



## PRE PROYECTO DE INVESTIGACION.

### TRABAJO FINAL DE GRADO

“Electroshock como terapéutica en hospitales psiquiátricos. Efectos de la indicación y aplicación de Electroshock, según la palabra de usuarios de servicios de Salud Mental.”

Tutora: Mag. Psic. Cecilia Baroni

Estudiante: Mariana Vanzini Pagano

Montevideo, Uruguay.

2 de mayo 2016

## INDICE

- Resumen pág. 3
- Antecedentes pág. 4
- Fundamentación pág. 8
- Referentes teóricos pág. 9
  - 1. Habitar un manicomio pág. 9
    - 1.1 Efectos de la relación médico/paciente  
en la aplicación de terapéuticas pág.10
    - 1.2 Electroshock como terapéutica  
en Salud Mental pág. 11
- Problema y preguntas de investigación pág. 13
- Objetivos pág. 14
- Diseño metodológico pág. 14
- Consideraciones éticas pág. 16
- Cronograma tentativo de ejecución pág. 16
- Resultados esperados pág. 17
- Referencias bibliográficas pág.18

## **RESUMEN**

El presente proyecto de investigación responde al interés de poder conocer mediante la voz de usuarios de servicios de Salud Mental, los efectos e impactos que genera la indicación y aplicación de Electroshock como terapéutica. Se desarrolla y fundamenta a partir de una búsqueda de trabajos precedentes que van desde la creación de los hospitales psiquiátricos, sus lógicas, las terapéuticas existentes, haciendo foco en la aplicación de Electroshock, hasta los cambios que se pretenden realizar frente a estas instituciones. Además se presentan los referentes teóricos necesarios para la realización de la investigación. El diseño metodológico es de corte cualitativo, utilizando como técnicas la entrevista en profundidad y análisis de discurso. Se espera conocer las opiniones, sentimientos y perspectivas de los usuarios de servicios de Salud Mental, sobre la indicación y aplicación de Electroshock. Conocer su impacto en la persona posibilita generar herramientas de intervención psicológica para abordar adecuadamente las demandas que presenten dichos sujetos.

**PALABRAS CLAVES:** Electroshock- Usuarios de servicios de Salud Mental- Hospital psiquiátrico.

## **SUMMARY**

This research project is about to know through the voice of users of mental health services, the effects and impacts that generates the indication and application of Electroshock as a therapeutic. It develops and builds from a search of previous works starting from the creation of psychiatric hospitals, their logic, therapeutics, focusing on the application of Electroshock, to the changes that have been announced against these institutions. Besides, are presented the theoretical framework necessary for the conduct of this research. The methodological design is qualitative, using in-depth interview techniques and discourse analysis. It is expected to know the views, feelings and perspectives of users of mental health services, about the indication and application of Electroshock. Understand the impact on the person for the generations of tools allow psychological intervention to adequately meet the demands presented by subjects of this investigation.

**KEYWORDS:** Electroshock- Users of Mental Health Services - Psychiatric Hospital.

## **ANTECEDENTES**

El modelo psiquiátrico presenta característicamente un sistema centrado en la hospitalización, se trata de un modelo que, comúnmente, admite a un paciente que porta un disturbio, que le roba la Razón, considerado así, por este modelo, alguien insano, insensato, incapaz, irresponsable (Amarante, 2009). Techera, Apud, & Borges, (2009), plantean que los primeros hospitales psiquiátricos se establecen en el siglo XV en España. Los mismos se piensan de manera semejante a las instituciones carcelarias, siguiendo, ambos establecimientos, un modelo basado en el control, la vigilancia, la disciplina, el castigo y la represión (Amarante, 2009). Los manicomios nacen en un momento en cual el mundo estaba cambiando, se pensaba que una sociedad para ser civil debía ser racional, por ende todo lo considerado irracional debía ser controlado por la razón (Basaglia, 2008). Nacen estas instituciones donde predomina el encierro, la disciplina y el control para quienes no siguen con la “norma”, para quienes descarrían de la Razón.

La internación de estas personas, los llamados “locos”, se daba a partir de que no sólo eran considerados faltos de Razón, sino también eran consideradas personas no productivas para una sociedad específicamente centrada en la productividad (Basaglia, 2008). La fuerza que fue cobrando la globalización de la economía con el ingreso del mercado y el consumo como valores primordiales para el desarrollo de las sociedades, hizo que ningún sector de la vida social y cultural pudiera quedar indemne a los nuevos parámetros que se establecen (Galende, 2008). Es por esto que, como lo describen Techera, et al., (2009), para que se diera un contexto propicio para el ingreso de estas nuevas economías fue necesario que en cada país hubiera una serie de cambios económicos, políticos, sociales y culturales.

Galende (2008) sostiene que es Foucault quien muestra cómo la psiquiatría, a comienzos del siglo XIX, tiene la orden de ocuparse de las personas que ya estaban encerradas en un Hospital General, mandato que sin dudas, condiciona las características que tendrá en su historia dicha disciplina. Se busca, así, separarlos y crear un nuevo lugar de alojamiento bajo la tutela de los médicos.

