

LA PSICOLOGÍA ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (I): ASPECTOS HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES

PSYCHOLOGY AND ELECTROCONVULSIVE THERAPY (I): HISTORICAL AND CONCEPTUAL ASPECTS

David González-Pando¹, César Luís Sanz de la Garza², Víctor Aparicio-Basauri³, Tatiana Arboleya², Ana María González-Menéndez⁴, Alicia Méndez-Salguero² y Marino Pérez-Álvarez⁴

¹Facultad de Enfermería de Gijón. ²Servicio de Salud del Principado de Asturias. ³Comité Científico Internacional del Lisbon Institute of Global Mental Health. ⁴Universidad de Oviedo

Este trabajo se estructura en dos partes en las que se exponen de forma crítica antecedentes y evidencias que permiten comprender el uso del electroshock en distintos trastornos psicopatológicos. Trata de indagar cómo es posible que algunos psiquiatras lo indiquen, ciertos pacientes lo acepten o demanden, que las instituciones sanitarias lo avalen, o que determinadas sociedades científicas pretendan dignificar la técnica promoviendo actitudes favorables entre profesionales de la salud mental. Los resultados de la revisión de la literatura se organizan en diferentes líneas argumentales: conceptuales, históricas y científicas. Algunas ideas relacionadas con el uso del electroshock favorecen la medicalización de la salud mental y obstaculizan tratamientos psicológicos con fuerte apoyo empírico, además de aumentar el estigma. Basados en datos que cuestionan rigurosamente la efectividad y seguridad de la denominada "Terapia Electroconvulsiva" (TEC), se recogen argumentos necesarios para un posicionamiento crítico respecto a una opción terapéutica supuestamente infrautilizada en salud mental.

Palabras clave: Terapia electroconvulsiva, Salud Mental, Aceptación de la atención de salud, Historia.

This two-part paper exposes in a critical way antecedents and evidence to enable us to comprehend the use of electroshock in different psychopathological disorders. It aims to find out how and why certain psychiatrists indicate it, some patients accept it, the health institutions endorse it, and certain scientific societies attempt to dignify the technique by promoting favorable attitudes among mental health professionals. Results of the literature review are organized in three areas: conceptual, historical, and scientific. Some ideas related to the use of electroshock favor the medicalization of mental health and hinder patients' access to adequate psychological treatments with strong empirical support, in addition to increasing stigma. Based on data that rigorously question the effectiveness and safety of "electroconvulsive therapy" (ECT), arguments are presented for a critical positioning regarding a therapeutic option supposedly underutilized in mental health.

Key words: Electroconvulsive therapy, Mental Health, Patient acceptance of health Care, History.

Es difícil encontrar otro contexto que justifique más la necesidad de debate interdisciplinario que el de la salud mental. Las controversias han abundado siempre en este campo porque coexisten perspectivas teóricas que permiten entender y atender los problemas psicopatológicos de forma distinta. Esta pluralidad no es provisional ni anómala, sino seña de identidad de la salud mental (Pérez-Álvarez, 2014). Tal pluralidad resulta beneficiosa debido a la naturaleza multicausal y multidimensional de los trastornos mentales. Los fenómenos psicopatológicos, lejos de ser síntomas de enfermedades subyacentes, pueden entenderse como formas de responder a diversos problemas y situaciones de la vida y a la inherente complejidad del ser humano (Fonseca y Lemos, 2019).

Con este trabajo tratamos de indagar las raíces de la controversia que rodea la terapia electroconvulsiva (TEC), técnica que actualmente está intentando reimpulsarse incluso en poblaciones especialmente vulnerables como niños y adolescentes, mujeres embarazadas o ancianos. El objetivo es promover una crítica basada en un mejor conocimiento de causa.

