



## Trabajo Final de Grado

# Entre el Electroshock y la Terapia Electroconvulsiva. Un acercamiento a algunas controversias.

Estudiante: Luciana Asado

Tutor: Asist. Mag. Santiago Navarro

Revisor: Andrea Bielli

Montevideo

Abril 2023

## Índice

<b>Agradecimientos</b>	<b>2</b>
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>1- Entre el Electroshock y la Terapia Electroconvulsiva</b>	<b>5</b>
• Una breve reseña de antecedentes de la TEC	5
• El nacimiento de la convulsión por electricidad	7
• Introducción de relajantes musculares y anestesia	10
• La demanda colectiva: Surgimiento de miradas críticas	12
• Miradas actuales sobre una práctica con muchos interrogantes	14
<b>2- Tópicos controversiales</b>	<b>15</b>
• Efectividad de la técnica: El análisis continuo	16
• Efectos secundarios: ¿Riesgo o beneficio?	19
• Consentimiento informado: Un requisito vacilante	23
<b>3- TEC en Uruguay</b>	<b>29</b>
<b>4- Consideraciones finales: Ni tan distante, ni tan ajeno</b>	<b>33</b>
<b>5- Referencias bibliográficas</b>	<b>37</b>

## **Agradecimientos**

En un camino con fluctuaciones, donde las cosas que antes parecían cotidianas comenzaron a hacer ruido. Donde las palabras y pensamientos de cada uno comienzan a tomar valor, cuando aprendí que menos es más y pequeño es grande, ahí es cuando por fin comenzamos a cambiar nuestros senderos, acompañados de aquellos que nunca se fueron y resistieron esas brisas que parecían huracanes.

Gracias a mis padres que me transmitieron la importancia de prepararse profesionalmente. Este logro es para ustedes, aunque ya no están en este plano, siempre están presentes de alguna manera.

A mi familia, Gustavo, Evan y Rodrigo que han estado incansablemente acompañando este proceso y las largas horas de lectura.

A mis hermanas, por haber ayudado a la recreación tan necesaria.

A mis amigos, compañeros de extensas charlas, risas y diversas formas de pensar.

A mi tutor, por la paciencia, por el empuje, el compromiso y la contención precisa en la realización del trabajo.

Miles de gracias por los momentos de inspiración.

## Introducción

Históricamente ha habido grandes transformaciones en la definición de la anormalidad: de religiosa a moral, luego a estatal y finalmente a médico-científica (Conrad, 1992).

La noción de medicalización que propone Peter Conrad (1992) permite comprender cómo se transforma un problema de la vida o de comportamiento en términos médicos, usando un lenguaje médico para describirlo y utilizando una intervención médica para “tratarlo”. Este proceso, que describe el autor, puede conducir al control social médico o tratamiento médico.

El concepto y definición de enfermedad mental ha evolucionado de manera semejante a la evolución cultural y social con el transcurrir de los siglos.

La idea de que existen enfermedades mentales, conjuntamente a los diagnósticos y la medicalización de la “locura”, de la que da cuenta Michel Foucault (2013), designa las etiquetas con las que funciona la sociedad moderna.

Las sociedades occidentales han desplegado una cantidad de tratamientos con la intención de curarlas, la ciencia comenzó a proponer procedimientos, entre ellos el muy controvertido Electroshock, llamado actualmente Terapia Electroconvulsiva o Micronarcosis.

Este trabajo final de grado parte de una interrogante: ¿Qué tenemos para decir o hacer los psicólogos en relación al electroshock? Esto fue lo que me impulsó a empezar a plantear la monografía. Si bien esta pregunta no será respondida a lo largo del TFG, aporta a trazar un mapa de los diferentes aspectos controvertidos.

La investigadora Andrea Bielli sitúa a la introducción de la terapia electroconvulsiva en la década de los cuarenta, como inicio a una fase técnica de la psiquiatría augurando éxitos terapéuticos (Bielli, 2012). El inicio de esta fase permitió establecer un vínculo directo entre terapéutica y curación, sentando las bases de una investigación científica que intentaría evaluar el éxito de los distintos tratamientos de las enfermedades mentales (Bielli, 2012).

Se entiende que este tratamiento es utilizado en un amplio abanico de trastornos psíquicos, con una variabilidad de respuesta al mismo.

La presente monografía pretende realizar una búsqueda bibliográfica sobre la controversia científica en torno al electroshock, identificando algunos tópicos controversiales y dando cuenta de las diferentes miradas que existen sobre ellos.

Además, dar cuenta de cuál es la situación de la controversia acerca del electroshock en Uruguay.

Las diversas miradas que existen alrededor de la TEC se construyen de acuerdo a posiciones y diferentes saberes, algunas de ellas colocan a la técnica en un lugar histórico con gran efecto negativo, en oposición a los psicofármacos.

Por lo tanto se hará énfasis en expresar diferentes posturas que permitirán la reflexión, puesto que este método llega a modificar a la persona tanto física como psicológicamente.

Cabe aclarar que en lo aquí escrito no se trata de llegar a una conclusión ética o moral sobre su utilización, sino que intento mostrar diferentes miradas que se han construido sobre este procedimiento terapéutico y que han ingresado al debate.

Antes de pasar al recorrido del presente trabajo, vale la pena hacer una puntualización sobre los diferentes nombres de esta terapéutica.

Hasta la década de los 80 se utilizaba el término electroshock o electro choque. A partir de los 90, se comienzan a utilizar los términos Terapia Electroconvulsiva (TEC), Electro Convulso Terapia (ECT), Convulsoterapia eléctrica o Micronarcosis (Garolfi, 2019). Debido a esto, en esta monografía se refiere a esta práctica como Terapia Electroconvulsiva (TEC) por ser la que más se utiliza a nivel académico.

El trabajo final de grado tendrá cuatro capítulos, en primera instancia el primer capítulo será un recorte del amplio surgimiento de la Terapia Electroconvulsiva que se inicia con un recorrido de una breve reseña de antecedentes para situar y contextualizar cómo surgió la técnica. Los siguientes apartados continúan con el nacimiento de la TEC, la introducción de la anestesia y relajantes musculares. A modo de cierre, en el último apartado de este primer capítulo se comienza aproximar a los debates iniciales que comenzaron a surgir con las diferentes posturas que concierne a la TEC en la actualidad.

Luego, como segunda instancia, el capítulo dos articulará diferentes autores y se intentará realizar una contraposición de las diferentes miradas sobre algunas de las controversias que existen en torno a la temática, como el consentimiento informado, su eficacia y los efectos secundarios, dando cuenta de las diferentes miradas de la situación.

De acuerdo al profesor de Filosofía Vallverdú (2005) en su análisis sobre las controversias manifiesta que no se trata de una mera relación abstracta de evidencia e

hipótesis, sino que distingue el papel de la comunidad y lo incorpora como un punto más a tener en cuenta como parte del análisis (p. 21) esta perspectiva es valiosa para esta monografía por prestar atención a las diferentes voces que no se limitan al ámbito académico.

El tercer capítulo se dedica al recorrido de la TEC en Uruguay, marcando su inicio y por qué continúa vigente. Veremos que con el avance de los años la medicina fue regulando el modo de aplicarla, catalogándola como un procedimiento apropiado y seguro, y que en paralelo han emergido movimientos que año tras año luchan para la supresión de la técnica en el país.

El trabajo concluye en el capítulo cuatro con una reflexión personal que invita a seguir pensando al psicólogo en torno a la responsabilidad que nos compete como profesionales ante la información que se transmite en el trabajo clínico de las vivencias anterior y posterior a la tec.

En suma, la aproximación a la terapéutica por electricidad, en la que provoca crisis comiciales generalizadas, en la actualidad continúa siendo una técnica denostada por algunos, sin embargo se continúa utilizando frente a determinadas patologías y circunstancias concretas (DuartePires Fernández, 2018).

## **1- Entre el Electroshock y la Terapia Electroconvulsiva**

En la historia sobre el tratamiento de shock eléctrico, existe una amplia documentación que relata el acontecimiento. En líneas generales se encuentran los antecedentes y los creadores de la TEC. En este apartado se hará un corto recorrido por las prácticas que abrieron paso al surgimiento de la terapia electroconvulsiva, las modificaciones que se realizaron con el correr de los años y las distintas miradas que permitieron la construcción de los primeros debates en torno al Electroshock hacia una *llamada herramienta terapéutica*.

### **1.1- Una breve reseña de antecedentes de la TEC**

Se podría decir que los primeros tratamientos con electricidad provienen de la medicina romana desde el s. XVIII. La electricidad era aplicada para la cura de personas con diferentes trastornos. La misma comienza a surgir como solución para todos los males existentes en la medicina ilustrada (Araya Ibacache & Leyton Robinson, 2009).

Las primeras décadas del siglo XX fueron testigos de una gran revolución en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales. Hasta ese momento, las

personas relacionadas a un padecimiento psíquico solían ser recluidas en asilos, recibiendo solo una atención limitada, a veces, apoyo social vinculado a la religión, sin lugar a opciones terapéuticas efectivas para el alienista, como se llamaba entonces a los psiquiatras (Sabbatini, 1997).

A nivel nacional, el Mag. Mauricio Garolfi en su tesis de maestría en psicología social relata un recorrido del conjunto de prácticas dirigidas al cuerpo de las personas que han sido vinculadas a la locura de una u otra manera en diferentes momentos históricos.

Garolfi da cuenta de las pocas opciones que se ofrecían como curativas o terapéuticas en aquellos tiempos. Algunos de los mecanismos de contención que nombra el autor se aplicaban con el fin de modificar conductas, como la cama, la silla y el conocido chaleco de fuerza, estos tenían el objetivo de inmovilizar para evitar que la persona se agrediera a sí misma o a terceros.

En esta misma línea se podían encontrar otros métodos como la inmersión en agua helada, mandíbula de hierro, celdas acolchadas entre otras (Garolfi, 2019). Poco se hacía por los pacientes hospitalizados, aparte de proporcionar sedación y utilizar las prácticas de contención.

En la década de 1930, se desarrollaron somatoterapias de técnica intervencionista: terapia de coma insulínico, terapia convulsiva con metrazol y terapia electroconvulsiva (TEC) (Endler, 1988). Algunos de estos cambiaron y con el tiempo han desaparecido y otros han permanecido. Entre lo que permanece desde entonces se encuentra la terapia electroconvulsiva.

La psiquiatría se propuso encontrar tratamientos físicos para abordar los trastornos psicóticos y lograr posicionarse como una disciplina científica.

Manfred Sakel descubrió cómo las dosis de insulina ayudaban a los adictos a la morfina a enfrentar sus síntomas de abstinencia, dando inicio el coma insulínico para pacientes psiquiátricos que permitía la reducción de ansiedades y pensamientos, logrando pacientes con menos alucinaciones y delirios (Garolfi, 2019).

Esto abrió paso para que profesionales y científicos como el neuropsiquiatra Von Meduna utilice sustancias químicas como la cafeína o el alcanfor para la provocación de convulsiones en humanos y encontrar una “cura” para personas con patologías.

Meduna ya registraba antecedentes de convulsiones en animales con estas sustancias químicas.