En 1778 se dan en Uruguay las primeras internaciones por trastorno mental en el Hospital de Caridad, ubicado en la capital del país. En 1860 funcionó en la quinta de Miguel de Vilardebó el primer nosocomio llamado “Asilo de Dementes”. Sin embargo el punto inaugural sucede dos años después con la apertura del Manicomio Nacional, llamado luego Hospital Vilardebó. El nacimiento del mismo fue considerado el primer impulso para la modernización del país (Techera, et al., 2013). A dicha apertura se

suma la creación de la Facultad de Medicina, permitiendo así el surgimiento de la psiquiatría como disciplina (Techera & Apud, 2013).

A comienzos del siglo XX, se fundan las colonias psiquiátricas en nuestro país. La creación de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi fue considerado un hecho que ponía al país a la vanguardia en los tratamientos de las llamadas enfermedades mentales en América del Sur. La fundación de dichas instituciones permite establecer en Uruguay, debates sobre las formas y los tratamientos llevados a cabo para tratar dichas enfermedades (Techera, et al., 2013). Es decir, en la década del 60 se pone en tela de juicio la intervención sobre la locura, que se establece a partir del movimiento de la antipsiquiatría, caracterizado por el cuestionamiento del saber psiquiátrico y sus prácticas. Se procuraba la reforma de los manicomios y de las relaciones que se daban en él, así como también poner en cuestión la noción de “enfermedad” (Bentura & Mitjavila, 2012).

Amarante (2009), plantea que las primeras experiencias de reforma psiquiátrica se dan después de la Segunda Guerra Mundial. Se buscaba transformar las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos sometidos a un modelo que presenta como principal característica la ausencia de la dignidad humana.

En 1986 se formula en Uruguay el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública. Se da en conjunto con la pronunciación del primer documento oficial a favor del desmantelamiento del modelo asilar y de la creación de una nueva modalidad de atención, la cual se basa en consideraciones diferentes sobre la enfermedad mental. Intentando incorporar el objetivo de la rehabilitación y reinserción comunitaria de las personas, dicho programa antecede la Declaración de Caracas la cual se da en 1990, considerada un hito importante en América Latina. La misma ratifica los postulados planteados en el PNSM, por lo cual ambos documentos manifiestan un progreso en el reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas llamadas “enfermas mentales” (Bentura & Mitjavila, 2012). En este progreso de protección y reconocimiento de los Derechos Humanos, Rodríguez (2011) menciona que los principales problemas o carencias que aparecen son la falta de acceso a los servicios de salud, las restricciones de la libertad personal, la ausencia de las oportunidades laborales, la exclusión de los sistemas educativos y las inadecuadas condiciones en las que se vive dentro de las instituciones psiquiátricas.

A pesar de esto, en nuestro país y en el resto del mundo, aún hoy sobreviven los grandes hospitales psiquiátricos, los cuales funcionan con modelos asilares,

absorbiendo la mayoría de los recursos dedicados a la salud mental (Rodríguez, 2011).

En estas instituciones, cuando está en juego el encierro o la imposición de un tratamiento, se establece inevitablemente el poder y la dominación del médico por sobre el paciente (Galende, 2008). Existen dentro de los manicomios diferentes instrumentos que por lo siniestros y comunes, sobresalen en el campo psicológico de las personas allí internadas. El Electroshock es uno de ellos, recurriendo a su aplicación con el fin de lograr una rápida adaptación a ese mundo “empobrecido” (Moffatt, 1988).

Es a partir de la idea errónea de que entre esquizofrenia y epilepsia había incompatibilidad, que se llega a pensar que provocar una crisis convulsiva (epiléptica) curaría la esquizofrenia. Esta teoría desarrollada por Ladislav Joseph von Meduna, dio paso a la creación de diferentes técnicas para inducir dichas crisis epilépticas. El Electroshock o Terapia Electro Convulsivante (TEC), fue descubierta por Ugo Cerletti en 1938; los primeros usos se dan en la década del 30 (Romeu, 2012). Hasta 1952 fue el único tratamiento activo existente considerado efectivo para enfermedades consideradas “intratables” como la esquizofrenia o la depresión (Bertolín Guillén, Sáez Abad, Peiró Moreno, Hernández de Pablo, 2004). Es en este mismo año donde se introducen relajantes musculares, lo cual conseguía disminuir el principal inconveniente de la TEC, que eran las fracturas producidas por la aplicación de la misma (Conseglieri, 2008). En Uruguay, la TEC se comenzó a aplicar a partir de 1939, por su eficacia y también por la falta de otros tratamientos. Fue utilizada en número excesivo tanto en hospitales públicos como en centros privados (Casarotti, et al., 2004).

En la década del 70 se ataca a la psiquiatría por la aplicación de la TEC, considerándola una terapéutica represiva. A pesar de esto se da una gran consolidación de la misma, la cual es avalada como una terapéutica vigente y útil frente a algunas patologías graves no respondientes a psicofármacos, como por ejemplo las melancolías, la depresión psicótica o la esquizofrenia catatónica (Bertolín Guillén, et al., 2004).