LA CONTROVERSIA EN SU CONTEXTO

Las prácticas sanitarias dependen de la cultura clínica dominante en cada contexto histórico-social. Hoy la clínica está dominada por la ciencia positiva de manos de la medicina basada en la evidencia (MBE). Sin embargo, el relanzamiento de la TEC no viene a mostrar que la ciencia haya triunfado al fin, pues su uso no es coherente con un enfoque basado en la evidencia (Read y Arnold, 2017). Lo que muestra es que determinadas creencias metacientíficas anteriores a la MBE han terminado por imponerse gracias a un contexto enormemente favorable. La psiquiatría basada en la evi-

Recibido: 8 noviembre 2019 - Aceptado: 7 enero 2020

Correspondencia: David González-Pando. Facultad de Enfermería de Gijón. Hospital de Cabueñes s/n. 33394 Oviedo. España.
E-mail: gonzalezpandavid@uniovi.es

dencia se fundamenta en categorías diagnósticas e indicaciones clínicas y esgrime la ciencia para justificar sus prácticas (Valverde e Inchauspe, 2017). Sin embargo, Bentall (2011) considera que la MBE es simplemente la marca de una práctica dominante, y no el resultado de una acumulación de conocimientos científicos. Por más que dominante, el discurso de la MBE no permite clausurar el debate de fondo porque al final la cuestión es de tipo epistemológico y ontológico, al tener que ver con la naturaleza misma del comportamiento y eso que algunos insisten en llamar “enfermedades mentales” (López y Costa, 2012). Hablar de enfermedades mentales y no de trastornos tiene importantes implicaciones, pero esta distinción es obviada por buena parte de los psiquiatras, historiadores, sociólogos y bioeticistas (Valverde e Inchauspe, 2017).

CRÍTICA DE LA ORIENTACIÓN BIOLÓGICA EN PSIQUIATRÍA

Estudiar en profundidad el uso del electroshock exige considerar lo que significa la “orientación biológica” en psiquiatría. De hecho, la cuestión ontológica no es irrelevante para la TEC porque en el núcleo de la controversia está la cuestión de si el cerebro es una máquina biológica que causa la mente, o cuál es la relación entre el cerebro y la persona (Cyrzyk, 2013). Los problemas psicológicos existen y pueden ser graves, lo que no existen son las enfermedades mentales, salvo en la retórica (Bentall, 2011; López y Costa, 2012), como tampoco los trastornos cerebrales (Borsboom, Cramer y Kalis, 2019). Al hablar de enfermedades mentales aun sin evidencia de ellas, se introduce una definición a la medida de ciertos procedimientos, quedando estos legitimados de forma automática. Entender los trastornos mentales como fenómenos de base biológica y tratarlos con intervenciones médicas es todo uno. Pero en salud mental no tratamos enfermedades, sino que intentamos resolver problemas psicológicos de personas que describimos como depresivas, psicóticas, etc. No es razonable afirmar que un sujeto está triste porque tiene la enfermedad depresiva y que tiene esta enfermedad porque está triste. Con esta tautología, los comportamientos que calificamos como tristes pierden su carácter autónomo, su significado biográfico y su ligazón contextual. Cometemos así un grave error epistemológico que compromete el nivel de análisis más adecuado.

El concepto de enfermedad mental promueve un involucramiento particular entre discurso y experiencia que lleva a entender los problemas experimentados como manifestaciones de enfermedades subyacentes. Esto promueve un insight médico (síntomas, enfermedad, medicación) que prácticamente obliga a aceptar explicaciones biológicas, y que resulta estigmatizante (Bouvet y Bouchoux, 2015). En el proceso del insight médico, los acontecimientos biográficos que han conducido al problema son perdidos de vista o considerados irrelevantes. Si uno recibe explicaciones biológicas de los problemas que le afligen en un contexto de prestigio, difícilmente podrá rechazar “curas” para su “enfermedad” entendida cual demonio a expulsar del cuerpo. Lo normal sería aceptar terapias efectivas y rápidas como el electroshock, eu-

fémisticamente conocido como “terapia electroconvulsiva” (López y Costa, 2012).

El problema central es que los trastornos psicológicos no son enfermedades médicas, sino entidades interactivas, intersubjetivas, ligadas biográficamente a contextos (Pérez-Álvarez, 2014). Pero la psiquiatría dominante es hoy de orientación biológica, de modo que la concepción psicopatológica estándar también lo es. Se piensa por defecto en los problemas en términos cerebrales (Pérez-Álvarez, 2011). La psiquiatría biológica entiende estos en términos de un mal funcionamiento cerebral originario, desvinculándolos de las circunstancias vitales y contextos que estuvieron biográficamente presentes. Su modelo etiológico es generalmente unidireccional. Ni siquiera se contempla que los trastornos pudieran ser bucles generados por las respuestas a las condiciones de vida presentes y las interacciones sucesivas que se dan en el desenvolvimiento cotidiano; bucles en los que el sujeto quedaría atrapado, predisponiendo a generar su propio contexto de mantenimiento (Pérez-Álvarez, 2014).