En 1930 se sustituyen la cafeína y el alcanfor por cardiazol con la intención de producir de forma controlada una crisis convulsiva con menos molestias locales (Romero-Tapia,

2018). Es conveniente aclarar el uso del alcanfor vía oral estaba ya documentado anteriormente a las afecciones psiquiátricas en la farmacopea del siglo XVIII, se encontraba prescrito para el tratamiento de las enfermedades nerviosas, como muestra la publicación de Oliver en el London Medical Journal de 1785 (Pacheco Yanez et al., 2015).

Con el aumento del antisemitismo y el ascenso al poder del nazismo Meduna emigró a Chicago, Estados Unidos, en 1939, y desde allí continuó sus investigaciones sobre las convulsiones por metrazol. Finalmente, la psiquiatría reconoció que su teoría de la incompatibilidad biológica entre la epilepsia y la esquizofrenia no tenía fundamento, pero que las convulsiones inducidas artificialmente eran útiles para reducir la esquizofrenia (Sabbatini, 1997).

Todos estos tratamientos lograban los efectos esperados pero tenían desagradables efectos secundarios. Según Renato Sabbatini con la aparición de los métodos para tratar “las enfermedades *mentales*”, incluidos los neurolépticos y la terapia electroconvulsiva, el metrazol se suspendió gradualmente a finales de los años 40 (Sabbatini, 1997).

## **1.2- El nacimiento de la convulsión por electricidad**

La historia que habitualmente se encuentra surge de Ugo Cerletti, profesor de Neurología y Psiquiatría en la Universidad de Roma, quien concluyó que los pacientes psiquiátricos podrían mejorar su salud si se les provocaba una convulsión, y así fue como, en el año 1938, Cerletti junto con Lucio Bini llevó a cabo como innovador el método de la Terapia de electroshocks (Duarte-Pires Fernández, 2018). Este psiquiatra se había especializado en el estudio de las crisis convulsivas en perros mediante la utilización de descargas eléctricas.

La idea de probar esta técnica con humanos surge en un matadero<sup>1</sup> local. El profesor concurre allí esperando observar cómo se mataba a los cerdos con descargas eléctricas en la cabeza, pero descubrió que simplemente aturdía, aunque esto facilitaba el trabajo de los carniceros con los animales (Garolfi, 2019).

Lucio Bini (1908-1964) es quién fabricó el primer aparato de descargas eléctricas para humanos. De hecho el neuropsiquiatra, filósofo e historiador German Berrios escribe en su artículo sobre los orígenes científicos de la terapia electroconvulsiva, a diferencia de

---

<sup>1</sup> Existen artículos que cuestionan el surgimiento del electroshock en un matadero (Szasz, 1971); (Kalinowsky, 1980).



varios artículos académicos leídos para la realización de este trabajo, que Lucio Bini inició su colaboración con Cerletti aunque no se había formado como psiquiatra, realizando su formación profesional en los años siguientes, además agrega que Cerletti trató de restar importancia a la colaboración dirigiéndose a Bini como solo “un técnico” en la contribución de su método, confesando su molestia de que el procedimiento se llame en primera instancia "Cerletti-Bini", o incluso "Bini-Cerletti; sumando comentarios de trabajadores de la clínica Cerletti que hizo todo lo posible para evitar que Bini avance académicamente (Berrios, 1997).

Seguidamente Cerletti usó este modelo primeramente con animales para convencerse que la aplicación de corriente eléctrica era necesaria para causar un ataque convulsivo y que esta no implicaba ningún daño mortal. A partir de varias pruebas con animales se decidió ensayar con seres humanos (Impastato, 1960).

Así es como:

*El 18 de abril de 1938 se aplicó el electroshock por primera vez en un ser humano. Un vagabundo que sufría alucinaciones fue llevado por la policía a un centro psiquiátrico. Donde se aplicó una corriente eléctrica de intensidad creciente hasta que se desencadenó un cuadro similar a una convulsión epiléptica. Once sesiones fueron necesarias para que el sujeto dejara de tener alucinaciones. Los médicos catalogaron rápidamente el tratamiento como un éxito (Garolfi, 2019, p.19).*

Luego de la primera aplicación, dieron ese mismo año la comunicación oficial del método a la Academia Médica de Roma, denominándose electroshock, denominación que quedó fijada durante años (Giovanelli, 2004).

Según investigaciones históricas, el electroshock, por medio de un aparato específico, consistió en una descarga de corriente eléctrica mediante dos electrodos que se colocan a ambos lados de la cabeza, la cual provoca una convulsión en el cerebro.

La administración, en esta primera prueba, fue una descarga de 70 voltios en una fracción de segundos, ante estos primeros espasmos no encontraron cambios significativos, Cerletti esperaba que luego de la crisis convulsiva obtener una pérdida de conciencia, como sucedió con el coma insulínico o en la administración de cardiazol (Ruiz-Piñera et al., 2004).

Las siguientes descargas fueron de 110 voltios y 0,5 segundos provocando una crisis epiléptica. Después de una docena de sesiones a lo largo de dos meses, la sintomatología del trastorno esquizofrénico desapareció por completo, siendo reportado con éxito el tratamiento (Ruiz-Piñera et al., 2004).

Dicho tratamiento se catalogó como un gran avance científico, gran mérito frente a la insulina o el metrazol ya que se podía repetir el tratamiento si no había sido satisfactorio, además los pacientes que padecían una amnesia que les hacía olvidar los eventos inmediatamente anteriores al choque, por lo que la experiencia se consideraba era menos traumática.

A su vez se cuestionaban los efectos secundarios que acarrearía dicha práctica, con una mortalidad del 11% y una morbilidad aún mayor, derivando al cuestionamiento científico y ético, con énfasis en el riesgo de daño que excede con claridad el beneficio esperado para un tratamiento médico (Romero-Tapia, 2018). La percepción social negativa del electroshock se ha asociado a los efectos físicos de su aplicación, como fracturas en la columna vertebral y mandíbula, lo que generaba daños irreversibles en las personas.

En 1939, Lothar Kalinowsky un joven médico alemán, asistente y colaborador de Cerletti, estudiaba los cambios en el estado neurológico durante los tratamientos realizados. El mismo inició una gira para promocionar la TEC en todo el mundo, visitando los Países Bajos, Francia, Suiza, Inglaterra y los Estados Unidos (Sabbatini, 1997).

Los investigadores que adoptaron el método de Cerletti-Bini pronto descubrieron que parecía tener efectos espectaculares sobre los trastornos afectivos (Sabbatini, 1997).

La TEC se hizo popular en un tiempo récord y comenzaba su largo viaje como la terapia de choque de elección en la mayoría de los hospitales y asilos de todo el mundo (Sabbatini, 1997).

En Latinoamérica, médicos chilenos declaran no tener diferencias en resultados experimentales con países del occidente y a pesar de la experimentación no se conocía con exactitud su mecanismo de acción, como tampoco era posible establecer las indicaciones precisas del tratamiento, por lo cual había una tendencia a aplicarlo en la mayoría de casos con afectaciones mentales (Araya Ibacache & Leyton Robinson, 2009).

Esta situación no logrará revertirse y finalmente se transformará en uno de los principales cuestionamientos en el plano ético de la psiquiatría, cuyas prácticas terapéuticas, marcadas por el empirismo y la investigación en sujetos privados de libertad, han sido interpretados social y culturalmente como una historia de abusos y desconocimiento (Araya Ibacache & Leyton Robinson, 2009).

Según los autores Claudia Araya y Cesar Leyton, luego de la Segunda Guerra Mundial, a raíz del desprestigio que había adquirido el electroshock por su uso sin regulación y por las acusaciones en contra de psiquiatras que habrían asesorado a agentes de la CIA para utilizarlo como método de tortura, un grupo importante de psiquiatras –Grupo

para la Promoción de la Psiquiatría (GAP)– se reúne en los Estados Unidos de Norteamérica en 1947, para elaborar un documento crítico respecto al electroshock y su desvirtuación como práctica médica (Araya Ibacache y Leyton Robinson, 2009).

Según la Dra. Vitela-Maldonado (2022) la terapia electroconvulsiva o *electroshocks* como eran llamados en un principio, demostraron ser un tratamiento eficaz para algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia, la depresión y la psicosis maníaco-depresiva, entre otras, pero con una problemática común, los pacientes llegaban a presentar lesiones por la intensa manifestación física que sucedían durante la administración, daños en dientes, musculares o fracturas, así como episodios de apnea prolongada, ocasionando rechazo al tratamiento y dándole ese estigma que todavía lo acompaña.

### **1.3- Introducción de relajantes musculares y anestesia**

En 1940 Abram Elting Bennet, neuropsiquiatra de Nebraska, publicó sus primeros estudios sobre la utilización del curare<sup>2</sup> en la terapia electroconvulsiva. Bennet escribió: *“Hemos establecido el valor de una nueva terapia que va a rescatar la terapia de choque de ser abandonada. Disponemos de un amortiguador ideal para tratamientos convulsivos”* (Vitela-Maldonado, 2022).

Vitela-Maldonado (2022) escribió que el empleo de curare se extiende a la aplicación de la terapia electroconvulsiva, utilizándose la misma dosis dos minutos después de inyectado, colocando una mordaza, ya que la estimulación eléctrica directa produce contracción tónica en la cara. A partir de esto, empiezan a surgir diversas técnicas para minimizar la violencia muscular de las crisis inducidas eléctricamente.

En el reporte de *Progress in neurology and Psychiatry. An Annual Review* de 1947, se hace mención de diferentes técnicas para modificar o prevenir complicaciones. Se utilizaron barbitúricos intravenosos como amobarbital (*sodium amytal*), pentotal (*sodium pentotal*), hexobarbital (*sodium evipan*) y escopolamina como premedicación, y curare en forma habitual y principalmente recomendado en pacientes con antecedentes de enfermedades esqueléticas como osteoporosis, artritis, hernias y edad avanzada (Vitela-Maldonado, 2022).

De todos modos no fue hasta 1952, con la introducción de los relajantes musculares, cuando se consiguió disminuir uno de los principales inconvenientes: el número de fracturas que producía la aplicación de esta técnica. Se administraba un voltaje de entre

---

<sup>2</sup> Posteriormente llamado Intocostrin, siendo el mismo utilizado como un relajante muscular.

80 a 90 voltios, con una intensidad de 300 a 600 amperios durante 2 décimas de segundo, midiendo previamente la resistencia de la calota craneal del sujeto en ohmios, y ajustaban el voltaje para provocar una convulsión tónico-clónica generalizada. Las sesiones eran días alternos y la duración del tratamiento no superaban las 20 sesiones (Conseglieri, 2008).

En 1953, Lothar B. Kalinowsky presenta diferentes tratamientos de choque y un capítulo en donde habla de la prevención química de las fracturas, partiendo de los estudios de Bennet, detallando la experiencia a lo largo de varios años y haciendo hincapié de los beneficios del curare (Vitela-Maldonado, 2022).