En 1995 se realizó el informe de la ONG “Mental Disability Rights Internacional” (MDRI), donde profesionales uruguayos y estadounidenses efectúan un exhaustivo trabajo, recorriendo los principales centros de atención psiquiátrica y realizando entrevistas a los actores implicados. Se expone, como resultado, el maltrato a las personas internadas, el uso de psicofármacos y electroshock y la falta de personal

especializado, al mismo tiempo que se recomienda realizar otras estrategias para revertir dicha situación. Dentro de todas las recomendaciones postuladas se pide disminuir al mínimo el uso de la TEC, intentando implementar terapias alternativas al modelo médico existente (Techera & Apud, 2013).

En nuestro país, sin embargo, continúa siendo un recurso terapéutico muy utilizado. En la investigación “Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Vilardebó en el año 2006” se expone que en Uruguay se efectúan entre 14.000 y 15.000 sesiones de Electroshock por año. El hospital psiquiátrico Vilardebó además de ser a nivel nacional el hospital de referencia, es a nivel de Salud Pública el único lugar en Montevideo donde se realiza dicha terapéutica. El estudio arroja como resultados que en dicho año se registraron 2219 ingresos, siendo diciembre el mes de más ingresos. Se realizaron 4712 sesiones de Electroshock, lo cual corresponde a 426 personas (Wschebor, López Rega, Santos, Brescia, & Romano, 2009).

En el 2007 se comienza a redactar un anteproyecto de ley de Salud Mental impulsado por usuarios de servicios de Salud Mental, familiares, gremios y profesionales de distintas disciplinas, lo cual representa un cambio sustancial y necesario para humanizar el sistema de atención de la salud mental en el Uruguay. Se contemplan allí, una serie de transformaciones fundamentales y el intento de superar la vieja ley del Psicópata (Techera & Apud, 2013). Como se plantea en la página web de la Asamblea Instituyente, Desmanicomialización y Vida Digna, 2007, dicho anteproyecto sostiene que el usuario tiene derecho a recibir la mejor terapéutica existente, basada en fundamentos científicos, ajustados a principios éticos, y que la misma deberá ser la menos invasiva y menos limitante de la libertad de los usuarios. Dicho anteproyecto no fue aprobado.

En 2014 se redacta otro anteproyecto de ley, el cual toma como insumos lo expuesto en el anterior anteproyecto (2007-2009). Además se plantea establecer como plazo para el cierre del Hospital Vilardebó y las colonias psiquiátricas, el año 2020. El mismo ingresó al parlamento en diciembre de 2015, pero aún no ha entrado en discusión.

En cuanto a la opinión de los usuarios de servicios de Salud Mental aparece también lo expuesto por Read (2006) mencionando un estudio realizado por el British Royal of Psychiatrists el cual arroja como resultado que la cantidad de personas que manifestaron haber empeorado luego de recibir Electroshock era cinco veces mayor de lo expresado por los psiquiatras.

Otro antecedente a destacar es el trabajo que viene realizando el colectivo de Radio Vilardevoz, colectivo integrado por psicólogos, estudiantes universitarios y usuarios de servicios de Salud Mental, desde sus inicios en 1997. El mismo ha ido creando y

desarrollando diferentes dispositivos grupales que evidencian el crecimiento y consolidación del proyecto, el cual plantea un modelo de intervención alternativa, conjugando y articulando diversos campos disciplinares. Trabajando en base a ejes fundamentales como son la Participación, Comunicación y la Salud Mental en clave de Derechos Humanos (Itza & Giordano, 2015), se busca favorecer al proceso de rehabilitación de la persona, desde una visión de Salud comunitaria. Desarrollándose un Proyecto comunicacional y participativo que valga como modelo para diseñar estrategias institucionales de rehabilitación y reinserción en la sociedad. De esta manera se busca que la concepción social de la enfermedad mental sea comprendida desde un nivel comunitario, promoviendo el debate social sobre la locura, sus límites y dimensiones (Baroni, 2009).

En agosto de 2015 los participantes de Vilardevoz presentaron lo que consideran razones fundamentales para que se apruebe en Uruguay una nueva Ley de Salud Mental. Esta presentación se dio en el edificio anexo del Palacio Legislativo, en una mesa de debate con legisladores. Tal como se expresa en la página web de Vilardevoz, se plantearon ocho razones. La razón número tres sostiene que en nuestro país el Electroshock se sigue aplicando de manera indiscriminada, sin fundamentos terapéuticos sino por cuestiones técnico administrativas. Se considera al mismo como una acción terapéutica agresiva e invasiva, que no reconoce la voluntad del sujeto y que causa efectos secundarios graves en la salud integral de la persona. Expresaron, por último, la necesidad de una ley de salud mental que elimine estas terapéuticas que vulneran los Derechos Humanos de las personas y que de ser aplicadas necesiten del control del órgano revisor.

