

ÉTICA Y PSIQUIATRÍA INTERNACIONAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Adrian Sondheimer & Joseph M Rey

Editores: Matías Irrarzával, Andres Martin, Laura Revert & Daniel Martínez

Traductores: Paula Cox, Joaquín Gil Badenes & Jon Iñaki Etxeandia Pradera



Hipócrates rechazando los regalos de Artajerjes
Anne Louis Girodet de Roucy-Trioson (1792)

Adrian Sondheimer MD,
FAACAP

División de Psiquiatría del
Niño y del Adolescente, SUNY
Escuela de Medicina de
Buffalo, NY, USA.

Conflicto de intereses: ninguno
reportado.

Joseph M Rey MD, PhD,
FRANZCP

Profesor de Psiquiatría de la
Universidad de Notre Dame,
Escuela de Medicina de
Sydney; Profesor Honorario
de la Universidad de Sydney,
Escuela de Medicina, Sydney,
Australia.

Conflicto de intereses: Ninguno
reportado.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden no estar disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2017. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au.

Cita sugerida: Sondheimer A, Rey JM. Ética y Psiquiatría Internacional del Niño y del Adolescente (Irrarzával M, Martin A, Revert L, Martínez-Uribe D, eds. Cox P, Gil J, Etxeandia J, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.

De una manera reflexiva y deliberada, el capítulo inicial del primer libro de texto de IACAPAP sobre salud mental infantil y adolescente se centra en la relación entre la ética y el campo. Si bien este capítulo se enfoca en los profesionales médicos, la mayoría de los problemas éticos discutidos se aplican a todos los profesionales de la salud mental (por ejemplo, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería, terapeutas) que tratan a niños y adolescentes. A menos que se especifique lo contrario, “niño” se usa para referirse a todas las personas menores de 18 años, “padre” representa a padres y tutores, “psiquiatra infantil” significa psiquiatras de niños y adolescentes, y “psiquiatría infantil” significa la disciplina de psiquiatría infantil y adolescente.

La psiquiatría infantil es una subespecialidad de la psiquiatría, y la psiquiatría es una especialidad médica. La medicina está intrínsecamente diseñada para luchar contra cualquier cosa que afecte al cuerpo y la mente humanos, y atrae a los profesionales que así lo desean. Si uno definiera la ética como esa línea intelectual de investigación que se enfoca en lo correcto y lo incorrecto de los comportamientos humanos (American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 2005) entonces la medicina es un ejemplo entre las profesiones en esta área, como una dedicada vocación a beneficiar a la condición humana tanto individual como colectivamente, está fundada y se basa en tratar de hacer “lo correcto”. Por lo tanto, la profesión médica y su práctica parecen claramente basadas en una perspectiva ética. Si solo, sin embargo, los asuntos pudieran ser vistos tan simplemente. De hecho, el estudio de la ética se centra más comúnmente en las complejidades de la condición humana que, por definición y experiencia, generalmente se compone de áreas grises, complicadas y turbias. Rara vez una investigación ética parece ofrecer contrastes en blanco y negro. Eso hace que la reflexión de preguntas éticas sea interesante.

La psiquiatría, más que cualquier otra especialidad médica, intenta enfocarse igualmente en la mente y el cuerpo (Slavney, 1993). Idealmente, la especialidad se esfuerza por integrar los dos, ya que sus funciones están ambas mediadas por el cerebro. Por lo tanto, la perspectiva de la psiquiatría abarca los procesos cognitivos, afectivos, interpersonales y conductuales del paciente individual, al mismo tiempo que se desenvuelve en contextos familiares, sociales, culturales, económicos, religiosos, educativos y políticos. La psiquiatría infantil, una subespecialidad de la psiquiatría general, se centra en individuos que abarcan desde la infancia hasta la adolescencia, y muchos médicos se extienden hasta la adultez joven. El desarrollo del niño implica crecimiento y maduración en varias esferas, incluido el cuerpo físico, las cogniciones, los afectos, los comportamientos y las habilidades para juzgar situaciones. En la medida en que los niños aún no han alcanzado la capacidad adulta en estas áreas, requieren la protección y el cuidado de los tutores. En general, los padres cumplen esa función, pero en otros casos los parientes familiares, las agencias gubernamentales u otras personas designadas proporcionan los entornos para que los jóvenes maduren. A diferencia de sus contrapartes que limitan su trabajo al tratamiento de pacientes adultos, los psiquiatras infantiles suelen dedicar sus esfuerzos no solo a los jóvenes sino también a los adultos que brindan cuidados, que a menudo brindan información que el niño no puede o no quiere dar. Sin embargo, trabajar con dos generaciones y sus interacciones a menudo revela conflictos mutuos que, a su vez, pueden desencadenar dilemas éticos.

“No veo rastro de propósito moral en la Naturaleza. Este es un artículo de fabricación exclusivamente humana, y de nuestro propio crédito”
Thomas Huxley



Thomas Henry Huxley (1825-1895) por Carlo Pellegrini (“Simio”) 1759-1840. Biblioteca Dibner, Institución Smithsonian.

ÉTICA Y SU CONTEXTO MÁS AMPLIO

Teóricamente, las soluciones a los dilemas éticos se distinguirían de otras respuestas a estos problemas por dos características distintas. En primer lugar, las soluciones debieran ser universalizables, es decir, se llegaría a ellas independientemente de las circunstancias en que surgieran los problemas y, por lo tanto, aplicables en todos los contextos. En segundo lugar, estas soluciones objetivas “universalistas” prevalecerían sobre las motivaciones personales y grupales.

Pero, de hecho, ¿son estas afirmaciones axiomáticas? Para llegar a una solución justa y razonada, en contraste con la juiciosa o prudente, ¿se puede ignorar legítimamente el contexto, ya sea político, económico, cultural o religioso? A primera vista, eso parecería poco probable. Al contrastar, por ejemplo, los entornos en los que conviven los ciudadanos de las democracias tecnológicamente avanzadas con las autocracias totalitarias dominadas por la pobreza y la guerra, es difícil imaginar la aplicación de enfoques idénticos de razonamiento ético en ambos entornos y llegar a soluciones idénticas. Para mayor confusión, hay países que tienen combinaciones de estos elementos, por ejemplo, aquellos cuyo desarrollo económico actual puede superar al de las democracias industrializadas establecidas, pero cuyas arquitecturas políticas están ampliamente dominadas por perspectivas “de arriba hacia abajo”. Hay claros ejemplos de contrastes que enfrentan los psiquiatras infantiles que sirven para ilustrar esto: el lujo del dilema ético de prescribir un medicamento de marca en lugar de uno genérico, cuando las compañías de seguros con fines de lucro o los protocolos aprobados por el gobierno presionan al psiquiatra infantil para que prescriba este último, contrasta con el deseo de un psiquiatra infantil de recetar un antidepresivo - cualquier antidepresivo- en un país que carece de muchas necesidades básicas, sin mencionar un suministro adecuado de medicamentos psicotrópicos; la ética de resistir la sutil presión de la fiscalía para renunciar a seguir el caso de un delincuente juvenil en la corte familiar y pasarlo a la corte criminal de adultos, frente a la amenaza del brazo militar del gobierno de la pérdida del sustento del psiquiatra infantil, o peor, si un psiquiatra infantil se niega a admitir a un individuo psiquiátricamente sano, que se ha enfrentado con la burocracia política o policial, para recibir tratamiento en un hospital psiquiátrico (LaFraniere & Levin, 2010); la ética de brindar cuidados a un niño recientemente en duelo, rodeado de parientes amorosos con recursos financieros adecuados, versus la provisión de cuidados a huérfanos, cuyos padres y parientes adultos fueron asesinados en una guerra, ahora resguardados y viviendo juntos en un hogar (Stover et al, 2007; Williamson et al, 1987).

Escribir sobre la ética de la psiquiatría infantil con una perspectiva internacional significa considerar una enorme variedad de contextos administrativos, políticos, religiosos, culturales y económicos (Leckman & Leventhal, 2008). ¿Estas marcadas diferencias a su vez implican que el razonamiento ético debe abordarse de manera diferente según el contexto? En teoría, la respuesta es no. Parece adecuado que se usen los mismos métodos de razonamiento en todos los contextos. Las circunstancias, sin embargo, definitivamente deben considerarse en el intento de llegar a las soluciones más provechosas, y esas consideraciones bien podrían dar lugar a elecciones finales contrastantes en casos aparentemente similares.

“Creo que siempre debemos entretener nuestras opiniones con cierta medida de duda. No debería desear que las personas dogmáticamente crean ninguna filosofía, ni siquiera la mía “.

Bertrand Russell



Bertrand Russell
(1872-1970)

Parece adecuado que se usen los mismos métodos de razonamiento en todos los contextos. Las circunstancias, sin embargo, definitivamente deben considerarse en el intento de llegar a las soluciones más provechosas, y esas consideraciones bien podrían dar lugar a elecciones finales contrastantes en casos aparentemente similares.

HISTORIA DE LA NIÑEZ

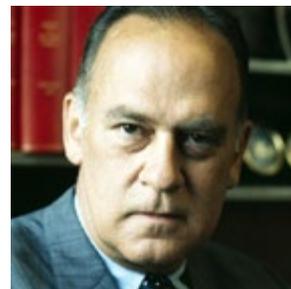
El desarrollo óptimo de los niños es crucial para todas las sociedades, ya que los descendientes se convertirán en adultos de las sociedades que, esperan, continúen con las tradiciones y valores de los grupos. De acuerdo con los puntos de vista predominantes de la historia occidental, después de la infancia, los niños fueron vistos durante milenios como pequeños adultos (Aries, 1962; DeMause, 1974). Se los consideraba propiedad de sus padres que, a cambio de proporcionar alimentos y alojamiento a los jóvenes, tenían derecho a los ingresos de su trabajo. En el siglo XVII empezaron a sentirse las sutilezas de la necesidad de educación, más allá de la formación profesional. Acompañando ese desarrollo, comienza a surgir la conceptualización de la infancia como una etapa de desarrollo humano separada de la de la edad adulta. Durante los últimos 100 años, la concentración en la infancia como una etapa de desarrollo única ha avanzado a buen ritmo. Durante este tiempo se han establecido leyes que ordenan la asistencia escolar, protegen contra el trabajo infantil, facilitan y respaldan el funcionamiento y la salud de las familias, crean sistemas de justicia juvenil con enfoques únicos de procedimientos legales y exigen informes del abuso y/o negligencia de los niños a autoridades gubernamentales (Enzer, 1985; Graham, 1999). A medida que los gobiernos asumieron progresivamente responsabilidades por el bienestar de los niños, la profesión médica evolucionó de manera similar. La pediatría apareció por primera vez como una especialidad a fines del siglo XIX; la psiquiatría infantil, como una subespecialidad de la psiquiatría, comenzó a surgir en la década de 1930/40 (Musto, 2007). En los EE. UU., La Academia Americana de Psiquiatría Infantil fue fundada en 1953. Durante el último medio siglo, la infancia misma se ha subdividido para incluir ahora las etapas de infancia, niñez, preescolar, escolar, y adolescencia (este último marco de tiempo se subdividió en etapas temprana, intermedia y tardía). Por lo tanto, la concepción de la infancia ha evolucionado a lo largo del tiempo desde la de una masa relativamente indiferenciada hasta la actual de diferenciación sustancial, que se distingue por estrechos períodos de edad y diferentes necesidades y capacidades. Si bien todas las etapas comparten en común el requerir del cuidado proporcionado por los adultos, estas diferencias bien definidas, como se verá más adelante, a menudo juegan un papel importante en las consideraciones éticas.