Así es como la Dra Vitela-Maldonado (2022) sostiene:

*El mayor avance en la modificación de las convulsiones durante la TEC, se dio por la introducción de galamina por Hughenanl y Bone en 1949 y finalmente con la aparición del suxametonio por Holmberg y Thesleff en 1951, siendo los reportes de su uso en la TEC antes de su utilización en anestesia general {...} La utilización de succinilcolina vino a revolucionar la práctica de la terapia electroconvulsiva, al poder contar con un relajante neuromuscular de acción corta, para un tratamiento también de poca duración (p. 295).*

Un caso particular en Latinoamérica es una revisión de la Dra. Beatriz Vitela Maldonado realizada en un período que abarca de 1943 a 1968, donde no se encontró evidencia del uso de anestésicos, relajantes neuromusculares ni la presencia de un anesthesiólogo en diferentes instituciones de salud mental de la Ciudad de México, de hecho fue en abril de 1988 que se comenzó a utilizar la técnica con relajante neuromuscular en el instituto de Nacional Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez y en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez el comienzo de la utilización de anestesia data del año de 1994, a pesar de que ya se aplicaban los relajantes en otras partes del mundo (Vitela-Maldonado, 2022).

Es menester destacar que México se toma como referencia para poder situar lo tardío que fue en nuestra región latinoamericana la verdadera utilización de anestesia y relajantes.

La incorporación de la anestesia, relajantes musculares, monitoreo y el cambio de máquinas que permiten ajustar las ondas y la intensidad del estímulo para minimizar los efectos secundarios permitió pensar que cambiaría la perspectiva. La introducción de las mismas posibilitó en las instituciones y expertos médicos el cambio de nombre, el electroshocks pasa a nombrarse como terapia electroconvulsiva y a través de estas

modificaciones se intentó resignificar el procedimiento ante profesionales reticentes y la sociedad en general.

Estos cambios, como veremos más adelante en el trabajo, implican una tensión entre quienes afirman que el procedimiento había dejado atrás su oscura historia de abusos y quienes sostienen que detrás de los supuestos cambios de nombre y éticos en la aplicación de la técnica, se actúa contra los derechos de las personas tratadas, además de que continúa el potencial abuso y las investigaciones sobre su eficacia aún no arrojan suficiente información.

#### **1.4- La demanda colectiva: Surgimiento de miradas críticas**

En los años 60 decayó el uso de la TEC de la mano de las corrientes antipsiquiátricas. Llega a la opinión pública y de esa forma se impregna una imagen negativa de esta técnica y queda condicionada de manera desfavorable hacia ella.

El uso de relajantes musculares como forma preventiva, intenta modificar el punto de vista social negativo que comenzaba a resonar (Araya Ibacache & Leyton Robinson, 2009). Los historiadores chilenos Claudia Araya Ibacache y César Leyton Robinson relatan que profesionales como Edward Shorter y David Healy dicen que los prejuicios que existen en torno al electroshocks derivan del oscuro pasado de la psiquiatría, reconociendo que, en sus orígenes, se utilizaba con fines punitivos

En la década de los 70, se iniciaron fuertes movimientos contra la psiquiatría institucionalizada en Europa y particularmente en los Estados Unidos. Junto con la psicocirugía, la TEC fue denunciada por los libertarios, y la difamación más famosa fue una novela de 1962 escrita por Ken Casey, basada en sus experiencias en un hospital psiquiátrico de Oregón. La mala prensa se convirtió en una serie de acciones legales relacionadas con los abusos de la terapia de choque (Sabbatini, 1997).

La terapia electroconvulsiva se instala como una terapia muy cuestionable sobre su efectividad y las vivencias luego del tratamiento, asimismo se suman los dichos que la utilización de la misma era para someter y controlar pacientes en hospitales psiquiátricos. Los *pacientes problemáticos* recibían varias descargas al día, muchas veces sin la debida sujeción o sedación. El historiador médico David J. Rothman afirmó en una conferencia de consenso (National Institutes of Health) sobre la TEC en 1985:

*"Es prácticamente la única entre las intervenciones médico-quirúrgicas en que el mal uso no tenía como objetivo curar sino controlar a los pacientes en beneficio del personal del hospital" (Sabbatini, 1997).*

El psicólogo Juan Carlos Cea Madrid y la antropóloga Tatiana Castillo Parada en un artículo dedicado a la revisión histórica de la TEC manifiestan que el gremio psiquiátrico celebró el descubrimiento del electroshock pero el uso ampliado contribuyó a que personas que habían recibido este tratamiento comenzarán a reunirse y compartir testimonios respecto a sus vivencias, en particular, los daños que había provocado este procedimiento en sus trayectorias biográficas, así como las dificultades para recuperar una vida plena y significativa (Cea Madrid & Castillo Parada, 2020).

Los autores agregan:

*En 1970 los episodios de protesta social, lideradas por personas autodenominadas “sobrevivientes del electroshock”, culminaron en legislaciones que controlaban el uso de este procedimiento en diversos estados norteamericanos y en 1982, los activistas Leonard Roy Frank y Ted Chabasinski iniciaron la campaña autogestionada “Coalition to Stop Electroshock” para informar a la opinión pública sobre los daños del electroshock consiguiendo prohibir, a partir de una votación ciudadana, el uso de este procedimiento psiquiátrico en Berkeley, California (Cea Madrid & Castillo Parada, 2020, p. 3).*

En su tesis doctoral el médico psiquiatra Ignacio Vera López remarca que durante los años 80 continuó el rechazo tanto por la sociedad como por algunos profesionales, por la peligrosidad y el desconocimiento de su mecanismo de acción así como los potenciales efectos secundarios a los que la persona tratante se sometía. Además con la introducción de los tratamientos con psicofármacos la TEC se relegó como último recurso para aquellas personas que no responden a ningún tratamiento (Vera López, 2015).

Actores vinculados al campo médico agregan que los factores sociopolíticos y médico-legales que afectaron negativamente el uso de la TEC modificada es lo que llevó a un periodo de tiempo en el que se prohibió su uso en los Estados Unidos (Lava-Parmele et al., 2021). Argumentos como los mencionados anteriormente dejan entrever que el procedimiento comenzó a cuestionarse únicamente por los perjuicios de la sociedad, ignorando el trasfondo de la verdadera problemática.

En relación a lo escrito previamente, la autora Carol Levine detalla que en California el 2 de noviembre de 1982, se realiza una aprobación por parte de los votantes de dicho estado para lograr la prohibición del uso de la terapia electroconvulsiva en los hospitales locales. La campaña para prohibir la TEC fue encabezada por Theodore Chabasinski, un activista por los derechos de las personas con trastornos mentales, y la Coalición para Detener los Electroshocks que él preside. La Coalición consideraba buscar una votación

para prohibirla en todo el estado, mientras que se esperaba que la Asociación Estadounidense de Psiquiatría cuestionara dicha prohibición (Levine, 1982).

Los profesionales de la salud del *Hospital Psiquiátrico Román Alberca* de Murcia, España redactan un documento sobre los medios, recursos y procedimientos de la TEC, estos manifiestan que dada su probada efectividad y ausencia de complicaciones graves, dando inicio a la TEC-modificada (sedación + relajación). Representando un gran avance y mucho más aceptable el tratamiento al paciente, además de reducir visiblemente el número de complicaciones y efectos secundarios (López-Villaescusa et al., 2012).

A medida que los avances en anestesia y tecnología continuaron, los anestesiólogos ayudaron a que la técnica recuperara el uso generalizado mejorando el perfil de seguridad, la rentabilidad, el inicio más rápido de las convulsiones y la facilidad de control (Lava-Parmele et al., 2021).

Los movimientos contra la Terapia electroconvulsiva persisten con el pasar de los años, la periodista Ana Sofía Rodríguez Everaert toma como primera movilización notoria “Psychiatric Survivor Pride Day” (día del orgullo del sobreviviente psiquiátrico) en 1993 en Toronto siendo la misma la que permitió la popularización en varios puntos del mundo, dilucidando la historia de sobrevivir la discriminación y el abuso dentro y fuera del sistema psiquiátrico, apuntando que los sobrevivientes son más que una etiqueta diagnóstica, logrando posicionarse para defender derechos y logros colectivos (Rodríguez Everaert, 2019).

La antropóloga Tatiana Parada y el psicólogo Juan C. Cea Madrid toma de ejemplo relevante el año 2015 donde se convocó a una “Protesta Internacional en Contra del Electroshock” con el objetivo de denunciar este procedimiento a nivel global y rendir un homenaje al activista Leonard Roy Frank, sobreviviente del electroshock, fallecido ese mismo año. La manifestación impulsada por activistas en primera persona en salud mental reunió a 25 protestas en 9 países (Cea Madrid & Castillo Parada, 2020). Aunque las movilizaciones anuales se interrumpieron varias veces, estas actividades logran visibilizar el uso de la TEC en el espacio público cuestionando, desde un enfoque de derechos, su utilización.

### **1.5- Miradas actuales sobre una práctica con muchos interrogantes**

En la actualidad, la evidencia científica sobre la Terapia Electroconvulsiva permanece en estado de debate.

Según los autores Cea Madrid & Castillo Parada (2020) la corriente principal de la psiquiatría sostiene que la TEC es segura y eficaz, en esa línea, otros profesionales han desarrollado estrategias de defensa de este procedimiento en libros de texto, artículos académicos y revistas especializadas en la materia (p. 7).

En contraposición, diversas organizaciones sociales en primera persona y sectores profesionales en salud mental han conformado una corriente de trabajo académico que reúne una serie de cuestionamientos hacia la utilización de la TEC (Cea Madrid & Castillo Parada, 2020).

Siguiendo la línea de los autores nombrados anteriormente y en consecuencia a lo dicho, la psiquiatría de orientación biológica posee una opinión favorable sobre la TEC. La argumentación de los mismos respecto a este controversial procedimiento se basa en asegurar que todo tratamiento médico implica eventuales riesgos y calculados beneficios.

Sin embargo, en el sitio web Mad In América (plataforma de activismo digital) proporciona artículos académicos, columnas de opinión y un foro de discusión sobre salud mental desde un enfoque de derechos humanos y justicia social, donde se reúnen publicaciones de investigadores y sobrevivientes de la psiquiatría (Cea Madrid & Castillo Parada, 2020).

Así es como Cea Madrid y Castillo Parada (2020) explican:

*Mad in America se ha replicado en varios países y sus textos se han traducido a muchos idiomas, contribuyendo al debate público respecto a la psiquiatría a nivel global. La revisión documental en Mad In America, da cuenta que la TEC no es cualquier procedimiento médico, por lo tanto, esta argumentación contiene una serie de inconsistencias que es necesario dilucidar (p. 7).*

El desarrollo histórico del electroshock o Terapia Electroconvulsiva (TEC) no ha implicado una superación de los cuestionamientos que remontan a su origen. Por lo tanto, cabe el análisis al vínculo entre activismo social e investigación crítica respecto a este procedimiento psiquiátrico en el escenario contemporáneo (Cea Madrid & Castillo Parada, 2020).

## **2-Tópicos controversiales**

La TEC, o Electroshock, es un tema en debate constante. Los partidarios lo describen como seguro y eficaz; los opositores condenan su uso como perjudicial e ineficaz.



En este apartado se toman tres tópicos polémicos, con autores que exponen sus respectivas posiciones: efectividad, efectos secundarios y consentimiento informado.

### **2.1- Efectividad de la Técnica: El análisis constante**

Los autores Bernardo y Urretavizcaya (2015) expresan mediante su artículo en la revista de *Psiquiatría y salud mental* que la terapia electroconvulsiva es uno de los tratamientos del campo de la psiquiatría que más ha recibido juicios de valor y calificativos. Polémico y con casi 80 años de historia sigue siendo considerado vigente y controvertido, pero seguro y eficaz.

