



**CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA EL TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO EN MENORES DE EDAD
ESPECIFICACIÓN EN ASI**

Lic. Cristina Bösenberg – Dra. Belén A González - Lic. Adriana Digangi

Comisión de Violencia y ASI del Colegio de Psicólogos de Buenos Aires R XV.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD

ASPECTO LEGAL

La figura del consentimiento informado se encuentra prevista en el art. 59 del Código Civil y Comercial de la Nación -CCCN-. Y es la manifestación de la voluntad del paciente que comprende el tratamiento a que debe someterse. Por ende, el eje central de la atención de salud está dado por el binomio médico-paciente.

ARTICULO 59.- *Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud: es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:*

- a) su estado de salud;*
- b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos*
- c) los beneficios esperados del procedimiento;*
- d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;*
- e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;*
- f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;*
- g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;*
- h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.*

Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite. Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.

Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.

Las leyes 26.529 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.- y 26.742 -Modificación de la *a priori*- establecen la obligación legal de obtener el consentimiento informado en forma previa a la realización de cualquier práctica médica e intervenciones en salud.

En cuanto a las personas menores de edad, o “incapaz de ejercicio”, el mismo CCCN en su articulado nro. 24 las identifica como:

a) la persona por nacer;

b) la persona que no cuenta con la edad y grado de madurez suficiente, con el alcance dispuesto en la Sección 2ª de este Capítulo;

c) la persona declarada incapaz por sentencia judicial, en la extensión dispuesta en esa decisión.

El inc. b) incluye a las personas menores de edad o niños en sentido amplio, lo que cabría denominar niños propiamente dicho y adolescentes, con el alcance dado por este código (Art. 25 y ss. CCCN). No obstante a ello, cabe aclarar que el inciso mencionado excluye del concepto de incapacidad a la persona menor de edad que si reúna las condiciones mencionadas: **la edad y el grado de madurez suficiente**. De esta forma predeterminan el límite entre la noción de incapacidad y de **autonomía progresiva**.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA PROGRESIVA

El art. 26 del CCCN constituye un cambio de paradigma en el discurso jurídico de los Derecho de los niños, niñas y adolescente al instaurar lo que se denomina “principio de la autonomía progresiva”, este reconoce la **capacidad progresiva de las personas menores de edad**. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que se encuentra consagrada en nuestro bloque constitucional, y en el ámbito interno la Ley Nacional N° 26.061 – Protección integral de los Derecho de Niño, Niña y Adolescente- articula el fundamento de este sistema que pone el eje en la protección en los derechos de los niños. El concepto de capacidad progresiva implica reconocer aptitudes o competencias del niño teniendo en cuenta su edad, sus características psicofísicas, su madurez y desarrollo, permitiendo a través de estas ejercer por si algunos derechos. Mientras que, en esa misma medida disminuye la sustitución de la voluntad del menor de edad por parte de sus representantes legales.

Las edades señaladas constituyen una presunción iuris tantum, que admite prueba en contrario¹. **En el caso de los adolescentes, cuando a esta edad se le asuma la calificación del tratamiento como no invasivos ni riesgoso, el adolescente presta el consentimiento por sí solo.**

ARTICULO 26.- Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona. Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Bien destaca la ley que ante ciertos tratamientos que comprometen el estado de salud o está en riesgo la integridad o vida de la persona, y habiendo un conflicto entre los progenitores: “el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta el interés superior del niño, niña o adolescente sobre la base de opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

La evolución del concepto de patria potestad, que reconoce los derechos paternos por sobre los de los menores, se ha modificado en función a centrar el eje del interés en derechos que garantizan el bienestar e interés superior del niño² en forma prioritaria.