La psiquiatría biológica reduce los fenómenos psicopatológicos al nivel de la materia físico-química. Los trastornos son considerados entidades sustanciales que acontecen en el cerebro. Esta filosofía monista lleva a abordar los trastornos mentales en completa analogía con las enfermedades médicas, desconsiderando gravemente el papel que juega el aprendizaje en los problemas psicopatológicos. La psiquiatría biológica infravalora factores ambientales como la pobreza, la adversidad social, el trauma, el abuso o los problemas interpersonales en la génesis de los trastornos, y apenas los considera en su tratamiento, a pesar de cierta retórica que usa los términos “integral” o “psicosocial” vacíos de significado. No muestra interés genuino por aspectos interpersonales, desdeña la psicoterapia y no la recomienda salvo como tratamiento adjuntivo (Pérez-Álvarez, 2014). Mantiene la posición axiomática y científicista de que el cerebro lo explica todo, absorbiendo al sujeto, a su ambiente interpersonal y a su historia biográfica. Esta doctrina es conocida como cerebrocentrismo (Pérez-Álvarez, 2011), cuyo lenguaje modela la formación de futuros psiquiatras promoviendo su adhesión. La orientación biológica es hoy dominante y hace valer su enorme poder institucional para imponer puntos de vista. Actualmente el 90% de los psiquiatras son favorables al uso de TEC, contrariamente a hace tres décadas (Bertolín, Peiró y Hernández, 2006). Hace cuarenta años solamente un 20% se declaraba usuario potencial de la técnica según la *American Psychiatric Association* (APA, 1978). Si tantos psiquiatras están hoy a favor del electroshock es debido a la fuerza institucional de la psiquiatría biológica, que propaga un mismo patrón de creencias, prácticas y valores. El resto de psiquiatras, actualmente minoría, se muestra crítico con el uso extendido del electroshock. Y no por ser menos están más desacertados.

UNA HISTORIA CIENTÍFICA Y CLÍNICA DEL ELECTROSHOCK

Las personas con trastornos mentales graves y en particular esquizofrenia han recibido a lo largo de la historia toda una



suerte de “terapias” que hoy se consideran inaceptables, aunque en su momento fueron recibidas como avances médicos. Algunos ejemplos recogidos por Fonseca y Lemos (2019) son la silla rotatoria, la administración de sustancias eméticas y purgantes, la práctica de ventosas e incisiones, la extirpación de órganos, las duchas de agua fría, la piretoterapia, los comas insulínicos, el uso de convulsivantes, la lobotomía transorbital... Hoy, a pesar de la controversia que arrastra, entre todas las somatoterapias solo la TEC continúa utilizándose (Endler, 1988).

El electroshock no aparece debido a un repentino hallazgo científico, sino incardinado en la tradición clínica de las somatoterapias. Considerando sus procedimientos, estas se basaban en producir un daño al organismo en aras a una hipotética mejoría posterior, convirtiendo la iatrogenia en terapéutica. Ejemplo notorio fue la lobotomía transorbital de Freeman, rudimentaria neurocirugía basada en la leucotomía prefrontal que Antonio Caetano había introducido para reducir síntomas psicóticos y obsesivos. En su artículo “*Brain damaging therapeutics*” Freeman defendió la idea de que a mayor daño cerebral, mayor mejoría clínica. Entendía que la técnica curaba precisamente porque dañaba, y que el paciente podría pensar de forma más clara con menos cerebro en funcionamiento (Freeman, 1941). Uno de cada cuatro quedaría con la capacidad intelectual de un animal doméstico (Bentall, 2011).

El electroshock es introducido por Cerletti y Bini en la Italia de 1938. El procedimiento, indicado inicialmente para la melancolía y psicosis graves, consistía en provocar una crisis convulsiva haciendo pasar por las sienas del paciente una corriente eléctrica de algo más de cien voltios durante breves segundos. La técnica tenía como antecedente la terapia convulsiva que Ladislav von Meduna utilizaba desde 1934 mediante alcanfor/metrazol bajo una hipótesis falsa; la existencia de un antagonismo biológico entre epilepsia y esquizofrenia. Meduna presumía que los síntomas psicóticos podrían revertirse induciendo crisis comiciales mediante convulsionantes (Fonseca y Lemos, 2019). Siguiendo esta hipótesis, durante la década de 1930 se utilizaron ampliamente cardiazol e insulina para inducir crisis comiciales (Vallejo, 2011), y algunos médicos llegaron a inyectar sangre de personas esquizofrénicas a pacientes epilépticos con la intención de curarlos. Las convulsiones marcaban tendencia a pesar de sus riesgos (comas hipoglucémicos mortales con insulina, y fracturas graves frecuentes con cardiazol/metrazol).