PROFESIONALISMO Y NIÑOS

La ética médica comprende el gran subconjunto del profesionalismo médico. El concepto de profesionalismo se extiende más allá de las cuestiones que afectan directamente la atención del paciente, y se refiere al comportamiento general del médico (Gabbard et al, 2011; Wýnia et al, 1999). Como gran parte del comportamiento de un médico afecta la atención del paciente, indirectamente, si no directamente, los límites entre la ética y el profesionalismo pueden volverse nebulosos. Desde una visión más general del rubro, los psiquiatras infantiles posiblemente se sienten atraídos por su trabajo con niños porque sienten una vulnerabilidad en ellos que se basa en sus deseos latentes de nutrir, proteger y educar. Si bien esos factores indudablemente funcionan a favor de los jóvenes al facilitar buenas relaciones médico-paciente, las posibles dificultades en esas relaciones también son muchas. Por ejemplo, los profesionales pueden sentirse atraídos física o emocionalmente por los padres de los pacientes o por los propios

“La ética consiste en conocer la diferencia entre lo que tienes derecho a hacer y lo que es correcto hacer”

Potter Stewart



Potter Stewart (1915-1985) fue un Juez Asociado del Tribunal Supremo de los EE. UU.

pacientes; complaciéndose en fantasías de rescate; sintiendo la necesidad de proporcionar favores especiales para pacientes específicos o sus familias; o deseos de solicitar a las familias de los pacientes fondos para distintos proyectos. Si bien tales pensamientos y fantasías no son tan inhabituales en la práctica clínica, actuar de manera que resulte perjudicial para el paciente sería poco profesional. Por el contrario, tal como lo manifiesta el principio ético cardinal de la práctica médica, la seguridad, el bienestar y los intereses del niño deben ser la principal preocupación del profesional. Tal principio exige que, bajo ninguna circunstancia, un psiquiatra infantil explote a un paciente infantil o a los familiares del niño violando los límites profesionales. Estos límites son límites tanto literales como figurativos, creados precisamente para evitar tales comportamientos (Gabbard y Nadelson, 1995; Schetky, 1995). En cambio, el niño y sus tutores deberían poder esperar, con certeza, que el psiquiatra infantil realice todos los intercambios mutuos de manera honesta, transparente, con integridad y fidelidad.

CÓDIGOS DE ÉTICA

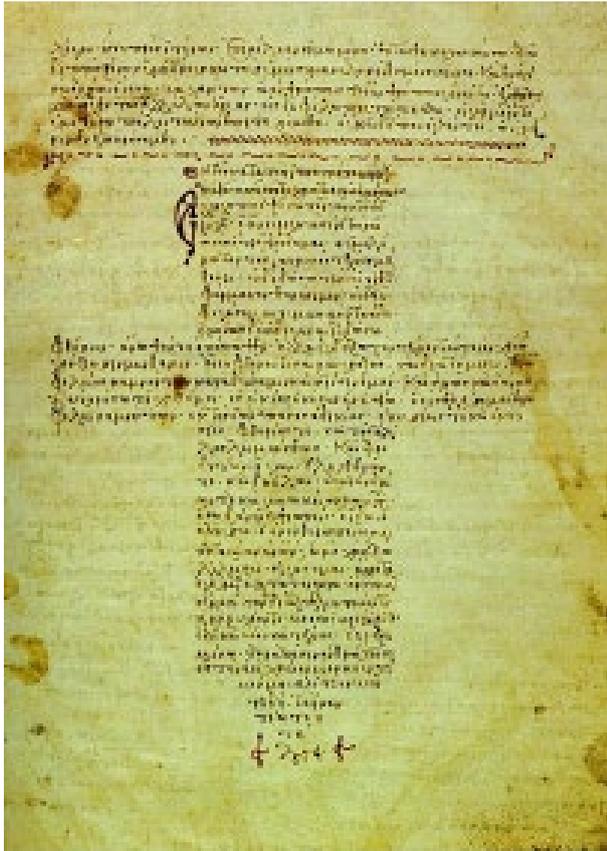
A lo largo de milenios de existencia, todas las sociedades humanas han designado a ciertos ciudadanos como sus sanadores. Más recientemente, estas personas fueron llamadas médicos o doctores. A lo largo de todos estos siglos, los médicos, habitantes de sociedades dispares situadas en países que abarcan todo el mundo, han creado innumerables códigos de ética para guiar sus comportamientos profesionales. La gran mayoría de estos códigos, a pesar de que emanan de sociedades que difieren fuertemente entre sí en los ámbitos étnicos, religiosos y geográficos, comparten puntos de interés y preocupaciones comunes. Por lo tanto, los siguientes principios se abordan en la mayoría de los códigos:

- Primacía del respeto por la vida humana
- Responsabilidad del médico por el bienestar del paciente
- Intentar ayudar o, al menos, no hacer daño; y
- Un énfasis en la virtud y el deber.

La atención a menudo se dirige también hacia estos problemas específicos:

- Igualdad de cuidado independientemente de la situación financiera del paciente
- Expectativa de establecer tarifas apropiadas
- Empleo de métodos legítimos para establecer diagnósticos, incluida la observación clínica y un razonamiento sólido
- Consideración de si proporcionar tratamiento y cuándo; y si se decide realizar el tratamiento emplear terapias legítimas
- La naturaleza confidencial de la relación paciente-médico
- Prohibición de una relación de tipo sexual entre médico y paciente; e
- Imposición de castigo o sanciones en caso de mal desempeño técnico o violación del código.

Los códigos internacionales, adoptados por organizaciones médicas, aparecieron de modo formal durante el siglo XX. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, formulado por primera vez en



El Juramento Hipocrático es un juramento adoptado históricamente por médicos y otros profesionales de la salud que juran practicar la medicina de manera ética. Se cree que fue escrito por Hipócrates o por uno de sus estudiantes.

Un manuscrito bizantino del Juramento del siglo XII (Wikimedia Commons)

1949 y revisado más recientemente en 2006, describe los deberes generales de los médicos, así como sus responsabilidades con los pacientes y colegas (World Medical Association, 2006). Se enfatiza la necesidad de competencia, honestidad, dedicación, evitación de prejuicios y/o explotación, respeto por la confidencialidad, colaboración y, llamativamente, también se incluye la obligación de los médicos de cuidarse a sí mismos en caso de enfermedad mental o física personal. Un pensamiento global similar condujo al establecimiento de varios códigos y declaraciones psiquiátricos a escala pan-nacional. La Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1996), basándose en las declaraciones previas de Hawai (1977) y Viena (1983), creó normas y directrices éticas internacionales para la práctica psiquiátrica (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1996). Además de la discusión de elementos básicos como la responsabilidad del profesional ante el paciente, la necesidad de mantenerse al día en el conocimiento de los desarrollos científicos actuales, la protección de los participantes en la investigación, la confidencialidad y el mantenimiento de los límites profesionales, también se presta atención específica a la prohibición de participación en tortura, pena de muerte, selección de sexo y procedimientos de discriminación étnica y/o cultural; evitar conflictos de intereses inducidos por la industria y la política; y la expectativa de que los tratamientos deben basarse en diagnósticos válidos, una vez que el paciente haya recibido la información pertinente completa y haya dado su consentimiento. En 1989, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, con el peso colectivo de los países miembros, estableció los derechos de los niños a la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación, incluido el derecho a expresar libremente sus opiniones, a que éstas sean acogidas debidamente, y a vivir con sus familias (Naciones Unidas, Centro de Derechos Humanos, 1990)

(ver Capítulo J.7). La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) enfatiza que el respeto y la dignidad deben otorgarse a las personas discapacitadas de todas las edades, incluidos los niños, abarcando a los enfermos psiquiátricos, entre muchos otros (Naciones Unidas, 2007; Stein et al. al, 2009). El documento destaca la no discriminación y la igualdad de acceso a la atención médica, y hace hincapié en el derecho de las personas con discapacidad a la inclusión en todos los aspectos de la vida y al respeto de sus derechos fundamentales. A pesar de la impresionante procedencia de estas declaraciones, es obvio que su implementación varía enormemente entre los países signatarios. Eso es de esperar, dados los sistemas de gobierno que difieren enormemente. La seguridad, sin embargo, proviene del continuo impulso ético global en la dirección de mayores protecciones para niños y discapacitados, y una mayor conciencia de las fuerzas que promueven o impiden su implementación. En 2006, la Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP) creó pautas y principios para los profesionales en su documento titulado *Ética en la Salud Mental de Niños y Adolescentes*, que a su vez deriva de la resolución de IACAPAP “Asegurar la salud mental para los niños”, promulgada en 1992 y revisada en 1996 y 2004 (IACAPAP, 2006). El documento de IACAPAP destaca principios éticos básicos; aborda los derechos de tanto los niños como sus padres/cuidadores legales; revisa el consentimiento y asentimiento; y aborda temas que incluyen confidencialidad, potencial explotación, encuentros sexuales, honestidad, tratamiento involuntario, obsequios de pacientes o industria, presentación de material del paciente en publicaciones y reuniones profesionales, ética de la investigación, colaboración multidisciplinaria y las pautas de la asociación para la aceptación del apoyo financiero.

Los esfuerzos iniciales y las subsiguientes revisiones observadas en estas diversas declaraciones y directrices son una muestra de las circunstancias y las influencias que cambian con el tiempo. El código de ética de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil (AACAP) sirve como ejemplo. Promulgada inicialmente en 1980, revisada ligeramente en 2007 y en gran medida en 2009, el Código refleja cambios en el conocimiento médico, modos de práctica clínica, pagos por servicios, comprensión de dinámicas psicológicas y prácticas de las industrias farmacológicas y manufactureras que evolucionaron durante tres décadas (Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, 2009). La revisión más reciente aborda, directa e integralmente, cuestiones de influencia de terceros, expectativas de publicación de todos los resultados de los estudios de investigación (positivos y negativos), conflictos de intereses, enredos románticos y/o sexuales con pacientes y sus familias, riesgos de investigación con los niños, el auto engrandecimiento del profesional y las expectativas de que los profesionales tengan conocimiento de las leyes que prevalecen en la jurisdicción del profesional, así como las tensiones que puedan existir entre la ley y las consideraciones éticas. Como señala Beauchamp (2009), “la ley no es el depósito de nuestros estándares y valores morales”. Por el contrario, los códigos de ética son pautas para el comportamiento profesional y difieren de las leyes al proporcionar una mayor flexibilidad y opciones de acción. Los códigos incorporan estándares de conducta profesional y el código actual de AACAP es un ejemplo de uno que claramente, más que vagamente, indica comportamientos preferibles a otros. Para el profesional que tiene preguntas sobre las motivaciones, inclinaciones o comportamientos de su compañero o compañero, la consulta con colegas y la referencia a las pautas del código son posiblemente las opciones más

útiles y potencialmente beneficiosas para todos.

NIÑOS, ÉTICA Y PRINCIPIOS ÉTICOS

Los niños y los adultos se diferencian entre sí en aspectos bien discernibles. Los niños suelen ser más pequeños, tienen una comprensión más limitada de los acontecimientos históricos y externos, participan en un proceso continuo de rápido desarrollo y maduración, y requieren protección y cuidado por parte de los demás. Los niños, sin embargo, no son un grupo monolítico; por ejemplo, el infante y el adolescente tardío difieren mucho entre sí en muchas de las esferas mencionadas anteriormente, aun cuando también comparten varios rasgos en común. Sin embargo, como consecuencia de su continua dependencia de los adultos, generalmente se los considera legalmente como menores. Por lo tanto, muchas decisiones importantes, por ejemplo, dónde y con quién vivirán, su capacidad para viajar, la selección de los lugares de educación (y decidir si es ésta secular o religiosa), y el acceso a la atención médica, todo reside por ley en las manos de sus padres/tutores. En los países dotados de sistemas legales efectivos, el estado tiene el derecho legal de intervenir en tales decisiones solo en el caso de que los tutores sean negligentes al proporcionar a sus hijos las necesidades básicas, es decir, alimentos, vivienda y educación, o abusar de los jóvenes bajo su cuidado. Estas reglas legales aparentemente “evidentes por sí mismas” y generalmente aceptadas se basan de hecho en la comprensión de una base ética común que a su vez se combina con un amplio conocimiento del desarrollo infantil. Si bien varios enfoques del pensamiento moral compiten por la supremacía (Bloch, 2007), los principios fundamentales subyacen a la ética con los niños. Por lo tanto, se espera que el clínico individual guíe su trabajo hacia resultados que busquen lo mejor para el niño (beneficencia), evite prácticas que puedan causar daño al niño (no maleficencia), respete las elecciones y deseos del paciente individual (autonomía) y trate a todos los pacientes bajo su cuidado de manera justa, equitativa y con fidelidad (justicia). Esta misma estructura ética se mantiene para la creación de enfoques administrativos diseñados para proporcionar cuidado y protección a grandes grupos de niños (Sondheimer, 2010). Por ejemplo, cuando se planifican medidas para fomentar mejores esfuerzos de salud mental en las escuelas (Bostic y Bagnell, 2001; Brener et al, 2007), brindar atención a niños traumatizados por la guerra (Betancourt, 2011; Panter-Brick et al, 2011), o para innovar en programas para delincuentes juveniles (Holden et al, 2003), es razonable esperar que las autoridades diseñen sus esfuerzos de tal manera que los niños experimenten beneficios, no se sientan perjudicados, se sientan respetados y reciban ayuda y protección por igual.