¹ WIERBZA, Sandra “Los adolescentes y las decisiones sobre su salud en el Anteproyecto de Reforma del Código Civil y Comercial de la Nación”, Infojus, 2013, Derecho Privado, ps. 125/16

² EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE PATRIA POTESTAD

Cabe destacar que relación entre padres e hijos fue definida a partir del concepto de patria potestad. La democratización de las relaciones familiares por un lado, y la autonomía de los miembros de las familias por el otro, llevan a reivindicar este vínculo. En sus inicios, la patria potestad fue exclusivamente un derecho reconocido

PRINCIPIOS QUE RIGEN LA RESPONSABILIDAD PARENTAL

En el artículo subsiguiente se introduce una técnica de principios generales sumamente útil. Así, la responsabilidad parental se rige por los siguientes principios:

ARTÍCULO 639.- Principios generales. Enumeración. La responsabilidad parental se rige por los siguientes principios:

a) el interés superior del niño;

Este concepto general que la Ley 26.061 lo desarrolla señalando que comprende: “a) Su condición de sujeto de derecho; b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y

en función de los intereses paternos, dicho de otra manera, no se podía concebir otro modo de vinculación familiar entre padres e hijos que no fuera la determinada a partir de la prevalencia de la figura patriarcal, esto es, la potestad del padre frente a su mujer y desde luego, a sus hijos menores de edad. Con el pasar del tiempo este concepto fue adoptando nuevas lecturas, en 1985 a través de la Ley 23.264 los hijos dejaron de gozar de derechos según su origen y la situación jurídica de los padres – filiación matrimonial y extramatrimonial-, mas tarde, el art. 264 del derogado CCiv definió a la patria potestad como “...**el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos y mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado**”, concepto centrado en la actuación de los deberes y derechos por parte de los padres en la protección y formación de sus descendientes.

Sin embargo, este concepto de patria potestad tuvo que ser reformulado a luz del art 18 de la CDN – con jerarquía supralocal (Art 75 inc. 22 CN) que dice: “**Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño**”. Dado cuenta, el foco de la derogada normativa no terminaba de definirse a favor de la centralidad de los derechos de los hijos sino en la autoridad de sus padres. En el 2005 con la sanción de la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes se les reconoce a los niños su condición de sujeto de derecho, y la posibilidad de ejercerlos conforme a la madurez y grado de desarrollo. Así, la noción inicial de patria potestad comienza a mutar al advertirse que los padres en realidad ejercen una función dirigida a posibilitar y asistir a sus hijos en el ejercicio de sus derechos, y a acompañarlos para la adquisición de su plena autonomía. En esta línea se concibió nuestro actual Código Civil y Comercial, que materializa en el plano legal el escenario referido.

En este sentido, el art. 638 define la referida institución del siguiente modo: “**La responsabilidad parental es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado.**”

adolescentes y las exigencias del bien común; f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia. Este principio rige en materia de patria potestad, pautas a las que se ajustarán el ejercicio de la misma, filiación, restitución del niño, la niña o el adolescente, adopción, emancipación y toda circunstancia vinculada a las anteriores cualquiera sea el ámbito donde deba desempeñarse.”.

b) la autonomía progresiva del hijo conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo. A mayor autonomía, disminuye la representación de los progenitores en el ejercicio de los derechos de los hijos;

Se refiere a la posibilidad que va adquiriendo los niños para tomar decisiones sobre sus derechos fundamentales, conforme el estado de un cierto grado de madurez y desarrollo, y que tiene que ser valorado en cada caso concreto.

c) el derecho del niño a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez.

Esta es una condición derivada de la condición de sujeto de derecho del niño (art 12 CDN). La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierna y a participar de las decisiones sobre su persona (art. 707), debiendo tener en cuenta su opinión conforme su grado de madurez y discernimiento, y la cuestión debatida en el proceso. ³

³ La inclusión de la noción de autonomía de la voluntad no puede ser tenida en cuenta – en el régimen familiar- sin valorar el concepto de capacidad civil. La autonomía progresiva pone en crisis la regulación tradicional de la capacidad civil frente a la situación de niños y adolescentes. Esto sucede porque los conceptos de capacidad/incapacidad son rígidos y no conciben criterios más flexibles propios del “caso por caso”. Así, aunque en el ámbito bioético, comenzó a aplicarse el concepto de la competencia, entendiendo a este como: la capacidad de una persona para recibir información, comprenderla, opinar y finalmente, tomar una decisión, independientemente de ser capaz o incapaz para la ley civil.