El joven Cerletti, alistado en las tropas alpinas durante la primera guerra mundial, había aportado innovaciones en equipamiento militar dando cuenta de gran ingenio y creatividad. Estudiante destacado, se había formado bajo la influencia de figuras como Alzheimer o Kraepelin. Kraepelin mantenía una perspectiva biologicista para los trastornos mentales, considerando que la esquizofrenia era orgánica, incurable y degenerativa (Kraepelin, 1988). Para Kraepelin los pacientes eran considerados más portadores de síntomas que personas con historia y experiencias que contar (Bentall, 2011).

El electroshock no fue el primer uso de la electricidad para tratar problemas del comportamiento. En el siglo XVI los jesuitas utilizaron descargas con el fin de expulsar demonios mediante el contacto con peces capaces de producirlas, atribuyendo probablemente propiedades curativas intrínsecas a la electricidad. En los siglos XVIII y XIX se emplearon aparatos eléctricos para tratar la ceguera psicógena o la depresión, y en 1903 Batelli usó corriente doméstica para producir ataques epilépticos en animales (Endler, 1988). Conocedor de estas prácticas, Cerletti comenzaría a inducir experimentalmente ataques epilépticos en perros. Entre 1936 y 1937, la perrera suministró ejemplares semanalmente a la clínica de Cerletti. Solo la mitad de los perros sobrevivían, de modo que temió que las descargas resultaran fatales en humanos. Sin embargo, visita el matadero local de cerdos y observa que el aturdimiento producido por la descarga era solo momentáneo, considerando entonces que la técnica podría utilizarse en humanos. Su ayudante Bini comprueba que la supervivencia mejora si los electrodos se colocan bilateralmente en el cráneo del perro, al tiempo que las convulsiones continúan produciéndose. Cerletti y Bini presentan en Suiza los resultados de sus experimentos en el primer encuentro internacional sobre terapias para la esquizofrenia en 1937. No se discute si su técnica, a la que llamarían “tratamiento de electroshock”, sería efectiva en la esquizofrenia, sino si resultaría eficaz para producir convulsiones.

El primer ensayo en humanos se produjo con un vagabundo llevado por la policía. Presentaba entre otros síntomas delirios y alucinaciones, por lo que había recibido diagnóstico de esquizofrenia. El paciente se mostraba indiferente tanto al procedimiento en curso como a los numerosos observadores presentes en la sala. El aparato eléctrico permitía alcanzar más de 100 voltios y había sido construido por Bini con ayuda de un técnico, pues Bini, mucho más joven que Cerletti, y contrariamente a lo que suele suponerse, carecía de experiencia clínica y no era un experto electrotécnico. Los observadores sudaron copiosamente hasta que se produjo la ansiada crisis convulsiva (Accornero, 1988). La mejoría del paciente fue instantánea, pues recuperando la coherencia dijo: “¡Otra vez no! ¡Es mortal!” (Impastato, 1960, p. 1113). En días posteriores el paciente recibió un total de 11 sesiones hasta observarse mejoría, recibiendo el alta en buenas condiciones (Endler, 1988). Tres años antes de que Freeman defendiera la idea de una relación positiva entre daño y mejoría, Bini (1938) publicó que el electroshock causa neuropatología generalizada y severa en el cerebro, y que estas alteraciones podrían ser responsables de los cambios observados.

En Nueva York, Almansi e Impastato utilizan por primera vez electroshock en 1940, no sin antes comprobar, una vez más, su seguridad con perros. Es interesante observar cómo algunos pacientes muestran esta vinculación histórica entre la TEC y los perros en sus dibujos (ver Figura 1). Ya en marzo, Gonda había administrado el tratamiento en la ciudad de Chicago a 40 pacientes en una atmósfera de entusiasmo que pronto se generalizaría. La innovación llega a España también en 1940.