Estas apreciaciones y enfoques exponen el ideal, y así se podrían catalogar algunas condiciones clínicas y administrativas como claramente correctas o incorrectas. Pero la realidad no se muestra siempre en blanco y negro, sino que generalmente presenta conflictos en tonos de gris. El hecho de ver a los niños a lo largo de un continuo de maduración y desarrollo es un ejemplo de ello: lo que puede ser beneficioso para un joven de 16 años (por ejemplo, respetar su decisión autónoma de rechazar un tratamiento) puede no ser bueno para el niño de siete años. Existen otros dilemas de áreas grises también muy frecuentes. Por ejemplo, dadas las diferentes perspectivas entre el niño y el tutor, ¿a quién pospone el psiquiatra infantil, sin ignorar las preocupaciones del otro? Cuando un grupo (por ejemplo, una familia) quiere seguir una agenda favorecida por la mayoría de sus

A menudo, los principios éticos empleados para buscar respuestas a tales preguntas clínicas o administrativas entran en conflicto entre sí, y se debe recurrir a un enfoque racional para llegar a la mejor solución.

miembros, ¿se respeta la opinión discrepante de la minoría (no infrecuentemente la del paciente infantil) y cómo? ¿Cuándo el psiquiatra infantil presta atención a las necesidades de un paciente individual en el contexto de recursos limitados si, desde una perspectiva de salud pública, la atención a las necesidades de la comunidad podría beneficiar a un mayor número de pacientes? A menudo, los principios éticos empleados para buscar respuestas a tales preguntas clínicas o administrativas entran en conflicto entre sí, y se debe recurrir a un enfoque racional para llegar a la mejor solución. Sin embargo, este proceso nunca debe implicar un resultado pre-establecido.

RAZONAMIENTO ÉTICO

Los médicos generalmente realizan su trabajo con pacientes sin detenerse a cuestionar las bases éticas de sus acciones. Esto tiene perfecto sentido. El psiquiatra infantil promedio es reflexivo, ha recibido la capacitación adecuada y, con el tiempo, adquiere experiencia clínica, todo lo cual fomenta la provisión de buena atención de manera relativamente rutinaria. En ocasiones, sin embargo, el psiquiatra infantil se enfrenta a situaciones confusas o inquietantes que lo dejan incómodo e inseguro sobre cómo proceder (Sondheimer, 2011). La vacilación o incomodidad del psiquiatra infantil podría deberse, por ejemplo, a la petición de un padre de solicitar un examen toxicológico de orina para su hijo adolescente, al tiempo que estipula que el niño no debe ser informado del propósito de la prueba; la verbalización ambigua de autolesión de un niño que deja al psiquiatra inseguro con respecto a la seguridad del paciente; o la solicitud de una agencia de información sobre un niño que, si se divulga, podría resultar perjudicial para el paciente. Cuando el psiquiatra infantil se concentra conscientemente y no ignora su propia incomodidad, puede usar esa sensación de inquietud como una señal para reconocer la presencia de un dilema ético y la necesidad de reflexionar y discernir sobre el mismo.

El proceso de razonamiento ético sigue un patrón consistente. Como la ética “es la empresa de una reflexión disciplinada sobre las intuiciones morales y las elecciones morales” (Veatch, 1989), quizás el paso más importante en el proceso sea el reconocimiento inicial de la presencia de un conflicto ético y de la necesidad de una respuesta. Comúnmente, este reconocimiento sigue la respuesta afectiva casi instantánea del psiquiatra de inquietud o temor, seguido por un deseo fugaz de huir del problema o de entregar la responsabilidad de su solución a un colega. Esta respuesta viene después de la constatación de que ninguna de las opciones posibles para la intervención se destaca por ser sorprendentemente superior a otras, y todas las elecciones potenciales intrínsecamente albergan problemas. Tan pronto como las respuestas “inmaduras” pasan, se vuelve obligatorio para el psiquiatra infantil el examinar racionalmente el asunto. Varios enfoques son útiles. En las situaciones que no sean extremas ni requieran una acción inmediata, el psiquiatra infantil debe contemporizar, hacer preguntas, obtener información y retrasar la elección de una opción clínica o administrativa definitiva. Se anima al psiquiatra a reflexionar sobre los valores personales que emplea en el proceso de razonamiento. Una autoevaluación y reflexión personal puede llevar a hacer más evidente el rol que juegan la educación, la familia de origen y las experiencias personales no profesionales del psiquiatra infantil, para bien o para mal, en sus consideraciones sobre el dilema. En tercer lugar, la consulta con colegas a menudo es útil. Si bien

El proceso de razonamiento ético sigue un patrón consistente... La solución a menudo resulta ser la menos dañina, pero no necesariamente la aparentemente óptima.

la cuestión problemática puede ser nueva para el psiquiatra infantil, es probable que haya sido enfrentada antes por otros colegas o tratada en la literatura. Además, puede ser útil incluir al paciente y su familia en la discusión del conflicto ético, a fin de que tomen parte y contribuyan con la responsabilidad del resultado. Finalmente, después de emplear las estrategias anteriores, el psiquiatra infantil debe considerar las distintas opciones y sus posibles consecuencias, mientras realiza análisis de riesgo/beneficio en todas ellas. Los cuatro principios básicos antes mencionados y las pautas proporcionadas por los códigos de ética nacional e internacional pueden ayudar a llegar a una elección de la acción a seguir. Esta solución a menudo resulta ser la menos dañina, pero no necesariamente la aparentemente óptima.

SEGURIDAD

Primum non nocere – lo primero es no hacer daño - es reconocido como el principio cardinal de una adecuada práctica médica (Smith, 2005). Al traducir su aplicación a la atención psiquiátrica, esta regla fundamental enfatiza que la principal preocupación del psiquiatra infantil es la seguridad del niño (paciente). Por ejemplo, el niño deprimido que recientemente presentó conductas suicidas, cuya ideación de autolesión no disminuye, es mejor atendido en una institución psiquiátrica que proporciona una supervisión cercana y constante, a pesar de las infracciones reales e implícitas en la autonomía y libertad de movimiento del joven. Otro niño, que está deprimido pero no tiene tendencias suicidas, probablemente se beneficiaría de la atención ambulatoria mientras viva en casa con su familia. En ambos escenarios, la seguridad debe abordarse como la principal preocupación, pero las posibles amenazas respectivas para el bienestar se diferencian, lo que resulta en la provisión de tratamiento en entornos diferentes. La práctica psiquiátrica infantil éticamente correcta requerirá que el profesional esté plenamente consciente de las protecciones legales disponibles para el niño operativas en la jurisdicción donde trabaje, a fin de que las infracciones sobre los derechos del niño se mantengan al mínimo.

CONTEXTO – CULTURA, HISTORIA Y ECONOMÍA

El contexto puede jugar un papel importante en las consideraciones éticas ya que las distintas culturas pueden valorar conductas similares de manera diferente. En los EE. UU., por ejemplo, es probable que un adulto que presenta un habla confusa e incoherente en un contexto suburbano de clase media, cuyos episodios similares anteriores resultaron en hospitalizaciones psiquiátricas, sea hospitalizado a petición de su familia; su contraparte de edad similar, que se involucró en el mismo comportamiento al “hablar en lenguas” en una iglesia rural fundamentalista, es probable que reciba respuestas solícitas y de apoyo de sus fieles. Análogamente, es probable que un estudiante que disputa verbalmente la afirmación provocadora de un maestro en una escuela “progresista” en una sociedad industrializada reciba aplausos por su comportamiento; en contraste, una niña que vive en una tribu con sus propias tradiciones y desafía a sus mayores solicitando educación que normalmente no se permite a las mujeres, posiblemente su actitud sea vista como un problema de disciplina o un desorden espiritual (Robertson et al, 2004). Estos ejemplos muestran lo importante que es para la reflexión ética que los psiquiatras infantiles estén atentos al contexto o “competencia cultural” (Bass et al, 2007;

DeJong y Van Ommeren, 2005; Kirmayer & Minas, 2000), en sus consideraciones clínicas. Del mismo modo, los recursos disponibles a menudo juegan un papel crucial. Por ejemplo, donde son escasos, lo óptimo podría ser la institucionalización de un joven con daño cerebral, a pesar de que el apoyo se limite a su custodia. Un entorno más acomodado, por el contrario, podría proporcionar una variedad de recursos educativos, recreacionales e interpersonales muy estimulantes, al mismo tiempo que permite que el niño viva en casa con su familia. En cada caso, se utiliza la intervención éticamente óptima, pero los recursos disponibles dictan diferentes opciones.

Conocer la historia de la psiquiatría es otro factor importante en las deliberaciones éticas. En el transcurso de los últimos 100 años, diferentes movimientos psiquiátricos a gran escala han dominado el panorama. En distintos momentos, la teoría psicoanalítica, las terapias somáticas (p. ej., Tratamiento electroconvulsivo, shock insulínico, psicocirugía), farmacoterapia, psiquiatría comunitaria, teoría de sistemas, institucionalización, desinstitucionalización y psicoterapias tanto prevalentes como fugaces (p. ej., de grupo, familiares, cognitivo-conductual, de grito primordial, social) han competido por la visibilidad o la primacía sobre los demás. Con frecuencia, la integración de varias modalidades ofrecidas simultáneamente ha demostrado ser más eficaz (The MTA Cooperative Group, 1999; March y cols., 2004), a pesar de las opiniones de los partidarios de terapia única. Los cambios recientes en el desarrollo científico de la psiquiatría de niños y adolescentes han producido un intenso enfoque actual sobre las influencias moleculares y la naturaleza de su interacción con el medio ambiente (Rutter, 2010). Los sistemas económicos nacionales también han cambiado. El financiamiento público y privado de la atención, incluido el seguro de salud y los pagos por atención clínica y programas proporcionados por ambos sectores, han variado con el tiempo, dentro y fuera de las fronteras nacionales. Estos cambios afectan constantemente los recursos disponibles para las necesidades psiquiátricas de los niños, lo que afecta las consideraciones éticas. Los cambios económicos graduales o repentinos no alteran los enfoques de razonamiento ético fundamental, pero sí afectan la amplitud y el alcance de las opciones y consideraciones clínicas disponibles para el psiquiatra infantil.

ÉTICA – LO GLOBAL Y LO PARTICULAR

Las discusiones sobre dilemas éticos comúnmente se enfocan en las situaciones encontradas por los médicos durante el cuidado de un niño y/o familia en particular. Para el profesional, es más fácil concentrarse y conceptualizar un caso a la vez. La aplicación del pensamiento ético, sin embargo, encarna lo universal, por lo que se hace necesario la consideración inicial de los niños desde una perspectiva global. Los estudios realizados en diferentes países indican una prevalencia de trastornos mentales de 5% a 20% en las poblaciones infantiles (Giel et al, 1981; Malhotra, 1995; Patel et al, 2007). Un gran número de niños viven como refugiados desplazados (Forbes, 1992), sin hogar (Raffaelli y Larson, 1999), se han quedado huérfanos debido a la muerte de sus padres por el SIDA (UNICEF, 2000) y son víctimas de abuso físico o sexual. En las ocasiones en que se realizan estudios epidemiológicos bien estructurados, se descubre que un número significativo de estos niños padece sintomatología relacionada con el

estrés, depresión y ansiedad. La mayoría de estos niños viven en países de escasos recursos y que albergan pocos miembros de personal de salud mental capacitados y disponibles. Más allá de abordar las necesidades de estos jóvenes de alimentación, podría decirse que, desde una perspectiva ética, la salud mental y la capacitación de educadores y proveedores de atención primaria por parte del personal de consulta psiquiátrica infantil es el enfoque más beneficioso para los niños y sus madres frecuentemente también deprimidas (Fombonne , 2005; Graham y Orley, 1999; Lewis et al, 2001; Omigbodun, 2008).