Tal como mencionamos, factores como la edad por un lado, y la madurez determinada por un grado de desarrollo por el otro, permiten a la persona menor de edad comprender, razonar y formar opinión sobre cuestiones relativa a sus derechos personalísimo – como ser la salud, el honor, la integridad física, entre otros-

La competencia no se obtiene en un momento definido sino que se va formado con el paso del tiempo y la adquisición paulatina de la madurez. En este sentido, la Opinión consultiva N°17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos afirma que se “... ***deberá tomar en consideración las condiciones específicas del menor y su interés superior para acordar la participación de éste, según corresponda, en la determinación de sus derechos. En esta ponderación se procurará el mayor acceso del menor, en la medida de lo posible, al examen de su propio caso.***”(Párrafo 102)

Ahora bien, rediseñado el régimen jurídico tradicional de “patria potestad”, en este contexto más contemporáneo, la autonomía progresiva constituye un elemento clave para independizar la determinación del niño que represente aptitud suficiente, de la voluntad y/o decisión de sus representantes legales, y por lo tanto,

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE AMBOS PADRES

El CCCN sí exige la participación de ambos padres -siempre que haya un doble vínculo filial-, mediante la prestación de un consentimiento expreso, concreto e individual, es decir, para el acto puntual de que se trata, enumerados en el art 645. Ellos son:

- a) ***autorizar a los hijos adolescentes entre dieciséis y dieciocho años para contraer matrimonio;***
- b) ***autorizarlo para ingresar a comunidades religiosas, fuerzas armadas o de seguridad;***
- c) ***autorizarlo para salir de la República o para el cambio de residencia permanente en el extranjero;***
- d) ***autorizarlo para estar en juicio, en los supuestos en que no puede actuar por sí;***
- e) ***administrar los bienes de los hijos, excepto que se haya delegado la administración de conformidad con lo previsto en este Capítulo.***

En todos estos casos, si uno de los progenitores no da su consentimiento o media imposibilidad para prestarlo, debe resolver el juez teniendo en miras el interés familiar. Cuando el acto involucra a hijos adolescentes, es necesario su consentimiento expreso.

Finalmente y para todos los supuestos, sea que uno de los progenitores niegue su consentimiento o exista imposibilidad de prestarlo, la decisión le compete al juez.

va a permitir el ejercicio de determinados derechos por parte del hijo por fuera del ámbito de la presentación legal. ³

Tal como nos referimos en la mencionada Observación 12, cuanto más cosas sepa, haya experimentado y comprenda el niño, más deben sus padres, tutores y otras personas legalmente responsables del niño transformar la orientación en meros consejos, hasta llegar a un pie de igualdad. Determinación que no presenta un punto fijo en el desarrollo del niño, sino que se adquiere de manera paulatina.

AMBITO PSICOLÓGICO

Sin duda lo ideal para el trabajo psicológico clínico con un niño sería el acuerdo de ambos padres y/o tutores legales del niño. Si bien a efectos del tratamiento sería deseable que ambos pudieran consentir en el tratamiento por diversas razones que tendrían que ver con el hecho de habilitar emocional y psicológicamente al niño para el trabajo terapéutico o analítico que se le propone, lamentablemente no siempre se dan estas condiciones y la entrevista sucede en el marco de un conflicto entre los padres.

En caso de conflicto o desacuerdo es importante destacar que por encima de cualquier código de ética profesional, se encuentran los parámetros de la ley nacional que ya fueron expuestos en el capítulo anterior. **Es decir que cuando el niño/a aún no ha adquirido la madurez suficiente para determinar su consentimiento, basta con el consentimiento de uno de los padres para que se realice un tratamiento psicológico.** Entendiendo que el mismo es en el interés superior del niño y siempre y cuando un juez no determine lo contrario.

La **Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA)** presenta la cuestión del consentimiento informado del siguiente modo:

1. - **Consentimiento informado:**

1.1.- Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respeto por la autonomía de las personas, entendiendo que dicho consentimiento es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto; lo que implica capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente sobre la práctica de la que participará, incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación. Se entiende que dicho consentimiento podrá ser retirado si considera que median razones para hacerlo.