Los mismos afirman que es un tratamiento que salva vidas pero aun así su disponibilidad es variable y desigual a pesar de que su uso permanece constante, o en aumento en algunos lugares del mundo (Bernardo & Urretavizcaya, 2015).

De la misma forma el Dr. Romero Tapia agrega que la TEC se considera una alternativa terapéutica efectiva y con un buen perfil de seguridad, a eso se suman múltiples estudios, incluyendo revisiones sistemáticas y guías basadas en la evidencia que han demostrado su eficacia en esquizofrenia, trastornos depresivos e incluso manía y otros trastornos.

El Médico y Psiquiatra Javier Enrique Reza González en su artículo de opinión sobre TEC, garantiza que algunos estudios han demostrado que los resultados de la TEC en los cuadros de depresión psicótica aguda son similares al uso de los antipsicóticos. Agrega que la terapia electroconvulsiva se presenta como la terapéutica más efectiva incluso por encima de los antidepresivos, siendo la terapia de primera elección cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio, ansiedad o agitación severas en depresión (González, s. f.).

De manera continua el Dr. González Reza ratifica que en las formas catatónicas de los trastornos esquizofrénicos la TEC es claramente superior al tratamiento farmacológico. La efectividad de la TEC en la manía es menor que en la depresión pero claramente superior al placebo y equiparable al litio. Se considera que hoy en día no existe contraindicación absoluta para TEC, asimismo el efecto terapéutico de la TEC es explicado desde el punto de vista biológico siendo esta idea la que explica que la TEC actúa sobre los mismos procesos biológicos que las medicaciones antidepresivas efectivas (González, s. f.).

Retomando a los autores Bernardo y Urretavizcaya (2015) adhieren respecto a la efectividad de la TEC, que la misma está infrautilizada en muchos entornos psiquiátricos, enfatizando que la TEC debe tener una accesibilidad garantizada ante la

evidencia, ya que no solo es un tratamiento eficaz, sino electivo en algunos diversos trastornos ya mencionados.

De esta manera suman:

*Existen asociaciones como European Forum For ECT o Association for Convulsive Therapy con el objetivo de promover la investigación, difundir las buenas prácticas y combatir el estigma asociado con la TEC {...} Además, en la literatura científica se está prestando mayor atención a los aspectos relacionados a su contexto psicológico y en cómo mejorar la percepción de los pacientes respecto al propio tratamiento para disminuir el estigma asociado. Indagando en este aspecto se ha estudiado a las personas que experimentaron TEC y se observó una respuesta positiva hacia la TEC (Bernardo & Urretavizcaya, 2015).*

Y en cuanto a las investigaciones:

*Existe un considerable incremento de los estudios realizados en el campo de la genética, la neuroimagen, la neurobiología, los biomarcadores y la investigación neuropsicológica y también psicosocial para evaluar los efectos en la cognición y en el impacto emocional. Desde todas las áreas de la neurociencia los datos son concluyentes, la TEC es un tratamiento seguro y bien tolerado (Bernardo & Urretavizcaya, 2015).*

Según la revista de Psiquiatría española en los últimos años ha aumentado el uso de terapia electroconvulsiva de mantenimiento, esto no supone un plus de déficit cognitivo en estos pacientes a largo plazo, de hecho, se están llevando a cabo estudios pragmáticos como los realizados por el Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy que han permitido considerar la TEC de mantenimiento como una alternativa terapéutica eficaz similar al litio y la nortriptilina.

Los resultados contribuyen a demostrar la eficiencia de la colocación bilateral de los electrodos y la utilidad de la TEC tanto en depresión unipolar como bipolar (Bernardo & Urretavizcaya, 2015).

Para ir cerrando los autores mencionados sostienen que la TEC basada en evidencia es una técnica efectiva y eficiente y no se les dedica una mayor atención y presupuesto de investigación.

Aun así, son muchos los retos pendientes que la TEC encuentra, probablemente en la mayor parte del mundo, como por ejemplo detectar la poca utilización de la técnica y facilitar el acceso universal de los pacientes a este tratamiento sin diferencias de ubicación geográfica (Bernardo & Urretavizcaya, 2015).

Sin embargo el Psicólogo retirado Philip Hickey escribe:

*La TEC o electroshock, como a veces se le llama, es un tema controvertido. Los adherentes lo describen como seguro y eficaz; los opositores condenan su uso como perjudicial e ineficaz. Pero todavía se usa ampliamente en los EE. UU. y en otros países (...) Los defensores afirman que los tratamientos con ECT claramente han aliviado la depresión. Los opositores afirman que la aparente mejora es un ejemplo de euforia posterior a la conmoción cerebral y que los efectos son de corta duración (Hickey, 2013).*

El autor reconoce que es un tema amplio, y se ha escrito un volumen enorme de material sobre el mismo, entre ellos una cantidad creciente de escritos de sobrevivientes que afirman que el proceso de la TEC los perjudicó, pero también se pueden encontrar informes ocasionales de personas que dicen que la TEC les ayudó (Hickey, 2013).

La publicación de Philip Hickey manifiesta que lo primero que se debe tener en cuenta es que hay estudios particulares que no están diseñados para responder a la pregunta: ¿es efectiva la TEC? sino más bien para evaluar su efectividad para la depresión *bipolar* versus la depresión *unipolar*. “Este es un problema importante, porque la única forma en que uno puede evaluar adecuadamente la efectividad de un procedimiento como la TEC es comparar su uso con un placebo” (Hickey, 2013).

Retoma la pregunta de Philips, John Read profesor de psicología clínica en la Universidad de East London ¿es efectiva la TEC? En su publicación de la revisión que llevó a cabo entre 2009 y 2016 concluyó que de los 91 estudios, solo dos tenían como objetivo evaluar la eficacia de la TEC. Aclara que ambos tenían graves defectos y que ninguno de los 89 restantes produjo evidencia sólida de que la TEC sea efectiva para la depresión. Afirma también que la literatura de investigación de TEC en general ha sido, desde el principio, de una calidad notablemente pobre (Read, 2021).

En esta misma publicación Read (2021) incorpora su última revisión, realizada con Irving Kirsch, quien investiga estudios de placebo en la Escuela de Medicina de Harvard, donde se evaluaron no sólo 11 estudios sino también, cinco Metaanálisis.

Sobre esto comenta:

*Descubrimos que los metanálisis, extrañamente, habían incluido entre uno y siete de los 11 estudios mencionados y aparte de cometer múltiples errores de hecho, habían prestado poca atención a la mala calidad de los estudios en los que se basaban. Además, ninguno de los cinco metanálisis había identificado un solo estudio que mostrara beneficios a largo plazo o que demostrara que la TEC salva vidas (Read, 2021).*

Read enfatiza que a través de sus investigaciones determina que no sabe si funciona la TEC o cuántas personas terminan dañadas permanentemente por él y que ni siquiera puede decir con firmeza con qué frecuencia todavía se usa a nivel mundial.

Para cerrar, la activista Mary Maddock comenta al respecto:

*La psiquiatría es un sistema de creencias fraudulento que se disfraza de ciencia médica mientras que tiene muy poca evidencia científica. El electroshock pertenece a un grupo de herramientas de la psiquiatría y lo nombra un 'tratamiento' aunque no tiene idea de cómo funciona, pero todos los médicos saben que el electroshock produce una convulsión que definitivamente causa daño cerebral. Si una convulsión no causa daño cerebral, ¿por qué los médicos en general consideran una emergencia cuando una persona tiene una convulsión espontánea? (Maddock, 2014).*

## **2.2- Efectos secundarios: ¿Riesgo o Beneficio?**

El Dr. Humberto Casarotti (2004) dice al respecto que con la optimización de las técnicas de aplicación de la TEC, en la actualidad no existen contraindicaciones absolutas para su aplicación.

En la actualidad los coordinadores del *Consenso Español sobre la TEC* la consideran una técnica segura y bien tolerada, con un bajo riesgo vital. La tasa estimada de mortalidad asociada es muy baja y se relacionan con los accidentes cardiovasculares durante o inmediatamente después de la sesión. La evaluación y la optimización del tratamiento de las condiciones médicas del usuario, así como la monitorización durante todo el procedimiento, reducen al mínimo todos esos riesgos (Bernardo et al., 2018).

Añaden que los efectos secundarios dependen especialmente de las condiciones previas del usuario, su edad y su susceptibilidad personal, de la técnica utilizada, del

número de tratamientos empleados y de la frecuencia de administración (Bernardo et al., 2018).

Por lo tanto los efectos secundarios que se distinguen durante y en el plazo inmediato posterior al tratamiento conforme al Consenso Español (2018) son las fracturas y luxaciones que se consideran prácticamente inexistentes debido al uso sistemático de relajantes musculares. En pacientes con osteoporosis o con fracturas recientes tratadas, se debe asegurar un mayor nivel de relajación muscular (Bernardo et al., 2018).

Las lesiones bucodentales y dolor mandibular podrían considerarse como efecto secundario inmediato ya que las lesiones orales son un efecto indeseable común, dada la contracción de los músculos de la mandíbula por estimulación directa al aplicar la TEC, las cuales aparecen con más frecuencia en pacientes con estado dental deficitario. La pérdida o la ruptura de piezas dentales se pueden minimizar realizando una evaluación odontológica previa o aplicando medidas de protección dental durante el procedimiento (Bernardo et al., 2018).

Sobre los inmediatos *efectos secundarios sistémicos* en el post-TEC los profesionales del Consenso Español afirman que en las horas posteriores a las sesiones de TEC son frecuentes las molestias generales, aunque suelen ser leves y reversibles. Entre ellos se destacan la cefalea y las mialgias siendo uno de los efectos secundarios más comunes, suelen ser leves, tolerables y se auto elimina en unas horas (Bernardo et al., 2018).

Las mialgias son menos frecuentes, pero suelen ser más intensas y duraderas. Generalmente ocurren tras la primera sesión de TEC y en ambas situaciones el tratamiento efectivo suele ser con analgésicos como ibuprofeno o paracetamol (Bernardo et al., 2018).

Sobre las náuseas y fatiga: en este punto Humberto Casarotti (2004) agrega que en ciertos casos, coincidentes con cefaleas intensas, pueden ocurrir náuseas y vómitos. A veces son expresión de intolerancia al anestésico.

Por tanto, Bernardo M. y otros especialistas del Consenso suman que pueden surgir náuseas por la manipulación de la vía aérea. Las náuseas pueden prevenirse con fármacos antieméticos o cambiando el agente anestésico. La fatiga post-TEC se ha registrado en un alto porcentaje de pacientes (Bernardo et al., 2018).

En cuanto los efectos secundarios cognitivos Humberto Casarotti (2004) explica que son los que más limitan el uso de la TEC. De igual modo dice que la intensidad de estos

efectos es muy variable y puede verse favorecida por la presencia de alteraciones cognitivas previas asociadas al trastorno psíquico que motivó la indicación de la TEC o a afecciones neurológicas preexistentes o al uso de algunos medicamentos (p. 22).

Por tal razón los coordinadores del Consenso Español (Bernardo et al., 2018) aclaran que la evolución del tipo y gravedad de las alteraciones cognitivas asociadas a la TEC varían en función del tiempo transcurrido después de cada sesión de tratamiento y el número total de sesiones recibidas (p. 39).