Un año después se publica el primer libro monográfico: *Shock Treatment in Psychiatry* (Jessner y Ryan, 1941). Los autores afirman que el electroshock produce pérdida de memoria, cambios en las ondas cerebrales, daños en las células y lesiones vasculares que relacionan con efectos terapéuticos como euforia o hipomanía. Breggin (1998) considera que este inicial reconocimiento de daños es el responsable de la imagen social negativa del electroshock, no el cine.

El uso del electroshock se popularizó en depresiones graves y psicosis, y su eficacia aparente hizo que muchos psiquiatras se entusiasmaran en la década de 1940 (Read, 2004). A partir de los años cincuenta, anestésicos y miorrelajantes fueron introducidos para prevenir fracturas óseas, luxaciones o fracturas dentarias debidas a las convulsiones, en lo que se conocerá como "TEC modificada". Sin embargo, será necesario incrementar la intensidad de la corriente eléctrica administrada para contrarrestar los efectos anticonvulsivos de estos fármacos, haciéndola potencialmente más peligrosa (Breggin, 1998).

Pronto la psicofarmacología monopoliza la atención y la lobotomía declina rápidamente. El electroshock se mantiene, aunque ciertos sectores lo ven como una práctica desprestigiada, arcaica y no exenta de efectos secundarios, frente a la novedad de las escuelas de psicoterapia. Ensayos clínicos aleatorios en la década de 1950 comparando TEC modificada frente a placebo (TEC simulada mediante sedación profunda sin descarga) no revelaron ninguna diferencia entre los grupos, desvaneciéndose todo entusiasmo (Read, 2004). Un estudio concluyó que la efectividad previa descrita se debía en gran parte a los propios procedimientos involucrados, como la administración de un anestésico y toda la mística involucrada en una inusual forma de tratamiento (Lambourn y Gill, 1978).

Algunos psiquiatras continuaron utilizando electroshock. En trabajos iniciales, Fink sostuvo que el procedimiento tenía su efecto terapéutico al dañar el cerebro, sugiriendo que la mejoría se relacionaba con manifestaciones de lesión cerebral debidas al síndrome cerebral orgánico que la propia técnica inducía. El autor habla de trauma cerebral, y compara las convulsiones producidas eléctricamente con las secundarias a traumatismos craneoencefálicos, pero estas afirmaciones serán rechazadas posteriormente por Fink y nunca recogidas en los informes APA (Breggin, 1998).

En 1978 la APA publica *The Practice of Electroconvulsive Therapy* desde presupuestos netamente biologicistas. Recoge: "A pesar de que algunos autores intentan disolver la enfermedad mental en teorías conductuales y socioculturales (...) la observación nos convence de que no es probable que los aspectos biológicos de la enfermedad desaparezcan sin una intervención activa de naturaleza médica" (APA, 1978, p.135).

Desde los años 70 se produce un importante activismo social contra el electroshock que consigue cambios legislativos. Algunos juristas describen la técnica como "extraordinaria y potencialmente peligrosa" (APA, 1978, p.139). En 1982 los ciudadanos de Berkeley (California) votan favorablemente su prohibición. Los defensores pretendieron mostrar que semejante movilización estaba equivocada publicando estudios

con resultados sorprendentemente positivos a expensas de no respetar el mínimo rigor metodológico (Read, 2004). La APA se posiciona contra normas legales que califica como indebidamente restrictivas y aboga por que todos los servicios públicos y privados de salud mental posean equipamientos de TEC. Además, entre otros factores atribuye la imagen negativa de la técnica al cine, que a su juicio produce una imagen dramática y exagerada (APA, 1978).

La polémica sobre la efectividad acompaña la historia del electroshock. En 1980 se publica el *Norhwick Park ECT Trial* (Johnstone et al., 1980), ensayo clínico más completo hasta el momento, no encontrándose diferencias entre TEC real y simulada en pacientes depresivos más allá de 4 semanas. Curiosamente, las mínimas y transitorias mejorías en el grupo experimental solo fueron percibidas por psiquiatras, no por pacientes o enfermeras. En los últimos 30 años no se han realizado en occidente, por razones éticas, nuevos estudios de efectividad metodológicamente adecuados, con grupo control, asignación aleatoria, y otros elementos de control experimental que permitan obtener resultados concluyentes. Obviamente, simular electroshock implica anestesiarse al paciente repetidas veces. El problema es que los estudios que preservan la validez interna son inviables en nuestro contexto porque impedimentos éticos los imposibilitan, y numerosos investigadores han llegado a ignorar la necesidad de utilizar grupos control para garantizar sus conclusiones, quedando suspendida indefinidamente la demostración versus falsación de efectividad. Para la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP, 1999) hay suficiente información que demuestra que la TEC real es más eficaz que la simulada, no siendo necesario realizar nuevos estudios frente a placebo. Sin embargo, estudios en contextos no occidentales no encontraron diferencias entre TEC real y simulada (Sarita, Janakiramaiah, Gangadhar, Subbakrishna y Rao, 1998; Ukpong, Makanjuola y Morakinyo, 2002).