De acuerdo a lo que arroja la búsqueda de antecedentes y la experiencia en la pasantía/practica universitaria en Radio Vilardevoz, parecieran mostrar que la palabra de quien recibe la indicación y/o aplicación de Electroshock, no es tenida en cuenta. Según esta lógica se aplicaría esta terapéutica no con motivo de aliviar el padecimiento, sino con la intención de controlar al otro, tenerlo “tranquilo”, sedado, bajo tutela médica. Esto reproduce las lógicas manicomiales anteriormente mencionadas.

### **FUNDAMENTACIÓN.**

Se procura aportar una mayor comprensión y visibilidad de los discursos de los usuarios de servicios de Salud Mental, intentando conocer según estos lo que genera la indicación y aplicación de Electroshock como terapéutica. Se muestra esta como una información primordial, ya que permite conocer la experiencia personal de cada



usuario, la cual no ha sido lo suficientemente abordada, generando la posibilidad de conocer varias perspectivas sobre el tema en cuestión. De esta manera se buscará aprehender, comprender y poder interpretar su sentir, su pensar y su accionar en la cotidianeidad, intentando generar herramientas adecuadas para la intervención psicológica con estas personas. Pues "(...) escuchar a los pacientes puede contribuir para la disminución de su sufrimiento. Valorar la opinión y las experiencias subjetivas (...) puede reducir la ansiedad y mejorar la imagen que ellos tienen de sí mismos" (Carniel, Runte, Torres-González, & Bruce, 2011, párr. 82).

Considerar dichas voces resultaría primordial para la psicología y quienes trabajan en el campo de Salud Mental, principalmente en el campo hospitalario ya que

Si la producción del fenómeno de la locura es cultural, y la producción de la "enfermedad mental" responde a dispositivos discursivos, técnicos e institucionales, entonces el propio técnico no se encuentra por fuera de esos dispositivos que conjuran la enfermedad en el cuerpo del paciente psiquiátrico. Más bien estamos inundados de ese discurso en tanto sujetos sociales y en tanto nuestra propia formación (Jiménez, 2000, p. 8).

### **REFERENTES TEORICOS.**

#### **1. Habitar un manicomio.**

Para comprender la problemática en cuestión se requiere conocer las características y formas en que vive una persona en un hospital psiquiátrico. El mismo es un lugar habitado por el interno por largos períodos de tiempos, generando una adaptación progresiva a las propuestas o maneras de vivir que se establezcan. Rebellato (2000) plantea la existencia de imaginarios sociales que hacen que se naturalice el sistema en donde se habita y se lo acepte; imaginarios que se conjugan y dan lugar a la cultura de la desesperanza, (cultura que moldea deseos, proyectos, opiniones, etc.), la cual ubica a las personas como sujetos sumisos.

Como plantea Moffat (1988), el interno no posee nada propio, ni siquiera su ropa. Tanto la ubicación de las camas en las salas como el trato del personal hacen que el sujeto se sienta cosificado, descalificado. Resaltando que "(...) la amputación más dolorosa es la de la dignidad personal (...) cualquier mensaje emitido es re-interpretado por el personal del hospital como "cosa de loco", lo cual deteriora el sentimiento de autonomía, de auto-respeto" (Moffat, 1988, p. 6).

Goffman (2004), posiciona al manicomio como una institución total donde

La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y

que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos (Goffman, 2004, p. 18).

Son espacios cerrados, aislados del exterior, alejando la locura, lo “irracional”, de la sociedad, asociando al loco con la peligrosidad, pensando que va a atacar o matar. Se destacan allí dentro lógicas de control y vigilancia, donde muchas veces los enfermeros tienen un rol más policial que terapéutico, que resultan en la pérdida de todo tipo de privacidad. La mayoría de las veces, como señala Moffat (1988), el interno se acuesta en la cama tapándose hasta la cabeza, buscando allí quizás un lugar en el que pueda sentir un poco de intimidad. Sentir que sale por un momento de ese encierro físico y mental.

La llegada del alta, por otra parte, se muestra como indefinida, lo que hace que esta sea vivida, por momentos, como agonizante. Si la estadía es larga se puede dar en la persona una desculturación, un desentrenamiento, imposibilitándolo para encarar aspectos de la vida en el exterior (Goffman, 2004).

La internación en este tipo de establecimientos produce subjetividades aisladas, encerradas, donde las capacidades sociales, cognitivas y de autonomía, se van deteriorando progresivamente.

Se suma a lo anteriormente planteado la marca-estigma del diagnóstico, carga que debe soportar una persona, como una mochila cargada de prejuicios y construcciones sociales acerca de la enfermedad mental (Moffat, 1988).

Así, este afirmará que

(...) existe algo espantoso, terrible, loco, en los manicomios, pero en general está mal imaginado su lugar: no es en la mente del paciente sino en las condiciones infrahumanas a que es sometido un ser humano por la institución manicomial por el solo delito de haber, en algún momento, tenido ideas extrañas y no comprensibles (Moffat, 1988, p. 7).