En primer lugar se encuentra el síndrome confusional que se observa como una confusión leve y transitoria que ocurre posteriormente con el 40% de tratamientos con TEC. Los coordinadores expresan que las personas experimentan un pequeño grado de desorientación transitoria al despertar, que se ha relacionado con la crisis convulsiva y la anestesia. Las personas mayores de 65 años presentan tiempos de recuperación más largos que los jóvenes (Bernardo et al., 2018).

En segundo lugar se considera a la amnesia, como otra alteración cognitiva, ya que se asocia a cambios cognitivos selectivos y característicos en la memoria anterógrada y retrógrada. Sin embargo, en ocasiones, no se objetivan alteraciones cognitivas tras el tratamiento por lo que la investigación en este ámbito requiere de más estudios (Bernardo et al., 2018).

Por lo tanto los profesionales que realizaron el Consenso (2018) plantean al respecto que durante el tratamiento con TEC hay discrepancias entre la evidencia científica disponible y las sensaciones percibidas por algunos pacientes en cuanto a la prevalencia y evolución de las alteraciones cognitivas y que suele existir una mala correlación entre los resultados de pruebas de memoria objetivas (tests que se pueden medir objetivamente) y subjetivas que en ocasiones se correlacionan más con el estado clínico (Bernardo et al., 2018).

En la misma línea Humberto Casarotti dice que conviene señalar que actualmente se estudian los mecanismos a través de los cuales la TEC ejerce sus efectos cognitivos secundarios y destaca este punto porque la afectación de la memoria es a menudo utilizada como argumento para desvalorizar públicamente la técnica y se suele sostener que el tratamiento provoca lesión neuronal irreversible, siendo que tópico ha sido estudiado y la firme conclusión ha sido que, hasta el momento, no existen evidencias de que la TEC produzca daño estructural del cerebro (Casarotti et al., 2004).

Por el contrario a lo anterior escrito, la comunidad psiquiátrica afirmaba que no había efectos adversos significativos en la memoria asociados con la TEC, pero hoy parece haber una aceptación general de que la pérdida de memoria puede ocurrir y ocurre

(Hickey, 2013). De hecho el informe del grupo de trabajo de la APA de 2001 recomendó encarecidamente reflejar esta perspectiva de posibles lagunas permanentes en la memoria en el formulario de consentimiento para la TEC (Kolar, 2017).

El autor catalán Miquel Soms (2020) publica en una revista en línea que el manual de referencia para la práctica Tec en España, el *Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva* es elaborado por la élite psiquiátrica española y que ampara la utilidad de las descargas eléctricas a los diferentes grupos de población. Además agrega que pese a los peligros de esta técnica, puede llegar a producir amnesia, pérdida de memoria, depresión y todo tipo de trastornos neurológicos irreparables.

Asimismo al ser rebautizada como Terapia Electroconvulsiva, en la actualidad, el sujeto al estar sedado se le ahorra una lamentable escena al personal médico implicado y pareciendo algo más digno de cara a familiares, al propio afectado y a la sociedad en su conjunto (Soms, 2020).

De la mano con lo anterior el Psicólogo Peter Simons (2017) en su revisión sobre *peligros de la TEC* sugiere junto a otros profesionales que la práctica actual de evaluar el deterioro cognitivo y la pérdida de memoria es inadecuada y no logra identificar efectos secundarios peligrosos en pacientes que se someten a TEC.

Conjuntamente han notado que la evaluación original de los efectos secundarios de la TEC no identifica la amnesia y por tanto las afirmaciones de que la TEC no produce pérdida de memoria a largo plazo ni deterioro cognitivo están "basadas en escalas de detección de demencia muy simples y breves" que detectan solo cambios en habilidades bien establecidas, no pérdida de memoria (Simons, 2017)

Por último Simons dice:

*"Los efectos secundarios cognitivos de la TEC a veces se subestiman y pueden durar mucho más tiempo después de completar el tratamiento de lo que normalmente se espera. Estos deterioros cognitivos asociados con la TEC pueden causar importantes dificultades funcionales y evitar que los pacientes regresen al trabajo" (Simons, 2017).*

Mary Maddock activista de derechos humanos y escritora, realiza campañas para exponer la psiquiatría y sus tortuosos tratamientos, como los electrochoques y las drogas psicotrópicas. Considera a CAPA (Coalición contra el asalto psiquiátrico), una inspiración para ella ya que ejecutan campañas *de Acciones para detener las violaciones de derechos humanos por electroshock* (Maddock, 2014).

La activista relata que CAPA en la Conferencia de Toronto realizada en mayo 2010 emite una declaración con algunos puntos a resaltar, por ejemplo sobre la investigación realizada, se establece que el electroshock causa daño cerebral al causar convulsiones a través de la corriente eléctrica, así se utilice de forma bilateral o unilateral. En el siguiente punto afirma que siempre que se realice este procedimiento se provoca un daño y un deterioro permanente de memoria que causa la pérdida de creatividad y un trauma psicológico (Maddock, 2014).

De igual importancia destacan en la Conferencia que las personas que padecen este procedimiento sufren una violación de los derechos humanos, de manera que lo perciben como un atentado a la dignidad de las personas y como un trato cruel, inhumano y degradante (Maddock, 2014).

Maddock (2014) destaca que como organización de académicos, sobrevivientes psiquiátricos, estudiantes y activistas que asistieron a la Conferencia PsychOut, conferencia académica internacional que se llevó a cabo en la Universidad de Toronto, en mayo de 2010, algunos de los cuales han experimentado personalmente electroshock y han resultado dañados, toman la posición de expresar que “el electroshock no es un tratamiento que deba recibir de ninguna manera financiación o apoyo estatal y apoyan la legislación provincial y estatal en todas partes cuyo objetivo sea eliminar la financiación pública de electroshock” (Maddock, 2014)

Consecuentemente expresa Mary Maddock (2014):

*“Nuestra campaña continuará. Gracias a Internet - YouTube, Facebook, etc. - tenemos la ventaja de una herramienta poderosa para ayudarnos en nuestra lucha. Nuestra campaña de Facebook para 'Detener el uso forzado de la 'terapia' superó la marca de 10.000 en septiembre. Internet también puede facilitar el intercambio mutuo de ideas.”*

### **2.3- Consentimiento informado: Un requisito vacilante**

El término consentimiento informado hace referencia al conjunto de acuerdos y decisiones a las que se llega en conformidad del paciente y su médico, previa información, aclaración de la misma y que por definición permite su aceptación o rechazo (Romero-Tapia, 2018).

En el manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, se establece que la TEC solo deberá ser administrada bajo el consentimiento informado del paciente o del responsable legal y



que solo puede ser administrada la TEC modificada, es decir con uso de anestesia general y relajantes musculares (World Health Organization, 2006).

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) produce la guía oficial para médicos y pacientes sobre el mejor tratamiento posible, por lo tanto aclara que el consentimiento es válido en todos los casos en que el individuo tenga la capacidad de otorgarlo y que la decisión de realizar TEC debe ser hecha conjuntamente por el individuo y el médico responsable del tratamiento, incluyendo una información completa y apropiada de los riesgos generales asociados y los beneficios potenciales (N.I.C.E, 2003).

Asimismo, el estado clínico del paciente debe evaluarse después de cada sesión de TEC y el tratamiento debe suspenderse cuando se haya logrado una respuesta, o antes si hay pruebas de efectos adversos (N.I.C.E, 2003).

El Dr. Chris Harrop psicólogo clínico redacta de manera pública para el Blog Mad in the UK:

*La TEC se puede administrar en contra de los deseos de una persona si se considera que carece de la capacidad para dar o negar el consentimiento para el tratamiento, pero en esas circunstancias, la administración de la TEC como una intervención está limitada por una legislación bien pensada {...} La TEC solo puede administrarse a personas que se consideren incapaces de dar su consentimiento informado con la aprobación de un médico designado con segunda opinión (conocido como "SOAD"; Departamento de Salud y Ministerio de Justicia). El SOAD debe consultar al menos a dos profesionales que estén asociados al cuidado de la persona (uno debe ser enfermero y el otro no puede ser enfermero ni médico) (Harrop, 2020)*

En contraste con los dichos de Harrop, el Dr. Alvaro Romero Tapia expresa que una persona con enfermedad mental grave tiene una alteración del juicio de realidad, lo cual reduce su capacidad de decidir (p. 19).

Es claro que este argumento no habilita al médico a decidir por su paciente extremadamente en su visión particular del bien. Al contrario, lo obliga a adoptar una posición responsable de cuidado, en donde apoyándose en la familia y la evaluación de cada caso, puede ofrecer la mejor alternativa terapéutica disponible para recuperar la capacidad y autonomía de su paciente (Romero-Tapia, 2018).

Más aún, el Dr. en Psiquiatría considera que varios actos médicos pueden parecer en algún grado agresivos para el paciente, por cuanto se hacen en contra de su voluntad. Sin embargo, cuando estos se ajustan a los estándares técnicos, obedecen al único fin

de controlar el riesgo inminente de auto agresión y están autorizados por la familia o la persona que asume el consentimiento informado, siendo válido éticamente (Romero-Tapia, 2018).

De forma contraria, investigaciones citadas por la Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA, por sus siglas en inglés) informan que un estudio realizado en 2010 por el psiquiatra tailandés Worrawat Chanpattana encontró que en América Latina sólo el 37% cumplió con la recomendación de que todas las instituciones exijan un consentimiento informado de los usuarios (Germán Urdiola, 2016).

No obstante, Peter Simons (investigador académico en psicología y actualmente escritor de artículos académicos) señala una revisión publicada en la revista *Evidence-Based Mental Health*, donde diversos investigadores, como el Dr. Kolar del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Queen, Kingston, Ontario, Canadá, manifiestan que los pacientes reciben de forma rutinaria un consentimiento informado inadecuado que no mencionan los riesgos permanentes (Simons, 2017).

Los formularios de consentimiento proporcionados por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), establecen que "La mayoría de los pacientes informan que la TEC en realidad mejora la memoria". Pero los investigadores, mencionados anteriormente, dicen que esa declaración "se contradice con las investigaciones sobre usuarios de servicios". De modo que esta contradicción puede explicar por qué también encontraron que "La mitad de las personas que recibieron TEC dicen que no recibieron una explicación adecuada del tratamiento" (Simons, 2017).

El consentimiento informado es un derecho y se basa en información, libertad y capacidad para decidir (Almada, 2017) de acuerdo en esto en Uruguay se los considera una herramienta sustancial a la hora de trabajar en salud mental desde la perspectiva de derechos.

Por tanto en nuestro país:

*La ley n.º 18.335 del 15 de agosto de 2008, sobre los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud, todo procedimiento de atención médica debe ser acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud. En el mismo sentido, la ley n.º 19.529 de salud mental establece que debe solicitar «el consentimiento informado para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales propuestas en la estrategia terapéutica» {...} El decreto 274/010 del 16 de septiembre de 2010, reglamentario de la ley n.º 18.335, señala «el*

*otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del usuario y su obtención un deber del profesional de la salud» (artículo 16). El artículo 17 agrega que se debe dejar constancia en la historia clínica {...} A su vez, en el artículo 22 menciona que en casos de urgencia, de notoria fuerza mayor, se podrán realizar los procedimientos sin obtener con antelación el consentimiento del paciente, dejando constancia precisa y fundada en su historia clínica (INDHDP, 2020).*

Según el renombrado médico psiquiatra uruguayo Humberto Casarotti (2004) en la actividad médica, el respeto por el paciente y la alianza terapéutica están centrados por el procedimiento relacional que es el “consentimiento válido o informado”, lo que en TEC, más que en otros tratamientos, constituye un aspecto fundamental (p. 33).