Destinada a desarrollar algún acuerdo sobre TEC, se celebró la *Consensus Conference* (1985). Los asistentes debatieron sobre eficacia, potencial abuso, o la necesidad de proteger los derechos de los pacientes. Los defensores no pudieron presentar un solo estudio controlado que mostrara que la TEC tuviera resultados positivos después de 4 semanas, aspecto crítico para sopesar la relación riesgo/beneficio de cualquier procedimiento médico. En cuanto a evidencia sobre efectos adversos, no se recogieron estudios controlados clásicos sobre daños en la memoria que serán reiteradamente ignorados por la APA. Para Breggin (1998), que la mejoría dure 4 semanas confirma el principio de daño cerebral, ya que ese es el tiempo aproximado de recuperación de los efectos del síndrome cerebral orgánico agudo inducido por la TEC.

En 1985 surge la revista *Convulsive Therapy*; actualmente *Journal of ECT*. Pronto la APA actualiza *The Practice of Electroconvulsive Therapy*. Sus objetivos incluían sofocar la creciente controversia y proteger a los psiquiatras de posibles demandas por daños cerebrales. Precisamente cuando la *Food and Drug Administration* (FDA) se disponía a evaluar



la seguridad de las máquinas de electroshock, la APA logró convencerla de que tal revisión no era necesaria (Breggin, 1998). La APA consiguió que su informe fuera la base del documento de la FDA, que continuaría sin someter a pruebas de seguridad y eficacia las máquinas de TEC (Breggin, 2010). Respecto a la evidencia de daños en la memoria, el informe de la APA (1990) cita un único estudio (Freeman y Kendell, 1986) que según Breggin (1998) fue tergiversado. Freeman y Kendell (1986) habían reconocido un sesgo a la baja en la evaluación de daños porque los pacientes fueron entrevistados por el mismo médico que los atendía. Aun así, un 74% informó deterioro continuo de la memoria, y un 30% que esta había sido permanentemente afectada, el mismo porcentaje que posteriormente encontrarían Rose, Wykes, Leese, Bindman y Fleischmann (2003). Además de proclamar que la TEC es una forma extraordinariamente efectiva de tratamiento, la APA agradeció las contribuciones al borrador del documento. Muchas procedían de Richard Abrams, psiquiatra presidente de Somatics LLC, fabricante desde 1984 de Thymatron®, aunque esta afiliación nunca fue mencionada en el informe (Breggin, 1998). Sin ningún pudor en ocultar sus intereses, y pese a reconocer que la TEC no suele ser eficaz en la esquizofrenia, Abrams recomendaba probarla con todos los pacientes lo antes posible (Read, 2004).

La APA (1990) señala que la TEC unilateral en dosis bajas es menos efectiva que otras modalidades que utilizan más energía eléctrica. Independientemente de la colocación del electrodo, los pacientes que reciben dosis más altas responden más rápido, pero el grado de desorientación y amnesia retrógrada es mayor. La vieja idea de Freeman de "a mayor daño, mayor mejoría", parece seguir presente cuando se utilizan dosis de electricidad muy superiores a la necesaria para producir convulsiones. Algunos autores abogan incluso por eliminar los limitadores que por razones de seguridad equipan los aparatos de electroshock (Breggin, 1998).

La APA (1990) defiende que la TEC puede usarse independientemente de la edad. Kamholz y Mellow (1996) la recomiendan como terapia de primera línea en ancianos asumiendo que no representa ninguna amenaza especial para un cerebro vulnerable, a pesar de la evidencia de efectos nocivos, peor evolución, y posible incremento de la mortalidad (Burke, Rubin, Zorumski y Wetzel, 1987; Kroessler y Fogel, 1993). Esta recomendación choca con la convención clínica generalmente aceptada de que los ancianos son especialmente sensibles a las intervenciones biopsiquiátricas, incluyendo medicación a dosis bajas. Además, esta población sufre ya con frecuencia problemas de memoria que la TEC podría agravar. En cuanto a población infantojuvenil, entre 500 y 3500 menores de edad estaban recibiendo TEC cada año solo en Estados Unidos (Thompson y Blaine, 1987).