### **1.1- Efectos de la relación médico-paciente en la aplicación de terapéuticas.**

El modelo clásico de la psiquiatría entiende la crisis como una situación de grave disfunción que ocurre exclusivamente como consecuencia de la enfermedad. Como resultado, esta concepción puede llevar a que la respuesta sea frenar a la persona en crisis a cualquier costo; atarla, inyectarle fuertes medicamentos intravenosos (...) aplicarle electroconvulsoterapia (...) (Amarante, 2009, p. 81).

Una terapia adquiere sentido cuando existe una reciprocidad en la relación médico-paciente, lo cual no sucede en los manicomios ya que lo que se pretende es devolver al interno al circuito productivo. Los tratamientos que proponen los psiquiatras a los llamados “enfermos mentales”, pasan a tener un significado alienante, estos impiden a la persona expresarse subjetivamente, lo cual deviene en una relación de dominio y

poder del médico sobre el usuario (Basaglia, 2008). El querer “curar” a otro es una forma de control, ya que no existe una expresión subjetiva de la persona que va a recibir el tratamiento. Así este, “(...) no genera otro resultado que la reproducción, objetiva del juego capital” (Basaglia, 2008, p. 112). El error aparece cuando el médico cree saber acerca del sufrimiento mental del otro sin necesidad de comprender, ni de establecer un vínculo como semejante. Se cierra de esta manera su comprensión, limitándose al uso de su saber instituido para describir el sufrimiento del otro, desvinculándolo de las razones de su experiencia vital, de la historia y los sentimientos de la persona (Galende, 2008). “Es decir, el hombre no parece sentirse comprendido por aquellos que se proponen formalmente a estudiar y cuidar de su salud. La ciencia evoluciona rápidamente en la misma medida que parece apartarse de la subjetividad del hombre” (Carniel, et al., 2011, párr. 82).

## **1.2 Electroshock como terapéutica en Salud Mental.**

El Electroshock o La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es según, Ruiz Piñera, Borbolla Sala, Madrigal Zentella, & Castillo Bringas, (2004), un tratamiento no farmacológico que se basa en el pasaje de corriente eléctrica de bajo voltaje y de breve duración, a través del Sistema Nervioso Central para inducir una crisis epiléptica generalizada.

Para lograr el efecto terapéutico esperado la sesión de tec debe conducir a la presentación de convulsiones tónico-clónicas en el paciente durante un lapso superior a 25 segundos, teniendo en cuenta que al ser un fenómeno de todo o nada que depende del umbral convulsivo, el incremento del voltaje no llevará necesariamente a una mayor duración e intensidad de las convulsiones, si dura más de 160-180 segundos, deben administrarse barbitúricos o diazepam (Ruiz Piñera, et al., 2004, p.3).

En este marco la TEC “(...) se indica frente a cuadros psiquiátricos agudos que requieren una rápida resolución, frente a la refractariedad, contraindicación para otros tratamientos como los farmacológicos y/o cuando existen antecedentes de buena respuesta al mismo” (Wschebor, et al., 2009, p.132). Según el manual “Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación Sí a la atención, no a la exclusión” (2006), la TEC debe administrarse posteriormente a obtener el consentimiento informado. En caso de ser administrada se debe usar anestesia y relajantes musculares.

“En la actividad médica el respeto por el paciente y la alianza terapéutica son centrados por el procedimiento relacional que es el “consentimiento válido o informado”, lo que en ECT, más que en otros tratamientos, constituye un aspecto fundamental” (Casarotti, et al., 2004, p. 32-33). Siguiendo a Casarotti, et al., (2004), se

plantea que en cuanto al consentimiento informado hay que considerar dos situaciones particulares: la primera será aquella que se observa en determinados momentos cuando se cree que la persona no está en condiciones para consentir, si bien es una situación transitoria, aparece la figura de un representante legal para tomar una decisión por el otro, la cual debe ser la más beneficiosa posible. Este representante actúa como mediador entre la decisión del psiquiatra de aplicar Electroshock y la de la persona de aceptar o no. La mayoría de la veces este rol es ejercido por un familiar. La segunda situación que aparece es lo que se conoce como la “excepción de la urgencia”, es decir el actuar cuando hay peligro de vida. El profesional debe saber que estos casos solo suceden cuando no se pudo contactar con ningún familiar de la persona.

Entonces “(...) al ser “hablados” por otros, queda en evidencia la alienación que caracteriza al que queda ubicado en el lugar de enfermo mental” (Jiménez, 2000, p. 9). Las propuestas de curas y terapias establecidas hasta el día de hoy no le permiten a la persona expresarse como sujeto, más bien lo reproducen como mercancía, como objeto (Basaglia, 2008).

Para problematizar la temática en cuestión resulta pertinente tomar los aportes de Jiménez (2000) ya que dicho autor plantea que los múltiples atravesamientos (lo administrativo, lo familiar, los regímenes hospitalarios, los discursos científicos, lo jurídico), producen vivencias y fenómenos que se han denominado como el “trauma de la internación”, lo cual tiene relación directa con las condiciones de existencia de los internos y con la producción del fenómeno mismo de la locura.