Claramente, en los países con pocos recursos, las necesidades de muchos son grandes. Los especialistas en psiquiatría infantil en todo el mundo, sin embargo, tienden a encontrarse predominantemente en entornos ricos en recursos. Los dilemas éticos que encuentran comúnmente surgen en el contexto de la provisión de cuidados para un solo niño, mientras que los dilemas en sí son universales y trascienden las fronteras nacionales. Problemas de evaluación, diagnóstico y tratamiento; asentimiento/ consentimiento/ disidencia; conflictos entre padres e hijos; confidencialidad; agencias; responsabilidad del médico; límites; y abogacía, se encuentran entre muchos que merecen un examen.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Antes del advenimiento de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-3) en 1980, el diagnóstico psiquiátrico en EE. UU. a menudo se basaba en reflexiones psicoanalíticas que atribuían etiologías a trastornos que se suponía provenían de perturbaciones de procesos intrapsíquicos inconscientes. Como estos diagnósticos se basaban en constructos teóricos y no en fenómenos observados de manera consensuada, los diagnósticos de pacientes por parte de los psiquiatras de ese tiempo comúnmente estaban en conflicto. Además, el concepto de “trastorno” en sí mismo, en ausencia de pruebas biológicas que pudieran confirmarlo (en contraste con, por ejemplo, niveles elevados de glucosa asociados con diabetes mellitus, troponinas elevadas, enzimas cardíacas elevadas y trazado de ECG específicos asociados con infartos de miocardio), planteó la preocupación de “el ojo del espectador”. Por ejemplo, el comportamiento disruptivo de un niño puede ser visto por diferentes examinadores como una variante normal, como síntoma de un trastorno oposicionista o de conducta, o como una reacción a un factor estresante. Incluso con criterios diagnósticos bien definidos, es concebible que exista un desacuerdo en el diagnóstico entre distintos médicos, planteando dudas sobre los fundamentos del proceso de diagnóstico y definiciones precisas de “enfermedad” (Pies, 2007). La falta de confianza en los diagnósticos psiquiátricos y la mala concurrencia diagnóstica antes de la década de 1980, junto con los temores de “etiquetar” y el estigma prevaleciente asociado con la enfermedad mental, llevaron a un número considerable de defensores del nihilismo diagnóstico. Además, el oprobio ganado por el uso indebido de diagnósticos psiquiátricos con fines políticos (por ejemplo, la creación de la ex Unión Soviética y el empleo del nuevo diagnóstico de “esquizofrenia lenta” para hospitalizar y tratar por la fuerza a los opositores políticos del régimen en contra de su voluntad) destacó a escala internacional la necesidad de un consenso diagnóstico considerablemente más riguroso (Wilkinson, 1986).

Los últimos 30 años, sin embargo, han sido testigos de un acuerdo consensual

Los psiquiatras infantiles deben tener en cuenta las distintas influencias que podrían desempeñar un papel en el proceso diagnóstico, siendo conscientes de que sus esfuerzos tendrán un impacto significativo en el futuro cercano y posiblemente a más largo plazo de sus pacientes.



Cuando Rebecca Riley murió en diciembre de 2006, pediatras y psiquiatras en los Estados Unidos y en todo el mundo ya estaban debatiendo si los preescolares, como esta niña de 4 años, podrían ser diagnosticados con trastorno bipolar y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Lambert, 2010). En un acuerdo judicial, el abogado del Centro Médico acordó pagar \$ 2,5 millones a la familia de Rebecca, que murió de una sobredosis de medicamentos recetados por un psiquiatra y de remedios de venta libre (Baker, 2011).

“Riley ... era excepcionalmente joven cuando fue diagnosticada [con trastorno bipolar], solo 2½”. “A Rebecca le recetaron un antipsicótico, un medicamento utilizado para tratar el trastorno bipolar en adultos, y un medicamento para la presión sanguínea que a veces se usa para ayudar a niños hiperactivos a dormir.” Existe controversia en la psiquiatría sobre diagnosticar a los niños antes de su adolescencia. Prácticamente no hay investigaciones científicas en niños menores de 6 (Goldberg, 2007).

entre los investigadores psiquiátricos sobre los enfoques progresivamente más rigurosos para agrupar los fenómenos observados. Estos han llevado a su vez a categorías de diagnóstico más cuidadosamente definidas. La estrecha colaboración entre los consultores que producen ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y los volúmenes subsiguientes de DSM ha sido la regla, lo que ha llevado a una considerable compatibilidad entre estas dos versiones “oficiales” de diagnósticos psiquiátricos (Sartorius et al, 1993). Por lo tanto, el proceso de diagnóstico ha experimentado una transformación que permite a los colaboradores en estudios transnacionales asumir más cómodamente que los sujetos de estudio de otros países satisfacen los mismos criterios de inclusión y exclusión. Sin embargo, continúan las precauciones con respecto a la sensibilidad inadecuada a las variables ligadas a la cultura (Belfer y Eisenbruch, 2007; Van Ommeren, 2003).

Criterios diagnósticos rigurosos permiten el desarrollo de tratamientos que se adaptan a diagnósticos específicos. Cuando se utiliza de esta manera, por el bien del paciente, el proceso de diagnóstico satisface claramente un principio ético cardinal. Sin embargo, los posibles problemas de “etiquetado” y estigma siguen siendo perjudiciales para el niño (Pescosolido et al, 2007). El médico tiene poco control o influencia sobre cómo las personas, aparte de la familia inmediata, pueden hacer un mal uso de esta información. Particularmente en la era actual de la transmisión electrónica, un diagnóstico teóricamente podría vincularse a un individuo “para siempre”, y las sociedades relativamente poco sofisticadas podrían temer y devaluar a un niño con un diagnóstico psiquiátrico. En última instancia, es responsabilidad del psiquiatra infantil proporcionar una evaluación y diagnóstico precisos para mejorar la condición del paciente; seguir los procedimientos que protegen la confidencialidad de los materiales escritos; y contribuir a la educación de las sociedades locales sobre la prevalencia de la enfermedad mental, el pronóstico, la eficacia del tratamiento y la necesidad de apoyo familiar y comunitario (Rosen et al, 2000; Thara et al, 2001).

En los últimos años, EE. UU. ha sido testigo de un notable aumento en la incidencia de trastornos autistas y bipolares infantiles. Si bien parece que, en ambos casos, estos aumentos se deben a una combinación de un examen más minucioso y definiciones diagnósticas de estos trastornos enormemente ampliadas, estos sucesos

recuerdan que el progreso científico no ocurre sin lucha, controversia, conflicto y errores (Angell, 2011; Carey, 2007; Kim et al, 2011; Moreno et al, 2007). En el transcurso de las definiciones propuestas y revisadas, algunos niños pueden recibir un diagnóstico por error, mientras que otros pueden beneficiarse de los criterios ampliados. Además, una mayor conciencia de los diagnósticos de TDAH y trastorno bipolar infantil en el ámbito internacional puede estar relacionado con una mayor educación profesional y la sensibilización de los médicos a estos trastornos, promovidos en parte por las compañías farmacéuticas. Sus esfuerzos bien podrían estar motivados por el deseo de proporcionar un beneficio a un número considerable de niños afectados que no se habían detectado anteriormente; que las compañías puedan obtener ganancias financieras de la comercialización de medicamentos relevantes en mercados nuevos y emergentes también es un factor pertinente. Al final, incumbe a los psiquiatras infantiles realizar su trabajo de diagnóstico con precisión y con cuidado. Deben tener en cuenta las diversas influencias que podrían desempeñar un papel en el proceso de diagnóstico, al tiempo de ser conscientes de que sus esfuerzos tendrán un impacto significativo en el futuro cercano y posiblemente a más largo plazo de sus pacientes.

TRATAMIENTOS – SOMÁTICOS Y VERBALES

Los distintos tratamientos, cuando se indiquen, deben seguir un proceso diagnóstico adecuado. Dejando los esfuerzos preventivos a un lado momentáneamente, la base actual de conocimiento psiquiátrico se limita a la provisión de terapias somáticas o psicoterapéuticas o, idealmente (dependiendo del caso), ambas. La provisión de tratamiento, sin embargo, con frecuencia está limitada por la configuración regional, la cultura circundante, la disponibilidad de recursos y el conocimiento del profesional. Les corresponde a los profesionales saber cuáles son los recursos disponibles, el grado de flexibilidad o rigidez psicológica de las personas a las que brindan atención, el daño que podría sufrir un niño si no recibe tratamiento y las limitaciones de su propio conocimiento. Esto último se puede resolver de cierta manera mediante la consulta y posible colaboración con otros colegas profesionales.

La medicina basada en evidencia debe servir como base principal para los tratamientos prescritos, pero debido a la falta de estudios centrados en los niños tiene un alcance limitado. Los estudios indican que ciertas clases de medicamentos son útiles para trastornos específicos, por ejemplo, estimulantes para TDAH; estabilizadores del estado de ánimo para el trastorno bipolar; inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para la depresión mayor y los trastornos obsesivo-compulsivos. Tales emparejamientos se mantienen de manera similar para ciertos enfoques psicoterapéuticos, por ejemplo, terapia cognitivo-conductual para el trastorno fóbico; hospitalización psiquiátrica para conductas/ideas suicidas severas. Pero la variabilidad y los tratamientos combinados son la norma en la provisión de terapias verbales. Además, los tratamientos a menudo resultan dependientes del lugar y la cultura. Un estudio reciente del diagnóstico y tratamiento del TDAH en tres países ricos sirve como un buen ejemplo, ya que encontró grandes diferencias entre las naciones en cuanto a incidencia, puntos de vista de la gravedad de la enfermedad y enfoques de tratamiento (Hinshaw et al, 2011). Otros estudios arrojaron hallazgos que sugieren mayor beneficio cuando los medicamentos psicotrópicos y la psicoterapia se proporcionan juntos, en contraste con brindar sólo uno, aunque la capacidad de proporcionar los dos depende de la presencia de

Off-label

Off-label o "indicación no oficial" significa prescribir un medicamento para una condición o grupo de edad o usar una forma de administración (por ejemplo, oral, parenteral) no aprobada formalmente por las agencias reguladoras apropiadas (por ejemplo, FDA, EMEA). Esto puede variar de un país a otro.

La prescripción de medicamentos off-label es común en la práctica de la psiquiatría infantil debido a la escasez de estudios relevantes centrados en los niños. Consiguientemente, su potencial beneficio o daño es incierto y variable.

recursos y personal disponibles (The MTA Grupo Cooperativo, 1999, March et al, 2004).

No es infrecuente que las preocupaciones éticas acerca de los tratamientos somáticos y verbales se aborden como si presentaran dilemas disímiles cuando, de hecho, similares preocupaciones se aplican a ambos. Cada uno de ellos tiene el potencial de producir beneficio o daño; los análisis de riesgo/ beneficio deben preceder a la elección de ambos; el potencial engrandecimiento no solicitado del médico es inherente a la provisión de cualquiera; y la inepta administración de uno u otro podría causar daño fácilmente. Los medicamentos psicotrópicos, la terapia electroconvulsiva y los medicamentos complementarios o “naturales” pueden tener un impacto directo en la estructura cerebral en desarrollo, los complejos receptores de neurotransmisores cerebrales y otros sistemas de órganos del cuerpo. Los potenciales efectos secundarios más inmediatos son bien reconocidos, pero la posibilidad de desencadenar efectos nocivos a largo plazo no está clara. De manera similar, es probable que la atención psicoterapéutica tenga un impacto psicológico evidente a corto plazo positivo o negativo, mientras que los efectos a largo plazo sobre el funcionamiento psicológico, mediante la incorporación cognitiva de la experiencia, es difícil de determinar.

La prescripción de medicamentos off-label es común en la práctica de la psiquiatría infantil debido a la escasez de estudios pertinentes basados en niños (Baldwin & Kosky, 2007; Bucheler et al, 2002; Efron et al, 2003; Hugtenburg et al, 2005). Su consiguiente potencial de beneficio o daño es incierto y variable. Los ejemplos incluyen agonistas alfa utilizados como tratamientos de segunda línea para el TDAH; neurolépticos usados para tratar presentaciones conductuales disruptivas severas; y el uso de litio, anticonvulsivos y medicamentos neurolépticos en el tratamiento del gran número de pacientes diagnosticados, en el pasado reciente, de trastorno bipolar de la infancia. Del mismo modo, la aplicación de una única modalidad psicoterapéutica para una variedad de trastornos; dificultades en la provisión de psicoterapia debido a un menor énfasis en el entrenamiento (Tucker et al, 2009); centrarse en el paciente individual a expensas de la familia o viceversa; y la incorporación de métodos de restricción corporal en lugar de otras alternativas (incluso en el contexto de la aprobación cultural de la primera) son todos ejemplos de impedimentos o enfoques terapéuticos mediados verbalmente y ambientalmente que podrían tener un impacto perjudicial en algunos niños y al mismo tiempo beneficiar a otros. Las innovaciones contribuyen al desarrollo del campo al acrecentar su base de conocimiento, subrayan la necesidad de una mejor capacitación y la expansión del arsenal terapéutico. Al mismo tiempo, resaltan los límites de la experiencia profesional y la necesidad de controlar la arrogancia por el diagnóstico y el tratamiento.