Además Humberto Casarotti agrega que la persona tiene que ser informada respecto al diagnóstico de la afección que padece, duración y severidad, como también a la evolución de la misma en caso de no aceptar el tratamiento propuesto; en cuanto a la TEC informar sobre los objetivos del tratamiento, las posibilidades, limitaciones del mismo y en qué consiste cada sesión (Casarotti et al., 2004).

Por ende, Casarotti afirma que quienes tienen que informar son el psiquiatra tratante y el técnico que aplica los tratamientos. Se debe informar al paciente y a sus familiares responsables. Muchos pacientes tienen capacidad para comprender y consentir la TEC, pero en otros casos, el consentimiento lo aportan los familiares (Casarotti et al., 2004)

Por último el autor indica que con relación al consentimiento debe recordarse dos situaciones especiales: Por un lado cuando los sujetos están incapacitados para consentir a causa de la interferencia que produce el trastorno mental agudo, en estos casos quienes reflexionan ética y legalmente sobre el consentimiento aceptan que un representante legal actúe como mediador para que decida en beneficio de la persona. Aunque esta mediación pueda hacerla un abogado, es más natural que la haga un familiar (Casarotti et al., 2004).

Por otro lado existen circunstancias ante una urgencia (actuar cuando hay riesgo de vida). Aunque el psiquiatra debe saber que la excepción de la urgencia se aplica sólo cuando en la situación médica no ha sido posible contactar un familiar responsable, a pesar de todos los esfuerzos realizados (Casarotti et al., 2004).

Para Garolfi (2019) el consentimiento informado significa un gran avance asociado a las garantías de quien recibe la TEC. Se refiere al mismo como un documento destinado a

informar al sujeto sobre los riesgos, efectos y funcionamiento de la TEC, además que otorga garantías al médico y al personal, en posibles escenarios de demanda.

Por otra parte el mismo autor plantea algunas divergencias que encuentra en el consentimiento informado que brinda el Hospital Vilardebó y el manual de referencia "Terapia electroconvulsiva, un texto programado" publicado en el 2001 en España, el cual se utilizó como modelo para realizar el consentimiento de la institución, donde especifica que no se otorga información al paciente ni a su familia sobre el médico que lleva adelante el procedimiento, aspecto no menor y que es sugerido por el manual. El elemento diferencial es que mientras en el manual se especifica que el número general de sesiones de tratamiento es entre 6 y 12 y en el Hospital Vilardebó figura entre 6 y 20 (p. 23).

Por otro lado, mientras que en el modelo que propone el manual se informa al paciente que debe esperar alrededor de 1 hora para la recuperación luego de realizado el tratamiento, el documento del Hospital no figura esta advertencia (Garolfi, 2019).

Otro aspecto que Mauricio Garolfi (2019) destaca es la formulación de las preguntas que figuran en el manual en contraste con el consentimiento informado, en el cual se cambia el carácter de la pregunta en el consentimiento dando por sentado que la TEC es efectiva y segura, mientras que en el manual no sucede (p.23).

En el informe presentado por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) de la INDDHH comunica que en el Hospital Vilardebó se requiere formalmente la firma del consentimiento informado para la aplicación de cada tratamiento. En caso de usuarios que no cuenten con consentimiento, la técnica no se lleva adelante. Para la obtención del consentimiento cuando no es posible que el usuario lo firme, se busca contactar con familiares de referencia. En caso de no ser posible, el equipo de trabajo social elaboraba un informe sobre la situación y el director del hospital, en su calidad de curador, daba el consentimiento (INDHDP, 2020).

Se reveló a través del informe realizado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2020) que la Dirección de Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial en su calidad de representante legal o como curadora, es quien brinda el consentimiento informado en la mayoría de los casos. El contacto con los familiares, en su calidad de curadores externos, se realiza telefónicamente. En algunas ocasiones, el documento firmado se obtiene vía fax. Asimismo, no quedaba establecida cuál era la información proporcionada, al no haber un procedimiento estándar para recabar el consentimiento por vía telefónica y al no ser obtenido ese consentimiento por el profesional responsable de indicar o aplicar el tratamiento (INDHDP, 2020).

*En la visita del 18 de septiembre de 2020*

*Respecto a los consentimientos informados obtenidos, las profesionales integrantes del equipo del Departamento de Medicina Legal plantean que, “si bien constaba la firma del psiquiatra tratante, con la fecha de indicación en los meses previos, no se aporta información acerca de la naturaleza y objetivos del procedimiento, riesgos y alternativas posibles disponibles”. Además, autoriza al doctor a cargo a realizar «tratamiento y estudio que considere necesario», sin explicar cuáles ni su indicación. Por último, menciona que «se autoriza al referido técnico y a su equipo a disponer y proveer todo servicio adicional que estime necesario, incluyendo la administración de anestesia y medicación» (INDHDP, 2020).*

El equipo interdisciplinario que llevó a cabo la investigación verifica que en la documentación presentada no se brindan las garantías necesarias en el proceso de obtención de un consentimiento informado válido. Y agregan que en los documentos en los cuales consta el consentimiento informado no se encontraban adjuntados en las historias clínicas, requisito establecido en el artículo 17 mencionado. A su vez, faltaban las planillas de control que manifiestan las indicaciones exactas de la medicación administrada (INDHDP, 2020).

Finalmente la organización de investigación interviniente determina que en los hospitales de ASSE del interior del país informan sobre la realización de algún procedimiento de consentimiento informado, pero que en la mayoría de los casos la información obtenida no evidenció el cumplimiento de la normativa vigente y se destacan irregularidades en la calidad y cantidad de información brindada, la falta de identificación del profesional de salud actuante y de la fecha en que se obtuvo el consentimiento (INDHDP, 2020).

Surge también que en ninguno de los casos el consentimiento informado es firmado por el propio paciente. Es un familiar, curador o un representante legal quien dispone el consentimiento que habilita la terapia ofrecida (INDHDP, 2020). Con respecto a instituciones privadas que apliquen terapia electroconvulsiva no se encuentran informes técnicos sobre consentimiento informado, como los que se han elaborado para los diferentes hospitales públicos del país.

### 3- TEC en Uruguay

En Uruguay del siglo XIX, la enfermedad y la salud se describen en función de las vivencias del hombre con el cuerpo. El dolor físico se considera del orden de lo natural, concepción que favorece el uso de terapias dolorosas. A partir del siglo XX, entre 1900 y 1930, es que se comienza a utilizar la medicalización en la sociedad uruguaya, se produce un cambio en las prácticas hacia la cura, que hasta entonces se basaban en el saber popular o el curandero. Pasando a otorgar el protagonismo al poder médico y al saber científico (Muniz Pérez, 2017).

Desde la visión de Humberto Casarotti la Terapia Electroconvulsiva en Uruguay fue utilizada prácticamente desde la aparición de la misma, por su eficacia y la falta de otros tratamientos. Se registra desde el comienzo un uso excesivo de la técnica en los hospitales públicos y también en los centros privados (Casarotti et al., 2004). Sin embargo, con la introducción de los medicamentos psicotrópicos, se observó una pequeña disminución en su uso entre 1970 y 1990 (Rosa & Rosa, 2009).

Continuando con el relato de Humberto Casarotti, en Uruguay la Terapia Electroconvulsiva es una técnica utilizada vigente y eficaz ante patologías graves que no responden a psicofármacos, a su vez, la TEC se encuentra afianzada y avalada en el país. Presentan en el IX Congreso Mundial de Psiquiatría en Río de Janeiro, una revisión sobre la ECT en el Uruguay, destacando la amplia variabilidad en el número y en las condiciones de aplicación, especialmente entre Montevideo y el interior (p. 10).

Además una encuesta sobre opiniones de psiquiatras uruguayos sobre la TEC reportó que el 82,3% usaba la TEC, el 91,2% la consideraba adecuada para la melancolía y el 62% declaró que no había problemas de derechos humanos relacionados con TEC (Rosa & Rosa, 2009).

Se produjo un renacimiento de la TEC en Uruguay después de 1994, una comisión estandarizó el uso de la TEC en base a las recomendaciones de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Se estima que por año se dan de 12.000 a 12.500 tratamientos en la capital (Montevideo) y de 1.000 a 2.000 tratamientos en el resto del país, tasa de 70 a 75 por 10.000 habitantes en la capital y de 12 a 15 por 10.000 en el resto del país, correspondiendo la misma a una tasa muy elevada (Rosa & Rosa, 2009). Por su parte Humberto Casarotti informa que hasta la publicación de su artículo, los datos recabados proporcionan cifras semejantes con un incremento en el interior, lo que permite suponer que en el Uruguay se hacen entre 14.000 y 15.000 sesiones de ECT por año. En consecuencia, se mantiene una variabilidad marcada, con un índice para

Montevideo de 70-75/10.000 habitantes y para el interior de 12-15/10.000 habitantes (Casarotti et al., 2004)

En el año 1995 se realizó el informe de la ONG “Mental Disability Rights Internacional” (MDRI), donde profesionales uruguayos y estadounidenses realizan un exhaustivo trabajo, recorriendo los principales centros de atención psiquiátrica y realizando entrevistas a los actores implicados. Como resultado, se visualiza el maltrato a las personas internadas, el uso de psicofármacos y electroshock y la falta de personal especializado, al mismo tiempo dicho organismo recomienda realizar otras estrategias para revertir dicha situación (De León, 2013).

Dentro de todas las recomendaciones postuladas se pide:

*En el tratamiento: {...} La medicación debe ser rigurosamente suministrada, de forma de disminuir sus daños colaterales. Se propone disminuir lo más posible el uso de terapia electroconvulsiva, así como construir espacios de gestión, evaluación y tratamiento interdisciplinarios. También se aconseja el desarrollo y la implementación de terapias alternativas al modelo médico (De León, 2013).*

El Dr. en Salud Mental Nelson De León (2013) en su libro escribe 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 (p. 23).

Se contemplan allí, una serie de transformaciones fundamentales y el intento de superar la vieja ley del Psicópata, a su vez la autora Vanzini Pagano (2016) explica que 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. El anteproyecto descrito finalmente no fue aprobado (p. 7).

El colectivo de Radio Vilardevoz, integrado por psicólogos, estudiantes universitarios y usuarios de Servicios de Salud Mental, propone y desarrolla diferentes dispositivos grupales plantea un modelo de intervención alternativa, conjugando y articulando diversos campos disciplinares, a la vez busca favorecer al proceso de rehabilitación de la persona, desde una visión de Salud comunitaria (Vanzini Pagano, 2016).

En agosto de 2015 los participantes de Vilardevoz presentaron ocho razones fundamentales para que se apruebe en Uruguay una nueva Ley de Salud Mental.

La razón número tres sostiene:

*En Uruguay, 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 (Vanzini Pagano, 2016).*

Es por esto que expresaron 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 (Vanzini Pagano, 2018).

Respecto a su efectividad y aplicación, este tipo de terapia es una de las más controversiales, desde su inicio y aun las discusiones continúan vigentes. Por un lado se puede observar artículos que describen y evalúan el accionar de sus colegas Psiquiatras, por ejemplo afirman que cuando los psiquiatras que aplican correctamente técnicas psicoterapéuticas en sus pacientes “crónicos”, por basarse en hipótesis parciales niegan o minimizan la indicación de la TEC con relación a los trastornos agudos (Casarotti et al., 2004).