Frente a esto resultaría importante poder superar lo abstracto del saber y del lenguaje institucionalizado de la psiquiatría para poder generar un contacto más cercano con la experiencia del encuentro con la persona, reconocer el no saber, intentando crear mejores condiciones que hagan posible la construcción de un conocimiento (Galende, 2008). “(...) El recurso fácil a la “explicación” causal y natural, sin razones ciertas, no hace más que suspender el saber y prolongar la ignorancia. La cuenta de esta ignorancia la paga en general el paciente” (Galende, 2008, p.43).

## **PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

A partir de lo planteado en los antecedentes y el relevamiento teórico, así como también de la experiencia como pasante universitaria en Radio Vilardevoz, se conoce que la voz de los usuarios de servicios de Salud Mental ha sido históricamente silenciada. De esto se desprende que

(...) una vez definido el loco como enfermo mental, ya no se trata de comprenderlo como ser humano en su experiencia de vida, de abrir el interrogante y la duda sobre la locura y el desvío de la razón, sino de “curarlo”, contenerlo, disciplinar su conducta, retornarlo a la razón normalizando su pensamiento (Galende, 2008, p. 32-33).

En base a lo planteado por Jiménez (2000) como Trauma de la internación, se pretende analizar e indagar algunos aspectos problemáticos de estas situaciones o fenómenos que generan dicho trauma. El foco estará dirigido a la indicación y aplicación de Electroshock como terapéutica, intentando conocer qué efectos e impactos genera en la persona que lo recibe. Para realizar dichas indagaciones y análisis primará la palabra del usuario de servicios de Salud Mental. Se busca dar lugar a la palabra, en este caso particular, la palabra de quien sufre, “(...) donde pueda ser escuchado desde otro lugar, en tanto ser humano pleno de derecho y no en tanto enfermo que produce un discurso de menor valor” (Jiménez, 2000, p. 8). “Que una palabra tenga lugar significa que se le ha permitido ser en su condición de inesperada, reveladora, intempestiva y potente para construir espacios en los que poder habitar” (Hounie, 2013, p. 120).

Los aspectos problemáticos a investigar son: los efectos que genera en el sujeto la indicación y aplicación de Electroshock; la existencia o no de un trauma a partir de dicha situación, en caso de la existencia del mismo indagar qué características tiene; si estas varían de acuerdo a la cantidad de Electroshocks aplicados o a la duración y cantidad de internaciones.

Se hace necesario hacer hincapié en lo mencionado en la fundamentación del presente proyecto, ya que visibilizar la palabra del protagonista e investigar estas problemáticas generarán conocimientos importantes para la Psicología y las personas que trabajan en el campo de la Salud Mental, principalmente en el campo hospitalario. Trabajar con los efectos que esta terapéutica produce en los sujetos, posibilita saber de qué manera encarar el problema, intentando así, generar herramientas de intervención psicológica para abordar adecuadamente las demandas que presenten dichas personas.

Preguntas emergentes:

- ¿Se da la existencia de un trauma frente a la indicación o aplicación de Electroshock? ¿Qué características lo conforman? ¿Varía según la cantidad de Electroshocks aplicados? ¿Varía según las condiciones de la/as internaciones?
- ¿Cuáles son los efectos de la indicación y aplicación de Electroshock según los usuarios de servicios de Salud Mental? ¿Qué piensan, sienten u opinan sobre dicha terapéutica? ¿Qué y cuánta información se le proporciona a la persona o familiares de la misma, sobre dicha terapéutica?

### **OBJETIVOS.**

**Objetivo general:** Indagar y analizar los efectos de la indicación y aplicación de Electroshock, desde la palabra de usuarios de servicios de Salud Mental.

**Objetivos específicos:**

- Conocer la postura, sentimientos y opiniones de quien recibe la indicación y/o aplicación de Electroshock como terapéutica.
- Indagar la existencia de un trauma por la indicación y/o aplicación de Electroshock.
- Generar herramientas para la intervención psicológica en personas que hayan recibido Electroshock.

### **DISEÑO METODOLOGICO.**

Se abordará la presente investigación mediante la metodología cualitativa. Utilizando dos técnicas para recoger la información, se intentará lograr un acercamiento al discurso de los usuarios de servicios de Salud Mental, sobre la indicación y aplicación de Electroshock como terapéutica, intentando conocer los efectos que genera dicha terapéutica en la persona. Dicha metodología se refiere a una "(...) investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable" (Taylor & Bogdan, 1992, p. 19-20). Metodología considerada pertinente para el presente proyecto ya que se intenta "(...) dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas le otorgan" (Vasilachis, 2009, p. 24). Se sigue un diseño de investigación flexible (Taylor & Bogdan, 1992) lo cual resulta oportuno ya que permite adaptar el proceso del desarrollo de la presente investigación, a posibles emergentes que vayan surgiendo. Las técnicas serán el

análisis del discurso y entrevista en profundidad. La primera es “un conjunto amplio de enfoques cuyo objetivo central es el análisis del lenguaje hablado y escrito.” (Marradi, Archenti, & Piovani, 2007, p. 296). Se analizarán los discursos que aparecen en los audios de la salida al aire de Radio Vilardevoz, particularmente los que contienen entrevistas y mesas de debates sobre Electroshock, haciendo hincapié en la opinión de usuarios de servicios de Salud Mental. Si bien dichos audios son de carácter público, se comunicará la utilización de los mismos al colectivo Vilardevoense.