Además del tratamiento de la enfermedad psiquiátrica ya diagnosticada, los enfoques de medidas preventivas merecen un comentario (Layne et al, 2008, Sanders, 2002, Silverman et al, 2008). Si bien numerosos estudios describen el tratamiento de trastornos postraumáticos en los niños, el entrenamiento de la inoculación del estrés se diseñó para bloquear las respuestas al estrés postraumático mediante su introducción antes de las situaciones inductoras de estrés. Los estudios describen intervenciones grupales mediadas por docentes, guiadas por instructores que son psiquiatras infantiles y otros profesionales de la salud

Edad de consentimiento

En muchos países la mayoría de edad es 18 (aunque fluctúa entre 14 y 21). La mayoría de edad es cuando la ley reconoce que los menores dejan de ser considerados niños (y responsabilidad de sus padres) y asumen el control sobre sus propias personas y acciones.

Sin embargo, en algunos países (por ejemplo, Australia, Reino Unido), los menores (personas menores de 18 años) pueden consentir un tratamiento y participar en estudios de investigación desde la edad de 16 años o incluso antes (“menores maduros”). Ver también el Capítulo J.3.

mental, que emplean los objetivos de entrenamiento de la inoculación del estrés para fomentar la resiliencia y la fortaleza psicológica en grupos de niños que anteriormente experimentaron trauma en masa (Wolmer et al, 2003) Si bien estos estudios plantean una preocupación ética, es decir, la suspensión de una supuesta intervención terapéutica para los estudiantes que comprenden los grupos de control, parece que la participación de la psiquiatría infantil en la capacitación de los educadores claramente generó beneficios para los jóvenes tratados. Cuando los compromisos preventivos y potencialmente terapéuticos se llevan a cabo de esta manera, es probable que un mayor número de niños obtenga un beneficio versus la atención uno a uno. Este enfoque se adhiere al principio ético de la justicia social, es decir, el proporcionar beneficios a muchos de manera esencialmente igual. También proporciona un claro contraste, en el entorno infantil, para el pensamiento ético que subyace a los modelos de atención de salud pública con la perspectiva más tradicional de la provisión de atención para el individuo.

ASENTIR, CONSENTIR Y DISENTIR

La evaluación, el diagnóstico y el tratamiento deberían, con la excepción de emergencias, realizarse únicamente con el asentimiento del niño y el consentimiento del padre / tutor. Los sistemas legales en muchos países distinguen entre las capacidades mentales de niños y adultos, aunque la edad cronológica que divide una etapa de la otra puede variar entre diferentes jurisdicciones y dentro de las naciones. Los adultos se definen como individuos competentes para tomar decisiones por sí mismos y por aquellos a quienes se les ha designado como principales responsables de su custodia. En consecuencia, solo ellos pueden dar el consentimiento para el tratamiento de los niños bajo su cuidado (Macbeth, 2002). Los niños, por definición legal, se perciben como carentes de la competencia necesaria para dar su consentimiento, pero tienen la capacidad psicológica de expresar que están de acuerdo (asentir) o en desacuerdo (disentir) (Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 1990), aunque la forma en que se puede evaluar el asentimiento significativo es cuestionable (Koelsch y Fegert, 2010). Cuando los padres desean tratamiento para su hijo, y el segundo asiente, la atención psiquiátrica normalmente procede sin problemas. Sin embargo, no es inusual que existan conflictos entre padres/ tutores y niños sobre la necesidad de cuidado, donde el padre suele afirmar que es necesario mientras el niño se resiste o se niega rotundamente. Es universalmente entendido que la seguridad del niño empuja todas las otras consideraciones, apoyando decisiones profesionales que pueden derogar los derechos de autonomía del niño. Los escenarios típicos incluyen el joven suicida o el adolescente anoréxico, física y mentalmente debilitado, hospitalizado psiquiátricamente en contra de sus deseos.

Es importante para el psiquiatra infantil considerar siempre el grado de desarrollo emocional y la maduración cognitiva del niño en cuestión. Por ejemplo, un niño opositor de ocho años, que a menudo presenta un comportamiento con agresión física en el entorno escolar, puede ser llevado por los padres para una evaluación psiquiátrica en contra de su voluntad. Por el contrario, la joven de 17 años que molesta a sus padres, al negarse a asistir a un rito religioso, no parece necesitar ayuda de un profesional y, más bien, su desacuerdo con la participación en una evaluación psiquiátrica propuesta parece merecer respeto y deferencia. En resumen, la edad cronológica de un niño, el grado de madurez cognitiva y

emocional y las preocupaciones sobre su seguridad requieren una evaluación al sopesar el grado de respeto que se debe tener ante la capacidad autónoma de toma de decisiones del joven. Estas consideraciones contribuyen a su vez al objetivo del psiquiatra infantil de elegir el enfoque más beneficioso para una situación clínica. (Entre paréntesis, deben tenerse en cuenta deliberaciones similares con respecto a los niños involucrados como sujetos en la investigación psiquiátrica, un tema discutido en la sección de investigación a continuación).

Los psiquiatras infantiles a menudo reciben solicitudes o demandas de una variedad de entidades con intereses en los resultados clínicos. Por ejemplo, los psiquiatras infantiles que brindan atención a delincuentes juveniles, que vivían en hogares de guarda antes de ser colocados por el sistema judicial en un centro psiquiátrico, probablemente se les soliciten datos o investigaciones desde los tribunales, agencias de servicios sociales, hospitales y centros de tratamiento residenciales, también desde los mismos niños infractores y sus familias biológicas y adoptivas. A menudo, cada entidad tendrá objetivos y metas diferentes y posiblemente opuestos. Es probable que el psiquiatra infantil sienta un grado de obligación para con todos; en términos éticos, el psiquiatra podría experimentar una crisis de *agencia*, es decir, ¿a cuál de estas entidades debe lealtad? En última instancia, el principio y el concepto de fidelidad dictaminan que la principal responsabilidad y cargo del psiquiatra infantil es involucrarse en la defensa del paciente, buscando el mejor resultado o el menos perjudicial para el joven. A menudo, ese resultado requiere que el profesional facilite la comunicación entre las diversas partes interesadas y posiblemente medie entre ellas. La principal obligación ética del psiquiatra infantil, sin embargo, es abogar por los intereses del paciente.

Los padres y los países periódicamente se involucran en posiciones altamente autoritarias. Una ilustración a nivel familiar es la de los padres que culpan a su hijo por la disfunción familiar, se niegan a participar en terapia familiar y posteriormente “resuelven el problema” y arreglan la situación enviando al niño a un internado (Salinger, 1951). Un ejemplo a nivel macro es la administración de la ciudad que expulsa a un gran número de sus residentes, incluidos los “enfermos mentales” inestables, a puntos desconocidos, describiendo a los ciudadanos como amenazas a la seguridad pública (Spegele, 2011). En ambos casos, se ignoran los derechos de autonomía de individuos relativamente indefensos. Por supuesto, existen fuerzas que están más allá de la capacidad del psiquiatra infantil de controlar, pero el psiquiatra como defensor puede dar voz profesional a aquellas intervenciones que sean más respetuosas con la elección individual y producir mejores resultados clínicos para grupos pequeños y grandes de pacientes.

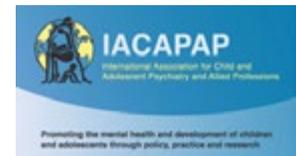
CONFIDENCIALIDAD

Por lo general, a los individuos se les otorga el derecho a la privacidad, lo que implica que controlan la propiedad de su información personal. Cuando dicho material se comunica a los médicos durante la evaluación o el tratamiento, el médico es éticamente (Winslade, 1978) y legalmente (Simon, 1987) obligado a considerar la información como confidencial, es decir, no revelarla a nadie sin el permiso del paciente. Tal comportamiento profesional es respetuoso con la autonomía del paciente, y evita el daño (no maleficencia) que se produciría fácilmente, directamente al paciente e indirectamente a la relación terapéutica, si ocurriera una violación deliberada.

Sin embargo, el mantenimiento de la confidencialidad en todas las circunstancias no es un bien en sí mismo; tal dedicación rígida al concepto podría causar daño. Varios asuntos merecen consideración. En primer lugar, las diferencias entre las capacidades cognitivas de adultos y niños sugieren que los adultos han alcanzado una madurez cognitiva que los niños solo alcanzan después del desarrollo continuo hasta la adolescencia. Por lo tanto, se percibe que los niños carecen de la amplitud de comprensión presumiblemente disponible para los adultos; en la instancia actual, una sólida comprensión de los derechos de confidencialidad y sus posibles límites. En consecuencia, así como los niños, utilizando un razonamiento idéntico, no pueden dar su consentimiento legal para el tratamiento, sólo sus tutores adultos pueden dar su consentimiento a la divulgación de información confidencial de los niños a terceros. En segundo lugar, los tratamientos psiquiátricos de los niños son más comúnmente iniciados por los padres o tutores, presumiblemente con una intención benéfica. Los padres naturalmente desean recibir comentarios y retroalimentación de los médicos sobre sus hijos, pueden estar directamente involucrados en el tratamiento y, a menudo, expresan sus derechos de acceder a la información sobre sus hijos, incluido posiblemente material confidencial. En tercer lugar, la comprensión de la confidencialidad, su deseabilidad y sus beneficios se desarrolla gradualmente, de manera concomitante con el sentido de autonomía del niño en desarrollo. El niño en edad preescolar y en edad escolar probablemente se sorprendería y se molestaría si un psiquiatra no proporcionara información pertinente a sus padres sobre la base de proteger las confidencias del niño. No compartir información relevante con los padres podría trastornar la estabilidad emocional del paciente. Sólo cuando el niño madure será más probable que el psiquiatra de niños y adolescentes escuche las solicitudes de los pacientes de que no se divulgue material específico a los padres.

Más comúnmente, tales luchas entre padres e hijos sobre el control de la información pasan a primer plano durante la adolescencia. Los adolescentes a menudo plantean problemas que entran en conflicto con las actitudes y costumbres predominantes de los padres o la sociedad o que provocan problemas de seguridad. Retóricamente, ¿cómo es el psiquiatra de niños y adolescentes para abordar la intención expresa del paciente de entrar en el sistema informático de una escuela; participar en actividades sexuales prohibidas; experimentar con drogas ilícitas; romper el toque de queda; aventurarse con amigos en comunidades inseguras; o participar en actividades políticas encubiertas, potencialmente peligrosas? Tales instancias ponen a prueba los músculos clínicos del médico, y el conflicto interno de respetar o violar los derechos de confidencialidad autónoma del paciente se coloca en primer plano.

Distintos principios luchan por el primer puesto. Las consideraciones de seguridad son las más importantes. Si un psiquiatra percibe la amenaza inminente de un adolescente para sí mismo o para otros, se debe violar la adherencia a la confidencialidad y se debe informar a los guardianes u otras entidades protectoras para garantizar el mantenimiento de la vida del paciente y la seguridad del medio ambiente. A falta de tales expresiones francas de intenciones o comportamientos suicidas y homicidas, las situaciones de área gris, que involucran el potencial de diversos grados de riesgo (Ponton, 1997), requieren una evaluación sensible de las circunstancias con, en el mejor de los casos, incertidumbre sobre el mantenimiento o la violación de derechos de confidencialidad



Haz click en la imagen para acceder a la declaración de práctica ética de la IACAPAP

Además, los profesionales pueden ayudar mejor a sus pacientes evitando el atrapamiento mediante reglas rígidas con respecto a la observación de los derechos de confidencialidad. Más bien, la adopción desde el inicio de un enfoque de tratamiento basado en la familia versus individual, con “confianza mutua” en lugar de la administración de consejos paternalistas, sirve de sustento para la relación terapéutica, fomenta el uso de la razón, la persuasión, el tacto y el juicio clínico para dictar el grado en que la información confidencial puede ser transmitida, en cada caso, y por quién. Se requiere una colaboración similar con los niños y sus padres sobre la naturaleza y el contenido del material escrito que se transmitirá a las agencias y otros proveedores de atención. Se recomienda precaución a la luz de las preocupaciones con respecto a la posible longevidad de dicho material (Alessi, 2001), así como su ocasional liberación inapropiada a destinatarios no deseados (por ejemplo, Conn, 2001), los cuales deben discutirse con el paciente y sus padres.