1.2.- **La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables.**

1.3.- **En los casos en los que las personas involucradas no se encuentren en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el**

consentimiento de los responsables legales. 1.4.- Aún con el consentimiento de los responsables legales, los psicólogos procurarán igualmente el acuerdo que las personas involucradas puedan dar dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita y cuidaran que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad. 1.5- **En los casos en los que la práctica profesional deba ser efectuada sin el consentimiento de la persona involucrada, como puede ser el caso de algunas intervenciones periciales o internaciones compulsivas, los psicólogos se aseguran de obtener la autorización legal pertinente y restringirán la información al mínimo necesario.** 1.6.- El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo parte de su responsabilidad interrumpirla si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.

El Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires que, incluye las modificaciones de la resolución N° 729 del 18 de agosto de 2000,

- **Capítulo II: Responsabilidad Profesional** ubica el tema de los tratamientos con menores de edad diciendo: Art. 11. - **En caso de tratar a menores de edad, el psicólogo deberá obtener el consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales. Sólo actuará sin él cuando razones de urgencia así lo exijan, caso en el que se recomienda recabar la opinión o actuar conjuntamente con otro colega.**
- En el **Capítulo III: Deberes hacia los consultantes** establece que: Art. 18.- **El psicólogo está obligado a asistir a los solicitantes de sus servicios profesionales cuando la importancia del problema así lo imponga,** y, hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de su asistencia, sea posible delegarla en el profesional o servicio público correspondiente. Art. 19.- El psicólogo debe propender a que los pacientes gocen del principio de libertad de elección del profesional. Art. 20.- En su ejercicio profesional el psicólogo debe establecer y comunicar los objetivos, métodos y procedimientos que utiliza, así como sus honorarios y horarios de trabajo. Art. 22.- Es deber del psicólogo respetar la voluntad del consultante cuando sobreviene su negativa a proseguir bajo su atención.

El Código de la American Psychological Association (APA), en su versión 1992, en el Capítulo 4. Terapia: sitúa el Consentimiento Informado para la terapia fijando que: a) Los psicólogos obtienen el adecuado consentimiento informado para la terapia o procedimientos similares, usando un lenguaje razonablemente comprensible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variará dependiendo de muchas circunstancias; sin embargo, implica generalmente que la persona (1) tiene la capacidad para consentir, (2) ha sido provisto de la información significativa relativa al procedimiento, (3) ha manifestado el consentimiento libremente y sin influencias indebidas, y (4) el consentimiento ha sido adecuadamente documentado. b) **Cuando las personas son incapaces legalmente de dar su consentimiento informado, los psicólogos obtienen el permiso informado de una persona legalmente autorizada, si tal consentimiento sustituto está permitido por la ley.** c) Además, los psicólogos: (1) informan a esas personas legalmente incapaces de dar consentimiento informado, sobre las intervenciones propuestas, y lo hacen midiendo sus capacidades psicológicas, (2) procuran su acuerdo con esas intervenciones, y (3) **tienen en cuenta las preferencias y los mejores intereses de tales personas.**

- El Código de la American Psychological Association (APA), en su versión 2002, (vigencia 1º de marzo de 2003) dice lo propio en el Capítulo 3. Relaciones Humanas y en el Capítulo 10. Terapia en los siguientes términos: 3.10 Consentimiento informado (a) Cuando los psicólogos conducen investigaciones o prestan servicios de evaluación, terapia, counseling, en persona o por vías de transmisión electrónica u otras formas de comunicación, obtienen el consentimiento informado del o los individuos, utilizando un lenguaje que sea razonablemente comprensible para la o las personas, excepto cuando llevar adelante tales actividades sin consentimiento esté autorizado por ley o regulaciones gubernamentales o esté establecido en este Código de Ética. (Ver también Normas 8.02, C. I. en la investigación; 9.03, C. I. en evaluaciones; y 10.01, C. I. en terapia). (b) **En el caso de las personas legalmente incapaces para dar consentimiento informado, los psicólogos igualmente (1) proveen una explicación apropiada, (2) procuran el acuerdo del individuo, (3) consideran las preferencias y los mejores intereses de tales personas, y (4) obtienen el permiso apropiado de una persona legalmente autorizada, si tal consentimiento sustituto está permitido o requerido por ley. Si no lo estuviera, los psicólogos toman las medidas razonables para proteger los derechos y el bienestar del individuo.** (c) Cuando los servicios psicológicos sean indicados o autorizados por la justicia, los psicólogos informarán al individuo antes de proceder sobre la naturaleza de dichos servicios, incluyendo si fueron o no indicados o autorizados por la justicia y los límites de la confidencialidad. (d)

Los psicólogos documentan apropiadamente el consentimiento escrito u oral, el permiso y el asentimiento. (Ver también Normas 8.02, C.I. en la investigación; 9.03, C.I. en evaluaciones; y 10.01, C.I. en terapia.)

CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo expuesto, los códigos en general contemplan que:

1. En el caso de niños/as menores de trece años, se obtendrá el consentimiento informado de un adulto legalmente responsable. En la coparentalidad cualquiera de los adultos responsables está capacitado para brindar ese consentimiento. No contradice este principio ninguno de los códigos de ética profesional investigados.
2. Si surge un conflicto entre los padres, será la justicia la que determinará la suspensión o prosecución del tratamiento en curso.
3. El código de Ética de Fepra, cap 2 Art. 11. – contempla inclusive, al igual que otros, la posibilidad de actuar como profesionales sin el consentimiento de los representantes legales del niño, cuando razones de urgencia así lo exijan, y teniendo en cuenta el mejor interés de la persona asistida recomendando recabar la opinión o actuar conjuntamente con otro colega.
4. En el caso de tratamientos e intervenciones no tradicionalmente establecidas y protocolizadas, el psicólogo siempre deberá tomar las medidas razonables para proteger los derechos y el bienestar del individuo, del paciente.
5. No se explicita en la ley, ni en los protocolos del Psicólogo la obligación de citar a otros representantes legales del niño en el caso que los hubiera para solicitar consentimiento y/o informar el inicio de tratamiento con el niño/niña. No es obligación del psicólogo gestionar el consentimiento de todos los representantes legales. Y siempre debería ser el objetivo de la intervención del mismo velar por el interés superior de su paciente aunque sea niño/ña.

Está pasando en la práctica profesional que el psicólogo busca cubrir lo que el sentido común y ciertas prácticas judiciales han instalado como modo operandi para la práctica clínica con niños, priorizando el interés del adulto por encima de la seguridad y restitución de derechos del niño/a y sujetos vulnerados.

La entrevista psicológica con padres, dentro del proceso diagnóstico y clínico con niños/as, debe responder al interés y necesidades de la

prosecución del tratamiento con el niño y a garantizar la salud y bienestar del mismo.

Es decir:

Si un padre y/o representante legal solicita tratamiento psicológico para un niño/niña a su cargo, el psicólogo puede responder a la demanda. Legalmente nada impide a alguno de los progenitores y/o representantes legales de un menor solicitar el inicio de un tratamiento o evaluación psicológica para el niño/a si lo considera en el mejor interés para ese niño. Si al respecto surgiera un conflicto entre los padres y/o representantes legales, es el juez quien debe decidir al respecto tomando en cuenta el interés superior del niño/a.

En términos prácticos, la parte en desacuerdo deberá dirigirse al juzgado con la finalidad de revocar la intervención de un psicólogo y será el juez quien lo determine. No pueden amedrentar ni amenazar al profesional psicólogo tratante. El mismo además tiene la facultad de decidir las intervenciones que considera ética y profesionalmente más adecuadas para resguardar la seguridad y salud física y emocional de su paciente. (Cómo lo indican y contemplan los códigos de Ética de la Profesión). En este sentido la decisión de entrevistar a los adultos referentes del niño/a, debe estar de acuerdo a las conveniencias las garantías del niño/a – paciente y la posibilidad de continuar intervención profesional optima en función del paciente.

El compromiso ético del psicólogo esta con su paciente y ejercicio profesional y no con las demandas de los posibles representantes legales u adultos e instituciones en el caso de tratamiento con niños. Exceptuando lo requerido por un juez.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CASOS DE NIÑOS VICTIMAS Y/O TESTIGOS DE AGRESIONES SEXUALES

“... Probablemente, a esta altura, quedan pocas dudas de que el abuso sexual infantil constituye uno de los traumas psíquicos más intensos y de que sus consecuencias son sumamente destructivas para la personalidad.