Otra técnica a utilizar será la entrevista en profundidad caracterizada por ser flexible y dinámica (Taylor & Bogdan, 1992), siendo “(...) encuentros cara a cara (...) dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras” (Taylor & Bogdan, 1992, p. 101).

La población objetivo serán hombres y mujeres usuarios/as de servicios de Salud Mental de instituciones públicas y privadas, de Montevideo, Uruguay.

Gracias a la experiencia como pasante en Radio Vilardevoz, se logró generar un vínculo con sus participantes, lo cual facilitará el acercamiento a la población objetivo. Es por esto que se propone recurrir a la técnica “bola de nieve”, que permite comenzar “(...) con un muestreo aleatorio de personas pertenecientes a una comunidad de interés (...)” (Valles, 2000, p. 215), en este caso participantes de Vilardevoz, para que luego faciliten el contacto con otras personas. Intentando un acercamiento a diferentes discursos, ya que si nos limitamos a entrevistar sólo participantes de la Radio estaríamos sesgando la investigación, ya que estos por pertenecer a este colectivo de referencia están continuamente problematizando y debatiendo sobre la temática en cuestión.

La participación será voluntaria, se buscará producir encuentros con la persona generando un vínculo de confianza y un diálogo de saberes; los del entrevistado con los del entrevistador y viceversa,

(...) de modo que ambas partes de la relación salen enriquecidas. Se enriquece el sujeto con el que trabajamos ya que en él puede emerger una dimensión no transitada de su existencia, (...) que lo coloca en una posición de apertura en relación al discurso del técnico; y se enriquece también el técnico a partir del saber que pasa a permitir que emerja, que tiene oídos para escuchar, que considera como saber válido, como palabra que “dice de lo que es” y en primera persona (Jiménez, 2009, p. 10).

La temática en cuestión puede hacer emerger en las/los participantes sentimientos que lo posicionen en una situación de vulnerabilidad, lo cual se intentará revertir de inmediato con un acompañamiento adecuado, conteniendo y respetando a la persona, haciéndole saber que puede desistir o retirarse de la investigación cuando lo desee ya que el propósito y deseo del proyecto es beneficiar a quienes participen. Se trabajará desde la responsabilidad y compromiso con los actores implicados.

Al finalizar la investigación se propondrá difundir los resultados obtenidos a través de diferentes colectivos como puede ser Vilardevoz, Asamblea Instituyente u otros.

### **CONSIDERACIONES ETICAS.**

Por ser una investigación que tendrá como participantes a seres humanos implica el cuidar, respetar y ser responsable de ese otro. Previamente a realizar cualquier actividad relacionada con el presente proyecto se explicitarán clara y detalladamente los objetivos de la investigación y el alcance de la misma para que la persona pueda comprender el motivo de su participación en esta. Si el/la participante no se siente a gusto o considera que la investigación no está siéndole favorable, podrá desistir de participar en el momento que lo desee, sin tener que dar ningún tipo de explicación. Se trabajará desde el anonimato y la confidencialidad.

### **CRONOGRAMA TENTATIVO DE EJECUCION**

<b>MES</b>	<b>DESCRIPCION DE ACTIVIDADES A REALIZAR</b>
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Actualización de bibliografía.</li> <li>❖ Escucha y análisis de los discursos de los audios de Radio Vilardevoz.</li> </ul>
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Escucha y análisis de los discursos de los audios de Radio Vilardevoz.</li> <li>❖ Preparación de las entrevistas a realizar.</li> </ul>
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proceso de captación y contacto con la población objetivo.</li> <li>❖ Realización de entrevistas en profundidad.</li> <li>❖ Inicio de procesamiento de datos de los análisis de discurso de audios.</li> </ul>
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proceso de captación y contacto con la población objetivo.</li> <li>❖ Realización de entrevistas en profundidad.</li> </ul>
<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Procesamiento de datos obtenidos en los análisis de discurso y los obtenidos en las entrevistas en profundidad.</li> </ul>
<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Procesamiento de datos obtenidos en los análisis de discurso y los obtenidos en las entrevistas en profundidad.</li> <li>❖ Inicio de análisis de datos obtenidos.</li> </ul>
<b>7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Análisis de datos obtenidos.</li> </ul>



8	❖ Realización de evaluación e informe final.
9	❖ Difusión de los resultados de la investigación.

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Poder conocer los efectos de la indicación y aplicación de Electroshock según las palabras de quien la recibe.
- Comprobar si se da la existencia de un trauma a partir de los efectos generados por la indicación y aplicación de Electroshock. Conocer las características que conformarían dicho trauma.
- Que se contemplen los discursos de los usuarios de servicios de Salud Mental en futuras investigaciones, estudios, etc. sobre Electroshock y en los próximos cambios que se pretendan realizar en cuestiones de Salud Mental.
- Que la persona pueda tomar un rol activo en el proceso de rehabilitación expresando sus sentimientos y decisiones sobre las terapéuticas indicadas, construyendo nuevos conocimientos y decisiones en conjunto, no únicamente desde el saber médico.
- Construir herramientas para la intervención psicológica con dichas personas.