Las familias tradicionales, que viven en entornos con pocos recursos o que han inmigrado a lugares más ricos, a menudo contrastan con las familias de entornos desarrollados prestando menos atención a la autonomía del niño, ya que, por el contrario, ponen mayor énfasis en la necesidad de que la voluntad del joven se integre a los objetivos y deseos de los adultos de la familia o del clan. En estas familias, la noción de los derechos de confidencialidad de un niño puede, por lo tanto, experimentar un gran desafío. Por ejemplo: “Todo lo que mi hijo quiera decir se puede decir, y hay que decirlo, con nosotros presentes, no tenemos nada que esconder el uno del otro”. Enfrentarse directamente a esa postura pregonando los derechos de confidencialidad probablemente terminará en un fracaso. Por el contrario, es más probable que el reconocimiento del deseo de los padres de obtener información pertinente mientras se promueven los beneficios potenciales derivados del respeto de la autonomía individual, en un modelo que enfatiza la inclusión de todos los miembros de la familia, resulte en la atención más eficaz y benéfica para el niño. En contraste con las diferentes formas de abordar la confidencialidad por parte de las familias, un estudio determinó que las respuestas de los psiquiatras en tres países a los escenarios de confidencialidad eran similares, no se observaron diferencias significativas entre los profesionales (Lindenthal et al, 1985).

INVESTIGACIÓN

Debido a que los niños no pueden dar su consentimiento por sí mismos, la investigación que los involucra plantea desafíos éticos particulares. Cabe destacar que cada vez se tiene más en cuenta que es en interés de los niños que se realizan investigaciones de buena calidad: ya se ha resaltado la falta de pruebas sobre la efectividad de muchos tratamientos en los jóvenes y que el extrapolar a los niños los resultados encontrados en ensayos realizados en poblaciones adultas no es necesariamente válido. Para resolver este problema, algunos gobiernos (por ejemplo, los EE.UU.) proporcionan incentivos financieros (por ejemplo, extendiendo el período de patente de un medicamento) si se realizan investigaciones en niños. A pesar de esto, la investigación en los jóvenes debe cumplir con los principios y requisitos éticos debido a los riesgos de explotación. Estos principios se detallan en una variedad de documentos anclados en el Código de Nuremberg (que contiene principios éticos de investigación para la experimentación humana como resultado de los Juicios de Nuremberg posteriores a la Segunda Guerra Mundial) y la Declaración de Helsinki de 1974 (Capítulo J.7 en este libro describe con cierto

Asentir

El asentimiento conlleva (Comité de Bioética de la Academia Americana de Pediatría, 1995):

- Ayudar a los niños a obtener una comprensión apropiada del desarrollo de la naturaleza de su enfermedad
- Explicar qué pueden esperar (lo bueno y malo) de su tratamiento
- Evaluar la comprensión de la situación por parte de los niños, incluso si están siendo presionados inadecuadamente, y
- Buscar una expresión de la voluntad del niño para aceptar el tratamiento

En el caso de la participación en la investigación, si los niños no tienen otra opción y su rechazo o desacuerdo no cuenta, no se debe fingir que el requerir su asentimiento es proporcionar una opción. Los niños necesitan saber si tienen o no tienen otra opción. Un requisito de asentimiento protege a los niños de daños psicológicos o de otro tipo. Los niños se benefician al saber lo que sucederá, tendrán voz y serán escuchados aunque no tengan la autoridad final para tomar decisiones. Buscar asentimiento también respeta al niño como persona. Parte de eso es proporcionar oportunidades para que los niños desarrollen autonomía. Sin embargo, el asentimiento por sí mismo no es suficiente para autorizar la participación en la investigación.

Disentir

Significa que las objeciones y la angustia de los niños se tienen en cuenta incluso cuando el niño es incapaz de participar en las discusiones o decidir. En el caso de la participación en ensayos de investigación, la disidencia no funciona solo en el momento de la inscripción. La disidencia puede ser sobre un niño que quiere retirarse de la investigación.



Haz click en la imagen para acceder a “Entender el consentimiento en la investigación que involucra a niños: las cuestiones éticas”

detalle las implicaciones para la investigación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, particularmente en países de bajos ingresos y en comunidades que viven guerras o conflictos civiles).

La Declaración de Berlín (2004) de IACAPAP - Principios de Ética en Salud Mental de Niños y Adolescentes (revisada en Melbourne, 2006) - establece que “el consentimiento informado para ser un sujeto de investigación debe basarse en los siguientes principios:

- Es esencial que la investigación clínica con seres humanos esté dirigida a promover la salud
- El bienestar del sujeto de investigación tiene prioridad sobre los intereses de la ciencia y la sociedad
- La realización de un proyecto de investigación en seres humanos debe basarse en una propuesta claramente escrita que sea aprobada por un comité ético independiente que incluya representantes de los padres y la ley
- La participación es voluntaria. Cualquier sujeto puede rechazar o discontinuar la participación sin presión, penalidad o pérdida de beneficio
- Los niños y adolescentes pueden no tener la capacidad de dar su consentimiento informado para ser sujetos de investigación. Sin embargo, su asentimiento debe ser obtenido. El asentimiento debe tener en cuenta la edad, la madurez y el estado psicológico del niño involucrado. Si el niño no puede dar su consentimiento, se requiere el “consentimiento del apoderado” de un padre o tutor legal.
- El consentimiento informado requiere una declaración de que el

estudio involucra investigación, junto con información sobre los propósitos, duración y procedimientos del estudio. Debe incluir una descripción de los riesgos e incomodidades previsibles involucrados, y de los beneficios para el sujeto que se esperan como resultado de la investigación. Tratamientos alternativos deben ser discutidos

- En la actualidad, gran parte de la prescripción de medicamentos psicotrópicos en niños es “off-label” (no oficial). Existe una necesidad urgente de investigación farmacológica en niños. Es un mandato ético que los medicamentos se estudien adecuadamente en los niños y que su eficacia se establezca empíricamente antes de que sean ampliamente utilizados. Los resultados de los ensayos clínicos deberían estar disponibles para el público, incluso cuando el ensayo no establezca la efectividad empíricamente. “Ningún ensayo clínico finaliza hasta que los datos estén disponibles”.

La investigación que involucre a niños como participantes siempre debe ser revisada y aprobada por comités de revisión ética debidamente constituidos; este es un requisito para su publicación en la mayoría de las revistas científicas. En los EE. UU., Los Reglamentos Federales especifican las circunstancias en las que se puede aprobar la investigación con niños; es decir, si la investigación:

- *No implica más que un riesgo mínimo*
- *Implica un riesgo mayor que el mínimo, pero presenta la perspectiva de un beneficio directo para los sujetos individuales.* En este caso, el riesgo se justifica por el beneficio anticipado, y la relación del beneficio anticipado con el riesgo es al menos tan favorable para los sujetos como la presentada por las alternativas disponibles.
- *Implica un riesgo mayor que el mínimo y ninguna posibilidad de*

Conflictos de interés

Los conflictos de interés pueden ser inevitables para los clínicos debido a las múltiples responsabilidades y relaciones que son parte integrante de la práctica médica. Sin embargo, estar sujeto a intereses en conflicto no es necesariamente antiético. El mantenimiento de la práctica ética está determinado por la forma en que uno los maneja. El conocimiento de los estándares profesionales, el reconocimiento de posibles conflictos y la divulgación adecuada son pasos clave en este proceso.

La investigación financiada por la industria farmacéutica informada en revistas psiquiátricas ha aumentado constantemente. Además, los resultados positivos se informan con mucha mayor frecuencia en los ensayos financiados (78%) que en aquellos sin patrocinio industrial (48%) o aquellos financiados por un competidor (28%) (Kelly et al, 2006). El problema obvio surge en cuanto al grado en que la investigación financiada por la industria influye en los hallazgos y en qué medida uno puede confiar en dicho trabajo.

Los conflictos de intereses no están restringidos a los ensayos de medicamentos. Por ejemplo, The Lancet publicó en 1998 un estudio que sugería un vínculo entre el autismo y la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR). El informe causó conmoción en todo el mundo y también atemorizó a padres y médicos. Como consecuencia, las tasas de vacunación MMR en Inglaterra disminuyeron en un 10% en los siguientes 5 años, mientras que los casos de sarampión casi se cuadruplicaron. Más tarde, un periodista estableció que el autor principal no había revelado que la Junta de Asistencia Jurídica le había encargado que determinara, por una tarifa considerable, si la evidencia era suficiente para respaldar una acción legal de los padres de niños presuntamente perjudicados por la vacuna. The Lancet posteriormente se retractó del artículo y el Consejo Médico General del Reino Unido determinó que el autor principal no estaba en condiciones de ejercer. La investigación posterior ha refutado de manera concluyente cualquier vínculo entre la vacuna y el autismo (Demicheli et al, 2005).

Autoría

El Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (2006) explica que la autoría debe basarse en todos los siguientes criterios:

- Contribuciones sustanciales a la concepción y diseño del estudio o adquisición de datos o su análisis e interpretación.
- Redacción del artículo o revisión crítica; y
- Aprobación del borrador final.

La autoría de “invitado”, “honorífica” o “de regalo” no se consideran éticas. Un autor invitado es aquel que se menciona a sabiendas como autor para influir en los revisores o para buscar algún beneficio o favor profesional.

beneficio directo para los sujetos individuales, pero es probable que genere conocimiento generalizable sobre el trastorno del sujeto si:

- El riesgo representa un pequeño aumento sobre el riesgo mínimo
- La intervención presenta experiencias a sujetos que son razonablemente proporcionales a aquellas inherentes a sus situaciones médicas, psicológicas, sociales o educacionales reales o esperadas, y
- Es probable que la intervención produzca un conocimiento generalizable sobre el trastorno que es de vital importancia para la comprensión o la mejora de la condición de los sujetos.
- *Investigación que presenta la oportunidad de comprender, prevenir o aliviar un problema grave que afecta la salud o el bienestar de los niños si:*
 - La investigación presenta una oportunidad razonable para profundizar en la comprensión, prevención o alivio de un problema grave que afecta la salud o el bienestar de los niños, y
 - La investigación se llevará a cabo de acuerdo con sólidos principios éticos.

El uso de placebo ha sido más controvertido en niños que en adultos. Si bien se reconoce la necesidad de ensayos controlados con placebo, los placebos no deben utilizarse si existe riesgo de daño para los participantes o si hay disponible un tratamiento igualmente seguro.

Los padres son los principales responsables de la toma de decisiones por sus hijos, incluida la participación en la investigación. La toma de decisiones de los padres es un factor crítico en el estudio de la ética de la investigación pediátrica, a pesar de que se reconoce que los padres, así como los investigadores, pueden tener intereses que entren en conflicto con los mejores intereses del niño. También se reconoce el papel legítimo del niño en las decisiones sobre la participación en la investigación. El concepto ético de asentimiento proporciona un marco para ayudar a los investigadores y padres con los esfuerzos para incorporar las opiniones de los niños que son reclutados como sujetos de investigación. El asentimiento es análogo al consentimiento cuando los participantes tienen una capacidad reducida para comprender el asunto al que están dando su consentimiento.

Si bien los principios generales sobre el consentimiento para la investigación son ampliamente aceptados, existen variaciones entre los países y los problemas se vuelven más complejos en situaciones especiales. Por ejemplo, en Australia y el Reino Unido, los menores de edad pueden, en algunas circunstancias, dar su consentimiento a la investigación sin el consentimiento adicional de los padres cuando el niño está “lo suficientemente maduro como para comprender”. Cuando el joven es maduro y el riesgo de la participación en la investigación no es más que malestar, el objetivo es beneficiar a los jóvenes y existen otras buenas razones para no involucrar a los padres (por ejemplo, investigación en Internet), los menores también pueden dar su consentimiento. Además, el consentimiento de los padres no siempre es necesario, por ejemplo, en situaciones donde buscar el consentimiento de los padres es inapropiado (por ejemplo, si los padres son negligentes o abusivos) o no ofrece protección (sin embargo, puede requerirse el consentimiento de otro

adulto si ese es responsable de la seguridad y bienestar del niño).