Es posible comparar sus efectos al de un balazo en el aparato psíquico: produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional, que hacen muy difícil predecir cómo cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas...”

INTEBI IRENE, 2008

ANTECEDENTES

En la actualidad podemos señalar una serie de factores que dificultan las intervenciones de colegas psicólogos que se vinculan profesionalmente interviniendo en casos de agresiones sexuales, especialmente cuando se trata de niños/as.

Si tiempo atrás un sujeto acusado de haber agredido sexualmente a un niño/a tendía a desaparecer de la escena, hoy en día muchas veces asistimos a un escenario distinto, el presunto agresor intenta tomar dominio activo de la escena resistiéndose a perder la capacidad de manipular al niño, su familia e incluso el ámbito de tratamiento psicológico de la niña/o. Los modos mediante los cuales intentan perpetuar la situación de abuso son diversos, desde ser el que lleva y trae al niño a su tratamiento, buscando operar sobre la madre, o interfiriendo en los espacios psicológicos de los niños amedrentando y agrediendo de diversas maneras, inclusive judiciales a las/los psicólogos a cargo.

Existen registros y experiencias históricas que dan cuenta de cómo los dispositivos analíticos fueron perfeccionándose en pos de proteger adecuadamente a las personas vulneradas. Un hito importante en esto fueron

los desarrollos teóricos, muchos de ellos feministas, que comienzan a postular la necesidad de mantener el secreto sobre los espacios en los cuales las víctimas de violencia doméstica recibían apoyo psicológico, grupal e incluso de vivienda. La protección establecida para las mujeres que padecían las agresiones respondía a evitar que corra riesgos su integridad psico-emocional una vez que han comenzado el proceso de develamiento de la violencia. La protección está en el hecho de que la víctima este protegida para que al momento de develar el sufrimiento no esté al alcance de su agresor y las posibles medidas de acallamiento que el mismo puede ejercer sobre la víctima en forma retaliativa.

Si desde lo social, en muchos países, se contemplaron e implementaron dispositivos acordes a estos parámetros para la protección de mujeres víctimas de violencia doméstica, por qué no existe la misma sensibilidad para la protección de niñas y niños que comienzan con el proceso de develamiento del abuso que viven.

Porque se insiste, aún bajo la penalización de profesionales, por ejemplo que se debe citar, entrevistar, pedir el consentimiento y poner al corriente a una persona supuestamente identificada como perpetrador por las víctimas al momento en que la misma han comenzado a develar y pedir ayuda? Es claro que esta insistencia en el control de la situación parte de los presuntos agresores y de las fracciones institucionales que los avalan y protegen muchas veces desde ideologías patriarcales y obsoletas, desconociendo los riesgos de la persona vulnerada, la legislación que los protege y las buenas prácticas profesionales que al respecto se han instalado en la historia de las distintas disciplinas avaladas por casuística y revisiones teóricas. Contrariamente a implementar estas medidas de protección a una niña/o sobreviviente y testigo único de agresiones sexuales, muchas veces se ataca desde lo institucional a los adultos protectores y a los profesionales que intervienen como testigos de lo que el niño expresa arrojando a los más vulnerables arrojándolos en algunas oportunidades nuevamente a los brazos de sus agresores.

Desde la comprensión de la realidad que viven los niños y niñas abusados puede situarse el hecho de que el mismo comience a develar como la instauración de una situación de emergencia y en este punto retomar lo que establece el **Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires que, incluye las modificaciones de la resolución N° 729 del 18 de agosto de 2000**, en el **Capítulo II: Responsabilidad Profesional** ubica el tema de los tratamientos con menores de edad diciendo: Art. 11. - **En caso de tratar a menores de edad, el psicólogo deberá obtener el consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales. Sólo actuará sin él cuando razones de urgencia así lo exijan**, caso en el que se recomienda recabar la opinión o actuar conjuntamente con otro

colega. Buscando asesorarse y actuar en red con otros efectores antes que develar a los tutores y/o representantes legales lo revelado por el niño. Esto se realiza cuando se tiene en claro por los dichos del niño/niña quien o quienes son los agresores y con qué figuras emocionalmente significativas cuenta y tendrían la capacidad para protegerlo.