### Referencias bibliográficas

- Amarante, P., (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires, Argentina: Topía.
- Baroni, C. (2009) Radio Vilardevoz. En Baroni, C. (2009). *Radio Vilardevoz. Comp.* Montevideo.
- Basaglia, F., (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires, Argentina: Topía.
- Bentura, C., & Mitjavila, M., (2012) *Sobre los dispositivos pos manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya*. Recuperado de [http://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345077733\\_ARQUIVO\\_dispositivosposmanicomiales.pdf](http://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf)
- Bertolín Guillén, J.M., Sáez Abad, C., Peiró Moreno, S., & Hernández de Pablo, M.E., (2004). *Terapia electroconvulsiva: estudio sistemático de las evidencias científicas de su eficacia; actitudes y patrones de uso en España*. Recuperado de [http://www.eves.san.gva.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=4f733661-d482-4a31-971a-390b2f244c86&groupId=10128](http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=4f733661-d482-4a31-971a-390b2f244c86&groupId=10128)
- Carniel, L., Runte, A., Torres González, F., & Bruce, M., (2011). *Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2077-2087. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000400007&script=sci_arttext)
- Casarotti, H., Otegui, J., Savi, G., Zurmendi, P., Galeano, E., & Gold, A., (2004). *Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización*. *Revista de la sociedad de Psiquiatría del Uruguay*, 68(1), 7-41. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/jun2004/02\\_pautas.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/jun2004/02_pautas.pdf)
- Conseglieri, A., (2008). *La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el manicomio de Santa Isabel*. *Frenia Revista de Historia de la Psiquiatría*. VIII, 131-160. Recuperado de <http://ww.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16458/16303>
- Galende, E., (2008). *Psicofármacos y salud mental la ilusión de no ser*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Goffman, E., (2004). *Internados*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hounie, A., (2013). Disponer espacios: poder pensar, poder hablar. En *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en Salud Mental*. De León, N., (comp.), (2013). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.

- Itza, B., & Giordano, M., (2015). Los Dispositivos Grupales, Radio Vilardevoz y su taller de Producción Radiofónica. En Baroni, C. (2015) *Salud mental, Psicología y comunicación participativa*. Montevideo, Uruguay.
- Jiménez, A. (2000) La máquina de hablar. En Baroni, C. (2009). *Radio Vilardevoz. Comp.* Montevideo.
- Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación Sí a la atención, no a la exclusión. (2006) Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)
- Marradi, A., Piovani, J. I., & Archenti, N., (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Argentina: Emecé Editores.
- Moffat, A., (1988) *Psicoterapia del oprimido*. Bs. As, Argentina: Humanitas.
- Read, J., (2006). La terapia electroconvulsiva. En Read, J., Mosher, L.R., & Bentall, R.P., (2006). *Modelos de locura*. España: Herder.
- Rebellato, J.L., (2000). *Ética de la liberación*. Montevideo, Uruguay: Nordan.
- Rodríguez, J., (2011). *Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario*. Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 75 (2), 86-96. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03\\_rodriguez.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf)
- Romeu, J., (2012). *Electroshock: Terapia Electro convulsivante*. Recuperado de <http://www.drromeu.net/electroshock-terapia-electro-convulsivante>
- Ruiz Piñera, M., Borbolla Sala, M. E., Madrigal Zentella, A., & Castillo Bringas, M., (2004) *La terapia electro convulsiva tec en el Hospital Psiquiátrico Villahermosa 2002*. Salud en Tabasco, 10 (3), 288-294. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/487/48710305.pdf>
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona: Paidós.
- Techera, A., & Apud, I., (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. En *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en Salud Mental*. De León, N., (comp.), (2013). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Techera, A., Apud, I., & Borges, C., (2009) *La sociedad del olvido*. Montevideo, Uruguay: Publicaciones CSIC.

- Techera, A., De Leon, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martinez Messina, L., Miniño, A., & Sancez, C., (2013) Pasado, presente y futuro de las políticas en Salud Mental. En *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en Salud Mental*. De León, N., (comp.), (2013). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vasilachis, I. (2009). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Wschbor, M., López Rega, G., Santos, V., Brescia, S., & Romano, S., (2009) *Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Vilardebó en el año 2006*. Revista de la sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 73(2), 131-142. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/dic2009/01\\_TO.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2009/01_TO.pdf)

Documentos:

- Anteproyecto de ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay, (2007-200), Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>
- Ocho razones por una nueva Ley de Salud Mental en Uruguay- Radio Vilardevoz. Recuperado de <http://wi521718.ferozo.com/docs/8%20razones%20para%20una%20Nueva%20Ley%20en%20Salud%20Mental-Radio%20Vilardevoz.pdf>