Otro problema potencialmente inquietante es si es aceptable ofrecer dinero o beneficios a los niños por participar en la investigación y, de ser así, en qué circunstancias (esto solo se produce cuando el efectivo u objetos de valor son superiores al reembolso de los gastos). Las políticas sobre recompensas también varían según los países, pero se consideraría poco ético si las recompensas pudieran llevar a los participantes, o a los que deciden por ellos, a ignorar o subestimar significativamente los riesgos graves.

POPURRÍ

Como el pensamiento ético subyace en la estructura y la práctica de la psiquiatría de niños y adolescentes en su totalidad, la gama de temas potencialmente disponibles para la discusión es amplia. Los más destacados se han abordado, y los temas que siguen, discutidos brevemente, están abiertos a una investigación con mucho mayor detalle.

Conflictos de interés

La influencia de terceros ha recibido considerable atención de los medios en el pasado reciente, que proviene principalmente de los esfuerzos de la industria farmacéutica para promover las ventas de sus productos, a través de subsidios manifiestos y sutiles y otros incentivos para los médicos (Schowalter, 2008). Dichos intentos externos de influencia también son ejercidos por los proveedores de seguro de salud, personal del sistema escolar, agencias gubernamentales, tutores, colegas e inversionistas financieros. Las lealtades competitivas internas pueden derivarse de las rivalidades interpersonales, las relaciones y las pasiones intelectuales, lo que resulta en juicios sesgados en lugar de desapasionados (Walter et al, 2010). Comúnmente, estos conflictos surgen en contextos de investigación y publicación, así como interpersonales. En todos los casos, el psiquiatra infantil está obligado a priorizar el bienestar del paciente por encima de los otros intereses que compiten por la atención. Los conflictos internos del psiquiatra infantil se manejan mejor a través de la transparencia, la honestidad, la notificación, la divulgación, el autoexamen y el auto-escrutinio. La prueba de fuego es ponerse en el lugar del paciente y examinar la cuestión desde esa perspectiva (Brewin, 1993).

Enseñanza, entrenamiento y aplicación

La enseñanza de la ética es solicitada por los organismos de acreditación de formación de residencia (Dingle & Stuber, 2008). Los temas comúnmente revisados incluyen vocación, consentimiento/ asentimiento, autonomía, inquietudes de investigación, límites, confidencialidad, relaciones profesionales con proveedores de servicios de salud y la industria, y la relación y distinción entre la ética y la ley (Sondheimer, 1998). Se recomienda el estudio del código de ética de psiquiatría de niños y adolescentes del país de origen. Los recursos con los que cuentan los psiquiatras infantiles que se enfrentan a dilemas éticos incluyen comités de ética, juntas de revisión institucional, organismos de acreditación médica estatales o nacionales, e individuos con experiencia conocida en ética. Generalmente, los reclamos de naturaleza ética se plantean contra los médicos en ejercicio por un miembro de la familia del paciente o, raramente, por sus colegas. Dichas quejas se deben canalizar en la dirección de personas y comités con experiencia en ética, que luego pueden asesorar sobre la mejor manera de seguir los pasos siguientes.

Administración

Los psiquiatras de niños y adolescentes tratan a pacientes individuales. También dirigen unidades para pacientes internados y ambulatorios, hospitales y residencias; son responsables de pequeñas y grandes empresas de investigación; y planifican la atención para poblaciones demográficas definidas de tamaños enormemente variables. En estos roles, son responsables, aunque indirectamente, del bienestar y las condiciones de trabajo de los pacientes y el personal. En diversos grados, estos psiquiatras infantiles administradores tendrán la responsabilidad de hacer presupuestos; determinar las necesidades de varios servicios; revisar la acreditación y los privilegios de los empleados; crear procesos de supervisión fluidos con líneas claras de autoridad; asegurar la documentación en registros médicos y otros registros administrativos; y la supervisión de toda la gama de investigaciones, incluida la contratación de sujetos, la obtención del consentimiento, la protección de la confidencialidad, la recopilación y el análisis de datos y la difusión de los resultados (Sondheimer, 2010). Los problemas éticos a menudo surgen en estas esferas de actividad. ¿Cómo financiar un nuevo servicio clínico que puede tener un impacto negativo en otro frente a los recursos financieros institucionales o gubernamentales limitados?; ¿cómo responder a los miembros individuales del personal que observan los protocolos organizacionales en grados muy diferentes?; ¿Cómo abordar una junta de revisión institucional, algunos de cuyos miembros pueden ser más amigables con una propuesta de investigación que otros? Un proceso de razonamiento ético ayuda a dar respuesta a las distintas interrogantes; con frecuencia, la concentración en el principio de la justicia (distributiva) ayuda a resolver los conflictos entre elecciones difíciles (Sabin y Daniels, 1994).

PREOCUPACIONES RECIENTES Y EMERGENTES

Genómica

Las últimas dos décadas han sido testigos de una explosión del conocimiento de la información genética, teniendo el potencial de decodificar las secuencias de ADN de los niños. Se han realizado muchos esfuerzos para determinar las relaciones entre secuencias de genes específicos y trastornos psiquiátricos. Si bien los resultados hasta la fecha no han arrojado resultados consistentes, es probable que las investigaciones continuas produzcan resultados utilizables en el futuro, lo que posiblemente conlleve cambios en la nomenclatura diagnóstica y la introducción de terapias génicas. La confidencialidad, el asentimiento/ consentimiento, los derechos a conocer y no conocer la presencia de la enfermedad, las evaluaciones autorizadas o no autorizadas para los trastornos y las predicciones de inicio de la enfermedad se encuentran entre las preocupaciones éticas planteadas por las nuevas tecnologías que exigirán un examen más detenido (Appelbaum, 2004) .

Pródromos psiquiátricos

De manera análoga al potencial de la genómica basada en moléculas para predecir el desarrollo eventual de enfermedades psiquiátricas, el examen de árboles genealógicos y la observación clínica han llevado a estudios de intervenciones de tratamiento con poblaciones adolescentes en riesgo de manifestar esquizofrenia (McGorry et al, 2009). Del mismo modo, las definiciones ampliadas del trastorno bipolar han llevado a la exposición de niños muy pequeños a los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo, como ya se destacó. Si bien estos esfuerzos preventivos son superficialmente admirables ya que, en teoría, tienen el potencial de

evitar el desarrollo y el sufrimiento de una enfermedad mental grave, también son cuestionables dado el estado actual de ignorancia relativa de la profesión (Cornblatt et al, 2001).) No hay herramientas de predicción confiables para el desarrollo de la enfermedad, no es posible determinar la efectividad del tratamiento preventivo, las intervenciones de tratamiento con medicamentos (neurolépticos) podrían causar más daño que beneficio (especialmente cuando se prescriben para personas que, en primer lugar, no necesitarían de ellos), y los individuos no psicóticos podrían ser estigmatizados (Frances, 2011).

Mejoramiento neurológico (Neuroenhancement)

El aumento farmacológico de la función neurológica normal plantea diferentes problemas. Los psiquiatras infantiles se sienten cómodos al tratar enfermedades o trastornos (por ejemplo, antidepresivos para la depresión, neurolépticos para trastornos del pensamiento severos) mejorando así el estado de ánimo, las cogniciones y la relación con otros. Si bien los diagnósticos generalmente se basan en el cumplimiento de los criterios designados, a veces se emplean porque los signos sugieren la posible presencia de un trastorno. Por ejemplo, los padres que buscan crear ventajas académicas para su hijo pueden buscar tratamiento -basado en un conjunto de situaciones donde el niño manifestó alguna deficiencia atencional- con medicamentos estimulantes para ayudar a su hijo a concentrarse más intensamente en las tareas. ¿Están estos padres buscando una ventaja injusta? ¿Tales maniobras disminuyen la estima derivada del trabajo duro y la superación personal? ¿El psiquiatra infantil considerará las posibilidades de daño, por ejemplo, los efectos secundarios o el fomento de una dependencia inicial de las drogas como ayuda? O bien, ¿mejorar el rendimiento del niño puede ser beneficioso para el joven y para la sociedad en general (Farah et al, 2004)? ¿Las mejoras del estado de ánimo y la cognición a través de medicamentos recetados difieren de las mejoras en el funcionamiento físico y emocional derivadas de la cirugía de reemplazo articular, las inyecciones de Botox y las tazas de café por la mañana? ¿La sociedad distingue entre cuerpo y mente, sintiéndose más cómoda con la mejora del primero y mareada con respecto a la segunda (mientras que a la inversa tiene en cuenta el antagonismo de la mayoría hacia el uso de esteroides y “doping” en deportes competitivos)? La mejora neurológica trae a primer plano cuestiones de identidad, autocontrol, libre albedrío y responsabilidad, y estas preguntas surgirán con una frecuencia cada vez mayor para los padres preocupados por sus hijos (Cheung, 2010).

Electrónica, redes sociales y bullying

La psiquiatría, después de una cierta inquietud inicial, se ha visto inmersa en el mundo de la electrónica (Huang y Alessi, 1996). Los profesionales y las instituciones emplean computadoras para llevar registros, prescribir, facturar, programar citas y comunicarse; la profesión reacciona electrónicamente a la cobertura de los medios; y los profesionales diseñan páginas web personales, blogs, y tratan sobre el buen uso y el uso indebido de una variedad de instrumentos electrónicos por parte de los pacientes. Este nuevo mundo de la tecnología, como fue el caso de todas las épocas anteriores que marcaron el comienzo de innovaciones tecnológicas ampliamente extendidas, tiene el potencial de generar impactos positivos y negativos para sus usuarios. Ellos son mejor juzgados por los viejos criterios éticos tradicionales; los dilemas que plantean las nuevas tecnologías siguen siendo los mismos, simplemente se visten con modas novedosas. Además del uso heurístico de las tecnologías para

los psiquiatras infantiles en la administración diaria, la educación, la investigación y la práctica clínica, ofrecen beneficios específicos para los pacientes, por ejemplo, la oportunidad para los niños con trastornos del desarrollo, socialmente incómodos y temerosos, de participar socialmente con los demás electrónicamente en lugar de cara a cara (Panyan, 1984). Para muchos de estos jóvenes, estas comunicaciones proporcionan una sensación cómoda de compromiso y, para algunos, conducen a reuniones posteriores en persona con sus contactos. Del mismo modo, muchos programas de computadora brindan asistencia a niños con trastornos de aprendizaje y comunicación.

Sin embargo, al igual que con todas las nuevas tecnologías, también están abiertas al mal uso. La intimidación de los niños por parte de sus compañeros es un problema milenario, pero el perpetrador del pasado siempre se podía identificar fácilmente. Con el advenimiento de la tecnología actual, el ciberbullying permite el hostigamiento anónimo de compañeros desprevenidos y vulnerables, lo que generalmente causa angustia considerable y ocasionalmente un artículo de primera plana tras el suicidio de un joven hostigado o acosado (Boyd & Marwick, 2011). Las intervenciones preventivas y posteriores al incidente se han creado como respuesta, pero, dada la inmadura comprensión de los niños de las consecuencias y el anonimato que brindan las comunicaciones electrónicas, es probable que estos comportamientos maliciosos continúen en un mundo que actualmente contiene 800 millones de miembros de Facebook. La ética psiquiátrica requiere que los profesionales de la psiquiatría infantil estén al tanto de estos desarrollos, el potencial de la electrónica para ser usada tanto para bien como para mal, la necesidad de abogar y cuidar a aquellos que han sufrido, educar a las comunidades sobre posibles beneficios y peligros y ayudar en la implementación de programas de intervención escolares relevantes.