A su vez, aseguran:

*La actitud de no indicar la ECT es por lo general sólo verbal ya que, en los hechos, esos psiquiatras que no son favorables al tratamiento permiten que aquellos profesionales que están a cargo de la asistencia lo decidan y lo apliquen. Sin embargo, esa actitud verbal, incrementa el halo negativo porque da a entender que la TEC no es un tratamiento médico. El hecho de que parte de los psiquiatras opine de ese modo mantiene el error y facilita que la mayoría de los médicos generales piense de modo semejante, llevándolos a no cooperar con el psiquiatra tratante que indica la TEC, e incluso a rechazar el tratamiento (Casarotti et al., 2004)*

Por otra parte, encontramos profesionales que junto a familias y personas que transitaron el tratamiento problematizan la temática y alzan la voz y dejando a la luz los múltiples atravesamientos y situaciones vivenciales que hablan de la sobreindicación de la TEC en instituciones públicas y privadas, además de lógicas autoritarias y/o arbitrarias (que junto al encierro y aislamiento de los sujetos como parte del proceso terapéutico dan paso a la impunidad de cierto tipo de procedimientos: traslados, cambios de sala, y otros) (Baroni, 2015).



La falta de información y del acompañamiento necesario para entender y procesar el tratamiento a realizar así como para la comprensión de lo que está sucediendo, dando lugar a un modelo centrado en la enfermedad mental, que se sigue sosteniendo la mayoría de las veces en discursos biologicistas que generan prácticas que sustentan y reproducen lógicas manicomiales más allá del ámbito en el que se encuentren (Baroni, 2015).

Es menester destacar que en nuestro país el Hospital Vilardebó es un referente a nivel nacional para la aplicación de TEC, recibe diariamente personas externas provenientes de otros centros de ASSE Montevideo, como también de diferentes departamentos del país.

El último control realizado en el año 2020 en el Hospital Vilardebó, informa que no existe administración registrada de la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada, es decir, se aplica rigurosamente bajo anestésicos y un relajante muscular, de acuerdo a lo establecido por la OMS (INDHDP, 2020).

Además se añaden los estudios previos solicitados, como la valoración general de la persona, que está próxima a recibir la TEC, electrocardiograma (realizado con un máximo de hasta tres meses anterior al procedimiento) y paraclínica, se evidenció la existencia de pautas excluyentes como ayuno de ocho horas, además debe estar claramente indicado por el psiquiatra tratante las características de las sesiones (número de sesiones, intervalo, tipo de estimulación, etc.), consentimiento informado y acompañante en caso de ser un paciente ambulatorio (INDHDP, 2020). En lo que respecta al ámbito de salud privada no se han encontrado registros.

Garolfi (2019) comenta que la producción académica en nuestro país sobre la terapia electroconvulsiva ha estado fundamentalmente vinculada a una perspectiva biomédica, focalizada en los aspectos metodológicos de la técnica, así como en los resultados clínicos. Además añade una investigación periodística de Lorena Lavecchia (2016) donde en dicha investigación se deja entrever que en Uruguay no se realizan los estudios necesarios que comprueben que no existe daño cerebral luego de cada tratamiento realizado (p. 29).

En paralelo y ante la necesidad de profundizar en los cambios en respeto de las personas que asisten a los servicios de salud mental surge La Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna” con el fin de reivindicar, al Estado una Ley de Salud Mental. Integrada por sectores de la Universidad de la República, docentes, estudiantes, Facultad de Psicología, Organizaciones Sociales, Usuarios y Familiares de los Servicios de Salud Mental. Movimiento social, de usuarios y familiares,

no partidario en lucha de los derechos de las personas con un padecimiento psíquico (Muniz Pérez, 2017).

Los diferentes movimientos anti manicomiales vinculados a la eliminación de la TEC en Uruguay continúan abriendo el debate en medios públicos y privados, permitiendo la colaboración de distintas voces que aporten a su causa que focalizan las carencias de la salud mental, donde niegan aceptar alguna profesión o disciplina que defina qué es lo normal y que en función de eso, se impongan terapéuticas basadas en el encierro, la sobremedicación y el electroshock, como pudieron expresar en los diferentes medios comunicación en la última marcha en el día Mundial de la Salud Mental que se realiza en Montevideo.

#### **4- Consideraciones finales: Ni tan distante, ni tan ajeno**

La primera idea sobre la realización de este trabajo final de grado surge de algunos usuarios de un centro de rehabilitación psicosocial donde realicé una práctica pre profesional en el marco de la Licenciatura en psicología. Durante todo un año realicé intervenciones y estuve en trabajo continuo con varios profesionales de diferentes campos de la salud mental. Además actualmente trabajo en otra institución de salud mental en un rol de cuidados y es a través de estas experiencias que comenzaron aparecer las primeras inquietudes y resonancias.

Las diversas formas de nombrar este tipo de terapia se iban manifestando con el correr de mis días en ambas instituciones, pero en mi afán de cuestionar, me preguntaba ¿cuál es la diferencia entre las distintas formas de llamar a la técnica? ¿Que implicaba el cambio de nombre? ¿Qué connotación se le daba a cada uno de sus nombres? Esto me llevó a conocer las diferentes posturas sobre la TEC, a favor y en contra, y que de acuerdo a la posición adoptada los nombres varían: Electroshock, Terapia electroconvulsiva o Micronarcosis.

Pude notar que no siempre dentro de lo académico se lo nombra como terapia electroconvulsiva, sino que la palabra electroshock aparece más de lo que solía creer. Luego de una forma más amena aparece la palabra “Micro” como diminutivo de la palabra Micronarcosis, siendo esta última la más utilizada en el común diario entre usuarios, empleados de las instituciones y varios profesionales de la salud.

A partir del recorrido teórico realizado sumado a mis propias experiencias, me dí cuenta de la connotación que traía consigo el nombramiento.

En mis primeros pasos dentro de la salud mental y de manera desapercibida, en mi caso y algunos otros, noté que nos vamos colocando bajo el mandato hegemónico médico y nos acoplamos o aferramos a palabras o nombres que no condice con lo que pensamos o creemos.

De hecho durante la escritura de este trabajo he tenido momentos fluctuantes, en ocasiones me apropiaba del pensamiento de ciertos autores y luego cambiaba a un diferente punto de vista, como si hubiera un lado positivo y otro negativo, como si mantener la neutralidad en un terreno que habitualmente le corresponde a la psiquiatría fuese tarea sencilla.

Considero que los psicólogos se han centrado en el trabajo en la clínica luego de que una serie de sesiones de TEC hayan atravesado al sujeto y donde lógicamente es preciso posicionarnos como profesional interviniente reconociendo el impacto de los sujetos que son expuestos al procedimiento desde una perspectiva de derechos humanos; sin desmerecer el trabajo del resto de profesionales que llevan adelante la técnica, ni perjudicar a la persona que acarrea con toda su experiencia en relación al procedimiento, sumado a la inherente complejidad del ser humano.

Diría de manera muy acertada el autor González-Pando (2020) “no son los impulsos eléctricos los estímulos más poderosos que tenemos para cambiar en las experiencias de una persona, sino el cuidado empático de otro ser humano” (pag. 130).

Pero esto me lleva a pensar que enfatizar solo en la atención psicológica luego de la TEC acaso ¿no contribuye a pensar que los psicólogos en general están a favor de su uso? Es posible que se encuentren psicólogos que estén de acuerdo a la TEC, pero mi trayecto personal me llevó a conocer diversos profesionales que no están conformes con la práctica pero mantienen una postura pasiva ante el psiquiatra tratante, pienso desde aquí ¿Cómo se trabaja interdisciplinariamente con visiones tan opuestas? Difícil encontrar una respuesta en este inicio como profesional, pero queda abierto el interrogante.

Para ir finalizando, es importante realizar algunas aclaraciones, resulta bastante pretencioso plasmar las controversias de un tratamiento con tantos años de trayectoria que se realiza en el ámbito de la psiquiatría en un trabajo final de grado. Considero este un primer paso para introducirme en el análisis de las controversias en torno a la TEC.

Tampoco se pretende señalar a la Psiquiatría desde en una visión simplificadora y reduccionista por la utilización y permanencia de este tipo de técnicas, ni rivalizar entre las distintas posiciones teóricas, ya que el análisis intenta ir más allá de los diferentes

estudios científicos, más aún, propone dar luz a la discusión que traspasa a lo social, cultural, personal y económico.

No obstante, la terapia electroconvulsiva no opera sola, sino que es una técnica que tiene un abordaje tradicional, biologicista y se podría decir que algo arcaico en la preparación anterior y posterior de los usuarios que reciben el tratamiento. Por lo tanto se debe tener en cuenta que el trabajo en salud mental es de necesidad interdisciplinaria, al coexistir perspectivas teóricas diversas con posturas críticas, para continuar colocando sobre la mesa el debate de este tipo de propuestas terapéuticas que engloban ámbitos públicos y privados.

Esta monografía da cuenta que la discusión en la práctica de la TEC se encuentra plasmada hace años y el propósito del trabajo realizado es introducir al lector a la existencia de estas posiciones y poder seguir trabajando en ello.

Es pertinente destacar que profesionales como Bernardo y Urretavizcaya (2015) agregan que la literatura científica está prestando mayor atención a los aspectos relacionados con la práctica mencionada, a su contexto psicológico y en cómo mejorar la percepción de los pacientes respecto al propio tratamiento para disminuir el estigma asociado y para favorecer que la TEC se realice bajo condiciones de dignificación (Bernardo & Urretavizcaya, 2015).

Por otro lado el autor González-Pando (2020) expresa que en un contexto altamente medicalizado, las instituciones vienen favorecidas por modelos de solución rápida que maximizan la eficiencia y apuestan por optimizar recursos, a expensas de desatender lo que los pacientes esperan, generalmente la calidez de otro ser humano.

Retomando mis vivencias en la práctica pre profesional como en las del ámbito laboral, entiendo que existe un antes y un después luego de la terapia electroconvulsiva. Para la persona que lo transita significa la entrada a un mundo desconocido, donde la incertidumbre lo acompaña durante la mayor parte del tiempo, es por esto que es interesante remarcar sobre la regulación de la TEC lo que dice Mauricio Garolfi (2019), que no sólo es necesaria para generar protocolos de actuación claros y garantistas, sino que también debe asegurar la integralidad del abordaje.

Esta monografía, entre otras cosas, invita a seguir pensando las formas del desarrollo de la TEC en nuestro país y a la vez visibilizar las tensiones que surgen entre disciplinas y público en general. Resulta oportuno señalar lo dificultoso que fue encontrar autores

nacionales que puedan debatir ampliamente las controversias plasmadas en este trabajo.

Entiendo que en este país es una terapia vigente, pero muchos de los documentos que hablan del beneficio de la aplicación basado en estudios son realizados en otros países. Tampoco encontré investigaciones nacionales que sean opositoras a los beneficios de la utilización de TEC. Aunque hallé artículos vinculados a las percepciones de usuarios que atravesaron el procedimiento, y retomo al Magister Mauricio Garolfi que plasma, en su tesis de maestría, diversas expresiones de usuarios como por ejemplo “un tratamiento necesario, pero no suficiente” dejando entrever que la TEC resultó útil pero no suficiente si no es complementada con otras formas de abordaje. Otras enunciaciones infieren en su “rapidez de respuesta pero que funciona de “parche” o como “último recurso” ante situaciones de crisis o riesgo y por último expresiones que distinguen que la TEC puede “salvar una vida en términos de evitar un intento de autoeliminación” (Garolfi, 2019).

