañada, basada en buenas prácticas y evidencia científica.

Diseñar un protocolo estatal armonizado para la atención a la salud mental de niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados, que establezca la coordinación necesaria entre centros de protección, sistema de salud, servicios educativos y profesionales de la intervención psicosocial.

Crear unidades de apoyo móviles por parte del sistema sanitario en contexto de contingencias humanitarias migratorias dirigidas a mejorar la prevención, detección precoz, atención e intervención en salud mental y apoyo psicosocial a la infancia con enfoque transcultural⁹².

Crear, dentro de los sistemas sanitarios de las CCAA, programas especializados en salud física y mental de niñas y niños migrantes con enfoque transcultural. Se centrarán en la prevención, detección precoz, atención e intervención inmediata en llegadas y en eliminar las barreras de acceso a través de la coordinación con el sistema de protección de infancia y de acogida de protección internacional. A su vez, deberán contar también con equipos móviles que puedan desplazarse a los centros en caso de contingencias migratorias.

Asegurar la presencia de intérpretes profesionales y mediadores interculturales formados en salud mental, identificación de trauma y primeros auxilios psicológicos en el sistema de salud mental, o en su defecto, establecer mecanismos alternativos fiables: servicios telefónicos, traducción remota o acuerdos con entidades externas.

Promover un enfoque terapéutico centrado en la escucha activa, y que priorice la contención emocional y la intervención psicosocial desde una mirada culturalmente pertinente y adaptada a cada caso.



Formación de profesionales del ámbito educativo

Promover formaciones básicas sobre salud mental e infancia migrante y refugiada en el ámbito educativo, por ser las instituciones educativas, agentes claves en la prevención y detección del sufrimiento y en el acompañamiento de las niñas, niños y adolescentes no acompañados.



Participación de la infancia

Incluir a niñas, niños y adolescentes con experiencia migratoria y desplazamiento forzado en espacios de consulta para el diseño y la evaluación de políticas públicas, asegurando su voz en las decisiones que les afecten.

Garantizar canales formales de participación infantil, mediante espacios de consulta y diálogo, donde las niñas, niños y adolescentes puedan expresar sus necesidades, ser escuchados y participar en la toma de decisiones que afecten su bienestar y proyecto de vida.

Crear materiales informativos multilingües y visuales para que las niñas, niños y adolescentes conozcan sus derechos desde su llegada, incluyendo materiales sobre salud mental, protección y asilo.

Crear mecanismos de denuncia accesibles a la infancia migrante y refugiada a fin de canalizar sus quejas y denuncias.



Colaboración con el tercer sector

Reconocer el papel del tercer sector como aliado estratégico en la atención psicosocial, mediante convenios de colaboración, concertación o financiación estructural con entidades expertas en mediación cultural, salud mental, acompañamiento comunitario y protección de la infancia.

Establecer redes de trabajo estables entre servicios públicos y entidades sociales favoreciendo una atención complementaria, coordinada y de calidad.

Incluir a organizaciones del tercer sector en las comisiones territoriales de seguimiento del SAPI y de los sistemas de protección, formalizando su papel en el diseño de estrategias.

Establecer protocolos claros de derivación y corresponsabilidad entre entidades sociales, centros de salud y servicios públicos, a fin de evitar solapamientos o abandono institucional.

92. Actualmente, a diciembre de 2025, hay dos unidades de apoyo de este tipo en proceso de creación de Canarias.



Intervención comunitaria y enfoques innovadores

Desarrollar medidas y acciones que refuercen la participación comunitaria de las niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados orientadas a fomentar su bienestar psicosocial.

Promover nuevas narrativas sobre la migración, el desplazamiento forzoso y la salud mental, basadas en el reconocimiento de derechos, la dignidad y las capacidades de las niñas, niños y adolescentes dejando atrás los discursos paternalistas, securitarios o asistencialistas.

Impulsar modelos de atención inclusivos, centrados en el relato vital, la resiliencia y la reconstrucción del sentido de vida, que acompañen a las niñas, niños y adolescentes desde una mirada humana, empática y transformadora.

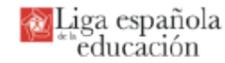
Promover espacios terapéuticos grupales, desde lo comunitario y lo narrativo, que fomenten el sentido de pertenencia y reconstrucción del relato vital.

Impulsar el uso de metodologías creativas (arte, música, fotografía, teatro) para trabajar con niñas, niños y adolescentes desde el lenguaje simbólico y emocional.

Apoyar el desarrollo de redes de agentes comunitarios formados en salud emocional e interculturalidad, que pueden actuar como referentes accesibles en el entorno de las niñas, niños y adolescentes.



Somos una red de más de 70 organizaciones de infancia





plataforma
de infancia
españa

SOMOS UNA RED DE MÁS DE 70 ORGANIZACIONES DE INFANCIA

Nuestra **misión** es proteger, promover y defender los derechos de niños, niñas y adolescentes conforme a la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas.

Nuestra **visión** es alcanzar el pleno cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes, integrando el esfuerzo de las organizaciones de infancia y de todos los agentes sociales.

Financia



www.plataformadeinfancia.org