CONCLUSIÓN

Los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes, ya sea que se encuentren en áreas o países acomodados, pobres o de clase media, comparten las mismas responsabilidades: abogar y brindar atención a los jóvenes, comúnmente el grupo de edad menos protegido y más vulnerable, independiente de la localidad. Las consideraciones éticas, los principios y las formas de pensar sobre los dilemas, ya sea que surjan en contextos clínicos, administrativos o de investigación, siguen siendo los mismos, independientemente de la configuración regional. Sin embargo, los recursos disponibles en las distintas regiones difieren notablemente, lo que da como resultado diferentes resoluciones a estos dilemas en cada lugar. Los objetivos éticos fundamentales de brindar protección e intervenciones beneficiosas a los niños siguen siendo las expectativas sociales y profesionales generales del psiquiatra infantil. Este capítulo, enfocándose en asuntos tan básicos como asentimiento, disentimiento, diagnóstico, tratamiento, confidencialidad e investigación, junto con una mirada a los desarrollos recientes en el campo, ha proporcionado elementos útiles para reflexionar sobre asuntos éticos que impactan en los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes, independientemente de su país de ciudadanía.

REFERENCIAS

- Alessi N (2001). Information technology and child and adolescent psychiatry. *Behavioral Health Trends*, 13:24-29.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009). *Code of Ethics*.
- American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 3rd edition (2005). New York: Houghton Mifflin.
- Angell M (2011). The illusions of psychiatry. *New York Review of Books*, 14 July.
- Appelbaum P (2004). Ethical issues in psychiatric genetics. *Journal of Psychiatric Practice*, 10:343-351.
- Aries P (1962). *Centuries of Childhood*. New York: Random House.
- Baker E (2011). Rebecca Riley's estate receives \$2.5M. *Weymouth News*, January 25.
- Baldwin D, Kosky N (2007). Off-label prescribing in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13:414-422.
- Bass J, Bolton P, Murray L (2007). Do not forget culture when studying mental health. *Lancet*, 369:1302-1313.
- Beauchamp T (2009). The philosophical basis of psychiatric ethics. In S Bloch, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 4th edition. Oxford: Oxford University Press, pp25-48.
- Belfer M, Eisenbruch M (2007). International child and adolescent mental health. In A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp87-101.
- Betancourt T (2011). Attending to the mental health of war-affected children: the need for longitudinal and developmental research perspectives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:323-325.
- Bloch S (2007). Care ethics: what psychiatrists have been waiting for to make sound ethical decisions. *Psychiatric Annals*, 37:787-791.
- Bostic J, Bagnell A (2001). School psychiatric consultation: an organizing framework and empowering techniques. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:1-12.
- Boyd D, Marwick A (2011). Bullying as true drama. *New York Times*, 23 September, pA35.
- Brener N, Weist M, Adelman H et al (2007). Mental health and social services: results from the school health policies and programs study. *Journal of School Health*, 77:486-499.
- Brewin T (1993). How much ethics is needed to make a good doctor? *Lancet*, 341:161-163.
- Bucheler R, Schwab M, Morike K et al (2002). Off label prescribing to children in primary care in Germany: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 324:1311-1312.
- Carey B (2007). Bipolar illness soars as a diagnosis for the young. *New York Times*, 4 September.
- Cheung E (2010). Psychiatry in the era of neuroethics. *Psychiatric Times*, 37:35-38.
- Committee on Bioethics of the American Academy of Pediatrics (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, 95:314-317.
- Conn J (2001). Jackson Health reports inappropriate access of patient records. 14 June. <http://www.modernhealthcare.com/article/20110614/NEWS>
- Cornblatt B, Lencz T, Kane J (2001). Treatment of the schizophrenia prodrome: is it presently ethical? *Schizophrenia Research*, 51:31-38.
- DeJong J, Van Ommeren M (2005). Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42:437-456.
- DeMause L (1974). The evolution of childhood. In L DeMause (ed) *The History of Childhood*. New York: Harper & Row.
- Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A et al (2005). Vaccines for measles, mumps and rubella in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub2
- Dingle A, Stuber M (2008). Ethics education. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:187-207.
- Efron D, Hiscock H, Sewell J et al (2003). Prescribing of psychotropic medications for children by Australian paediatricians and child psychiatrists. *Pediatrics*, 111:372-375.
- Enzer N (1985). Ethics in child psychiatry – an overview. In D Schetky, E Benedek (eds) *Emerging Issues in Child Psychiatry and the Law*. New York: Brunner/Mazel.
- Farah M, Illes J, Cook-Deegan R, et al (2004). Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, 5:421-425.
- Fombonne E (2005). Developing modern child psychiatry. *World Psychiatry*, 4:156.
- Forbes M (1992). *Refugee Women*. London: Zed Press.
- Frances A (2011). Australia's reckless experiment in early intervention. *Psychiatric Times*, June 8.
- Gabbard G, Nadelson C (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 273:1445-1449.
- Gabbard G, Weiss L, Roberts L et al (2011). *Professionalism in Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Giel R, Arango M, Clement C et al (1981). Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68:677-683.
- Goldberg C (2007). Bipolar labels for children stir concern. *Boston Globe*, February 15.

- Graham P (1999). Ethics and child psychiatry. In S Bloch, P Chodoff, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, pp301-315.
- Graham P, Orley J (1999). WHO's activities related to psychosocial aspects of health (including child and adolescent health and development). In G de Girolamo, N Sartorius (eds) *Promoting Mental Health Internationally*. London: Gaskell, pp117-131.
- Hinshaw S, Scheffler R, Fulton B et al (2011). International variation in treatment procedures for ADHD: social context and recent trends. *Psychiatric Services*, 62:459-464.
- Holden E, Santiago R, Manteuffel B et al (2003). Systems of care model demonstration projects: innovation, evaluation, and sustainability. In A Pumariega, N Winters (eds) *Handbook of Child and Adolescent Systems of Care: the New Community Psychiatry*. San Francisco: Jossey-Bass, pp432-459.
- Huang M, Alessi N (1996). The Internet and the future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 153:861-869.
- Hugtenburg J, Heerdink E, Tso Y (2005). Psychoactive drug prescribing by Dutch child and adolescent psychiatrists. *Acta Paediatrica*, 94:1484-1487.
- IACAPAP (2006). *Ethics in Child and Adolescent Mental Health*.
- Kelly R, Cohen L, Semple R et al (2006). Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychological Medicine*, 36:1647-1656.
- Kim Y-S, Leventhal B, Koh Y-J et al (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168:904-912.
- Kirmayer L, Minas H (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45:438-446.
- Koelsch M, Fegert J (2010). Ethics in child and adolescent psychiatric care: an international perspective. *International Review of Psychiatry*, 22:258-266.
- LaFraniere S, Levin D (2010). Assertive Chinese held in mental wards. *New York Times*. November 11.
- Lambert L (2010). Rebecca Riley murder case puts focus on bipolar disorder and kids. *Patriot Ledger.com*. February 20.
- Layne C, Saltzman W, Popleton L et al (2008). Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:1048-1062.
- Leckman J, Leventhal B (2008). A global perspective on child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49:221-225.
- Lewis O, Sargent J, Friedrich W et al (2001). The impact of social change on child mental health in Eastern Europe. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:815-824.
- Lindenthal J, Thomas C, Ghali A (1985). A cross-cultural study of confidentiality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20:140-144.
- Macbeth J (2002). Legal issues in the treatment of minors. In D Schetky, E Benedek (eds) *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, pp309-323.
- Malhotra S (1995). *Study of Psychosocial Correlates of Developmental Psychopathology in School Children: Report to Indian Council for Medical Research*. New Delhi: Indian Council for Medical Research.
- March J, Silva S, Petrycki S et al (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:807-827.
- McGorry P, Nelson B, Amminger G et al (2009). Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70:1206-1212.
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Musto D (2007). Prevailing and shifting paradigms: a historical perspective. In: A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp11-17.
- Omigbodun O (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International Review of Psychiatry*, 20:225-235.
- Panther-Brick C, Goodman A, Tol W et al (2011). Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:349-363.
- Panyan M (1984). Computer technology for autistic students. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14:375-382.
- Patel V, Flisher A, Hetrick S et al (2007). Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet*, 369:1302-1313
- Pescosolido B, Perry B, Martin J et al (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58:613-618.
- Pies R (2007). How "objective" are psychiatric diagnoses? *Psychiatry*, 4:18-22.
- Ponton L (1997). *The Romance of Risk: Why Teenagers Do The Things They Do*. New York: Basic Books.
- Raffaelli M, Larson R (1999). *Homeless and Working Youth Around the World – Exploring Developmental Issues*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Robertson B, Mandhate C, Seif El Din A, et al (2004). Systems of care in Africa. In H Remschmidt, M Belfer, I Goodyer (eds) *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Berlin: Springer, pp71-78.
- Rosen A, Walter G, Casey D et al (2000). Combating psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry*, 8:19-26.

- Rutter M (2010). Child and adolescent psychiatry: past scientific achievements and challenges for the future. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19:689-703.
- Sabin J, Daniels N (1994). Determining medical necessity in mental health practice. *Hastings Centre Report*, 24:5-14.
- Salinger J (1951). *Catcher in the Rye*. Little, Brown & Co.
- Sanders M (2002). Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *Medical Journal of Australia*, 177:S87-S92.
- Sartorius N, Kaelber C, Cooper J et al (1993). Progress towards achieving a common language in psychiatry. Results from the ICD-10 clinical field trial of mental and behavioural disorders. *Archives of General Psychiatry*, 50:115-124.
- Schetky D (1995). Boundaries in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4:769-778.
- Schowalter J (2008). How to manage conflicts of interest with industry? *International Review of Psychiatry*, 20:127-133.
- Silverman W, Ortiz C, Viswesvaran C et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:156-183.
- Simon R (1987). *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Slavney P (1993). The mind-brain problem, epistemology, and psychiatric education. *Academic Psychiatry*, 17:59-66.
- Smith C (2005). Origin and uses of *primum non nocere* – above all, do no harm! *Journal of Clinical Pharmacology*, 45:371-377.
- Sondheimer A (1998). Teaching ethics and forensic psychiatry: a national survey of child and adolescent psychiatry training programs. *Academic Psychiatry*, 22:240-252.
- Sondheimer A (2010). Ethics and risk management in administrative child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:115-129.
- Sondheimer A (2011). Because something is happening here but you don't know what it is – do you, Mr. Jones? *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry News*, 42:129-130.
- Spegele B (2011). Shenzhen expels 80,000 mentally ill and other “threats”. *Wall Street Journal*. 12 April.
- Spriggs M (2010). *Understanding Consent in Research Involving Children: The ethical Issues*. Melbourne: Children's Bioethics Centre.
- Stein M, Stein P, Weiss D et al (2009). Health care and the UN disability rights convention. *Lancet*, 374:1796-1798.
- Stover J, Bollinger L, Walker N et al (2007). Resource needs to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 22:21-27.
- Thara R, Srivanasan T, Sadana R et al (2001). Highlights from the CAR study in India, Cambodia and Nigeria. In T Ustun, S Chaterji et al (eds) *Disability and Culture, Universalism and Diversity*, ICIDH-2 series. Geneva: World Health Organization, chapters 4,13.
- The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 56:1073-1086.
- Tucker P, Garton T, Foote A et al (2009). In support of early psychotherapy training. *Psychiatric Times*, 1 December.
- UNICEF (2000). *The State of the World's Children*. New York: UNICEF.
- United Nations (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *European Journal of Health Law* 14:281-298.
- United Nations Centre for Human Rights (1990). *The Convention on the Rights of the Child*. London: UNICEF.
- Van Ommeren M (2003). Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry*, 182:376-378.
- Veatch R (1989). Medical ethics: an introduction. In R Veatch (ed) *Medical Ethics*. Boston: Jones and Bartlett, pp1-26.
- Walter G, Rey J, Thomas C et al (2010). Conflict of interest. In A Martin, L Scahill, C Kratochvil (eds) *Pediatric Psychopharmacology*. Oxford: Oxford University Press, pp752-762.
- Wilkinson G (1986). Political dissent and “sluggish” schizophrenia in the Soviet Union. *British Medical Journal*, 293:641-642.
- Williamson J, Moser A, Ford Foundation, International Committee of the Red Cross, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees et al (1987). *Unaccompanied Children in Emergencies – A Field Guide for their Care and Protection*. Geneva: International Social Service.
- Winslade W (1978). Confidentiality. In W Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press, pp184-200.
- Wolmer L, Laor N, Yazgan Y (2003). School reactivation programs after disaster: could teachers serve as clinical mediators? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12:363-381.
- World Medical Association (2006). *WMA International Code of Medical Ethics*.
- World Psychiatric Association (1996). *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*. http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48
- Wynia M, Latham S, Kao A et al (1999). Medical professionalism in society. *New England Journal of Medicine*, 341:1612-1616.