De modo que vuelvo a mencionar la necesidad de producir conocimiento académico que fomente el debate para la creación de nuevas preguntas que nos permita seguir ahondando en la eficacia, sus garantías y la ética que rodean a la TEC.

Por último me gustaría destacar que Uruguay cuenta con la Ley de Salud Mental N° 19.529 que propone una rehabilitación como estrategia esencial de apoyo a la vida digna de las personas con diferentes trastornos. Según Garolfi la ley nombrada atribuye poder de resolución y responsabilidad a determinados actores y no a otros. De esta manera, sin una normativa que proponga otras reglas de juego más interdisciplinarias, no habrá prácticas profesionales más integrales.

Debido a esto es de relevancia el trabajo interdisciplinario que permite un proceso de mejoría y la obtención de calidad de vida por parte del usuario como el de su familia y entorno próximo (Garolfi, 2019).

La terapia electroconvulsiva aparentemente continuará vigente en el país. Pienso desde aquí en la importancia del proceso de rehabilitación y en la injerencia del Psicólogo en relación a la iniciativa de recomendar o no el procedimiento, ya que no es tarea fácil posicionarnos en situaciones donde generalmente la decisión es solamente por parte de los médicos psiquiatras.

Todavía queda mucho camino para trabajar, muchas resonancias para clarificar, es un compromiso que debemos asumir como profesionales de la salud y actores sociales. El debate queda abierto y estamos todos implicados.

## **Referencias bibliográficas**

- Almada, H. R. (2017). *Consentimiento informado en la práctica clínica*. 4, 22-30.
- Araya Ibacache, C., & Leyton Robinson, C. (2009). Atrapados sin salida: Terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile, 1930-1950. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux mondes mondes nouveaux - Novo Mundo Mundos Novos - New world New worlds*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.52793>
- Baroni, C. (2015). Perspectivas y proyecciones de la Salud Mental en el Uruguay. *Derechos Humanos en Uruguay. Informe Anual*.
- BERNARDO, M., BUISÁN, E., PLA, J., FAULÍ, A., GASCÓN, J., GOMAR, C., GONZÁLEZ-PINTO, A., MIRÓ, E., & PIGEM, R. (2018). CONSENSO ESPAÑOL SOBRE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA TEC. *Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, 159. [www.sepb.es](http://www.sepb.es)
- Bernardo, M., & Urretavizcaya, M. (2015). Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 8(2), 51-54.
- Bertolín-Guillén, J. M., Peiró-Moreno, S., & Hernández-de-Pablo, M. E. (2006). Patterns of electroconvulsive therapy use in Spain. *European Psychiatry*, 21(7), 463-470.
- Berrios, G. E. (1997). The scientific origins of electroconvulsive therapy: A conceptual history. *History of Psychiatry*, 8(29), 105-119. <https://doi.org/10.1177/0957154X9700802908>
- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000): Transformaciones de los saberes psicológicos*. Ediciones Universitarias.
- Casarotti, H., Otegui, J., Savi, G., Zurmendi, P., Galeano, E., & Gold, A. (2004). Electroconvulsoterapia: Fundamentos y pautas de utilización. *Rev. psiquiatr. Urug*, 68(1), 7-41.
- Cea Madrid, J., & Castillo Parada, T. (2020). Electroshock or Electroconvulsive Therapy (ECT) in Chile: Critical diagnosis, social activism and human rights approach. *Quaderns de Psicologia*, 22(2), 1521.
- Coleclough, E. M. (2012). *Foucault y el análisis de la constitución del saber psiquiátrico en relación a los dispositivos de poder (fines del Siglo XVIII y principios del Siglo XIX)*. 55.
- Conseguieri, 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*, 131-160.

- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- De León, N. (2013). Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. *Montevideo: Psicolibros*.
- Duarte-Pires Fernández, A. (2018). *Efectividad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de pacientes con trastorno psicótico resistente*.
- Endler, N. S. (1988). The Origins of Electroconvulsive Therapy (ECT). *Convulsive Therapy*, 4(1), 5-23.
- Foucault, M. (2013). *History of madness*. Routledge.
- Garolfi, M. (2019). *Desalambrar la memoria: Cuatro estudios de caso en torno a la electroconvulsoterapia en Uruguay*.
- Germán Urdiola, M. J. (2016, diciembre 16). *Electroshock, el debate continúa*.  
<https://www.fadesaludmental.es/opinion/62-electroshock-el-debate-continua.html>
- Giovanelli, C. (2004). Historia de los cuidados psiquiátricos en Italia. *Enfermería Global*, 3(1).
- González, J. E. R. (s. f.). *LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA THE ELECTROCONVULSIVE THERAPY*.
- González-Pando, D., Sanz de la Garza, C. L., Aparicio-Basauri, V., Arboleya, T., González-Menéndez, A. M., Méndez-Salguero, A., Pérez-Álvarez, M., González-Pando, D., Sanz de la Garza, C. L., Aparicio-Basauri, V., Arboleya, T., González-Menéndez, A. M., Méndez-Salguero, A., & Pérez-Álvarez, M. (2020). La psicología ante la terapia electroconvulsiva (I): Aspectos históricos y conceptuales. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 125-131. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2923>
- Harrop, C. (2020, junio 8). Electro-Convulsive Therapy is Still Used in 2020: Is 80 Years of Electrocuting the Brain Enough? *Mad in the UK*.  
<https://www.madintheuk.com/2020/06/ect-is-80-years-of-electrocuting-the-brain-enough/>
- Hickey, P. H. (2013, noviembre 21). *Is Electroconvulsive Therapy (ECT) Effective?* Mad In America. <https://www.madinamerica.com/2013/11/electroconvulsive-therapy-ect-effective/>
- INDHDP. (2020). *Terapia electroconvulsiva en Uruguay 2019-2020*. INDDHH.  
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/publicaciones/Terapia%20electroconvulsiva%20en%20Uruguay.pdf>
- Kalinowsky, L. B. (1980). The discoveries of somatic treatments in psychiatry: Facts and myths. *Comprehensive Psychiatry*, 21(6), 428-435.

- Kolar, D. (2017). Current status of electroconvulsive therapy for mood disorders: A clinical review. *BMJ Ment Health*, 20(1), 12-14. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102498>
- Lava-Parmeles, S., Lava, C., & Parmeles, J. B. (2021). The Historical Struggles of Modified Electroconvulsive Therapy: How Anesthesia Came to the Rescue. *Journal of Anesthesia History*, 7(2), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.janh.2021.03.001>
- Levine, C. (1982). Voting 'yes' to a ban on electroshock. *The Hastings Center report*, 12(6), 19.
- López-Villaescusa, M., Medina-Garrido, L., Pérez-García, A., & Martínez-Serrano, J. (2012). *Unidad de TEC ambulatoria y de mantenimiento con carácter regional. Hospital Psiquiátrico Román Alberca*.
- Maddock, M. (2014, mayo 9). *Electroshock Causes More Harm Than Good*. Mad In America. <https://www.madinamerica.com/2014/05/electroshock-causes-harm-good/>
- Méndez, E. L., & Cabanillas, M. C. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 162-171.
- Muniz Pérez, T. (2017). *Legislación en Salud Mental en Uruguay: Hacia un abordaje integral en perspectiva de derechos*.
- N.I.C.E. (2003, abril 26). *Overview | Guidance on the use of electroconvulsive therapy | Guidance | NICE*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta59>
- Pacheco Yanez, L., Padro Moreno, D., Davila Wood, W., de Ulate Unibasos, S. A., & de Manteniant de Cabo, P. G. (2015). Historical review of the so-called biological therapies in psychiatry. *NORTE DE SALUD MENTAL*, 13(52), 89-99.
- Rahmani, R., Medrano, J., & Pacheco, L. (2019). *Clásicos de la Psiquiatría (XLVII): El uso de la electricidad en Psiquiatría*. 8. <http://lmentala.net/admin/archivosboletin/Electroshock.pdf>
- Read, J. (2021, marzo 4). *Why is electroshock therapy still a mainstay of psychiatry? | Aeon Essays*. Aeon. <https://aeon.co/essays/why-is-electroshock-therapy-still-a-mainstay-of-psychiatry>
- Rodríguez Everaert, A. S. (2019, julio 21). *El orgullo de estar loco se ha vuelto un movimiento político*. nexos. <https://discapacidades.nexos.com.mx/el-orgullo-de-estar-loco-se-ha-vuelto-un-movimiento-politico/>
- Romero-Tapia, Á. (2018). ¿ Es bioéticamente adecuada la aplicación de la Terapia Electroconvulsiva? *Cuadernos de bioética*, 29(95), 13-24.
- Rosa, M. A., & Rosa, M. O. (2009). Electroconvulsive therapy in Latin America. *Electroconvulsive and neuromodulation therapies*. Cambridge Univ. Press, New York, 276-284.



- Ruiz-Piñera, M., Borbolla-Sala, M. E., Madrigal-Zentella, A., & Castillo-Bringas, M. (2004). La terapia electroconvulsiva tec en el Hospital Psiquiátrico Villahermosa 2002. *Salud en Tabasco*, 10(3), 288-294.
- Rzesnitzeck, L., & Lang, S. (2017). 'Electroshock Therapy' in the Third Reich. *Medical History*, 61(1), 66-88. <https://doi.org/10.1017/mdh.2016.101>
- Sabbatini, R. (1997). The history of shock therapy in psychiatry. *Brain & Mind Magazine*. Retrieved from <http://www.cerebromente.org.br>, 04.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188.
- Simons, P. (2017, mayo 2). *New Review Highlights Dangers of Electroconvulsive Therapy*. Mad In America. <https://www.madinamerica.com/2017/05/new-review-highlights-dangers-electroconvulsive-therapy/>
- Soms, M. (2020, julio 8). *Antihumanismo en la psiquiatría*. Mad in (S)pain. <https://madinspain.org/antihumanismo-en-la-psiquiatria-miquel-soms/>
- Szasz, T. S. (1971). From the slaughterhouse to the madhouse. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 8(1), 64.
- Vanzini Pagano, M. (2016). *Electroshock como terapéutica en hospitales psiquiátricos: Efectos de la indicación y aplicación de electroshock, según la palabra de usuarios de servicios de Salud Mental*.
- Vallverdú, J. (2005). ¿Cómo finalizan las controversias?: Un nuevo modelo de análisis: La controvertida historia de la sacarina. *Revista iberoamericana de ciencia tecnología y sociedad*, 2(5), 19-50. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1850-00132005000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1850-00132005000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Vera López, I. (2015). *La terapia electroconvulsiva en España: Situación actual y orientaciones futuras*.
- Vitela-Maldonado, B. E. (2022). Historia de la terapia electroconvulsiva: ¿cuándo empezó a utilizarse anestesia para este procedimiento? *Revista Mexicana de Anestesiología*, 45(4), 293-296. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106351>
- World Health Organization. (2006). Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación. En *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación*.