OCHOTORENA y ARRUBARRENA MADARIAGA en el *Manual de Protección Infantil*, en el capítulo 5 “Investigación de Situaciones de Desprotección Infantil”, Fuentes de información que se van a consultar y secuencia temporal, indican:

*...“En algunos casos, como en las sospechas de abuso sexual intrafamiliar, puede no ser adecuado acceder en primer lugar a los padres. En estas situaciones el testimonio del niño suele constituir una fuente de información muy importante, e incluso hay ocasiones en que la verificación del abuso se basa de manera exclusiva en el relato del niño. En estos casos si el padre/madre abusivo es conocedor que se está llevando a cabo la investigación es probable que amenace, coaccione o presione al niño para que niegue ante el investigador que el abuso se ha producido. De ahí que se considere preferible entrevistar al niño antes que a los padres, y sin la presencia de estos. En el caso de abuso extrafamiliar y cuando no son los padres los sospechosos de haber cometido el abuso, se permite su presencia durante la entrevista al niño”*⁴...

Es decir que en el caso de que hubiera sospechas fundadas que uno de los padres es el agresor, el hecho de citarlo para lograr el consentimiento para el proceso de investigación es principalmente poner en conocimiento del mismo que la persona y/o niño victimizado está comenzando a revelar dándole la posibilidad de tomar medidas y represalias sobre el mismo. Este hecho es gravísimo y fue contemplado ampliamente en el tratamiento con víctimas de violencia donde poner en conocimiento al agresor de que la persona victimizada comenzó a buscar una salida al atrapamiento en el circuito de la violencia es generar las condiciones para que dicho agresor tome represalias y se aborte toda esperanza de ayuda y salida para la persona violentada a la vez que esas represalias pueden ser letales y/o altamente lesionantes física y psíquicamente. Esta registrado que este dar aviso al agresor sobre el develamiento lleva al niño vulnerado a retractarse y silenciar, quedando nuevamente sumergido en una situación de mayor vulneración, ya que intentó defenderse y el agresor demostró que eso “es imposible para él”.

⁴ OCHOTORENA J P, ARRUBARRENA MADARIAGA M I, *Manual de Protección Infantil*, MASSON, Barcelona 1996. Pp 165

se encamina así lo estudiado como el Síndrome de Indefensión Adquirida que refuerza paradójicamente la dependencia, sumisión y adaptación al abuso.

Otro lineamiento importante es considerar lo expuesto por la *GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS, Para el abordaje de niños/as. adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos*⁵, en el marco del Capítulo 4 “Abordajes y seguimiento de la NNyA y su familia”, se enfatiza la necesidad e importancia de tomar las medidas de precaución necesarias para “reducir la oportunidad de que el imputado pueda amenazar o intimidar a la NNyA”. Como tales se consideran las medidas precautorias que provee la ley, perímetros, exclusiones, entre otras. Estas instancias también debieran resguardar el espacio terapéutico de los NNyA en riesgo. Inclusive se recomienda designar un profesional que “sirva como contacto para responder a las consultas e inquietudes de los integrantes de la familia”⁶. Si bien esto está desarrollado como indicaciones de procedimiento para ámbitos de legales y forenses, podría sobre la misma base argumental establecerse que el profesional que pudiera estar a cargo de las entrevistas con familiares de los imputados y/o sospechosos de ASI, de acuerdo al relato de acontecimientos aportados por el niño/a sea otro profesional que el terapeuta del niño, a fin de resguardar el espacio terapéutico para el NNyA y evitar el contacto que pudiera ser amedrentador, inhibir el proceso de develamiento y contaminador del terapeuta que atiende al niño.

De acuerdo a lo expuesto en el presente documento el psicólogo está autorizado a atender a un niño/a con la autorización de uno de los padres, y en el caso que se revelen situaciones de ASI, la decisión de citar al adulto “presunto perpetrador”, debe ser una acción evaluada estratégicamente en función al interés superior del niño. Desde nuestro lugar de psicólogos implica actuar en función a resguardar la salud de nuestros pacientes.

⁵ UNICEF, ADC, JUFEJUS,

⁶ Ibid, pp67