A finales del siglo XX el uso de electroshock se incrementa en Norteamérica, considerándose probable su crecimiento en Europa por los importantes esfuerzos promocionales de la psiquiatría biológica. En 1992 se había celebrado en Austria el primer simposio europeo con presencia de Fink, coau-

tor de los informes de la APA (1978, 1990). Para entonces, el receptor típico de TEC era ya una mujer deprimida de más de 60 años, pero se percibe un intento de incrementar su uso en otros grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes (Breggin, 1998). Aunque por debajo de 12 años su utilización es excepcional, los niños aparecen como candidatos, mientras que en las mujeres embarazadas el procedimiento se ofrece como "muy seguro en los dos últimos trimestres del embarazo y probablemente seguro en el primer trimestre" (SEP, 1999, p.20).

ELECTROSHOCK EN EL SIGLO XXI

En 2001 la APA actualiza su informe sobre TEC. Como novedad, recoge que una pequeña parte de pacientes experimenta consecuencias cognitivas devastadoras que impiden retomar ocupaciones anteriores. Poco después se publica un exhaustivo estudio de revisión (UK ECT Review Group, 2003) concluyendo que la calidad de la evidencia disponible es baja, pues solo 73 de 624 estudios revisados sobre TEC cumplían estándares mínimos. La guía NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) de 2003 plantea indicaciones claramente restrictivas. En general, el NICE ha sido cauteloso al reconocer que riesgos y beneficios a largo plazo no han sido claramente establecidos. Sostiene que no debe usarse TEC para prevenir la recurrencia de la depresión a largo plazo, ni tampoco como tratamiento general de la esquizofrenia (NICE, 2003). Respecto a eficacia y seguridad a largo plazo, señala la necesidad de investigación urgente (NICE, 2009).

En nuestro país, el primer consenso se había publicado en 1999 reproduciendo recomendaciones APA (1990). El Consenso Español se actualiza casi 20 años después, en buena medida siguiendo el informe APA (2001). Este nuevo documento de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) contempla entre otros objetivos impulsar la formación en TEC, mejorar su conocimiento y fomentar actitudes más positivas entre profesionales. Denuncia una infratilización de la técnica explicada mediante el concepto de "inhibición terapéutica" debida "a un estigma que se basa en creencias carentes de evidencia científica" (SEPB, 2018, p. 3). Respecto a niños y adolescentes, recoge: "A pesar de la cada vez mayor evidencia científica sobre la seguridad y la eficacia de la TEC en niños y adolescentes, sigue siendo una técnica infratilizada" (SEPB, 2018, p. 48). Estudios de revisión muestran total desacuerdo con semejante afirmación (Baldwin y Oxlad, 1996).

Ante este complejo panorama, resulta curioso que la psiquiatría biológica mantenga ochenta años después los mismos planteamientos de Cerletti. Primero, que la técnica es efectiva y segura. Segundo, que para alcanzar la mejoría es preciso realizar cierto número de sesiones en torno a la docena, aunque con algunas variaciones (Leiknes, Jarosh-von y Høie, 2012). El propio Consenso Español reconoce, como la APA (2001), que no puede anticiparse el número exacto de sesiones para un tratamiento, que termina cuando no se obtiene más mejoría. Tercero, la colocación de los electrodos



más frecuente (80%) sigue siendo la bilateral (Leiknes et al., 2012), como en 1938.

La TEC sigue siendo actualmente el tratamiento más controvertido en psiquiatría. Mientras que en algunas regiones parece extenderse con el impulso de la MBE y los consensos de sociedades científicas, en países como Reino Unido su uso continua reduciéndose (Read, Harrop, Geekie y Renton, 2017).

CONCLUSIONES

La TEC epitomiza una visión radicalmente biologicista de los trastornos mentales. Esta práctica tendría su origen en considerar los problemas psicopatológicos asuntos del cerebro, desvinculándolos de los contextos biográficos y ambientales que llevaron a ellos. Si la enfermedad mental no existe, no puede hablarse de curación. Si no reside en el cerebro ninguna enfermedad o mecanismo averiado que fuera causa del comportamiento problemático, la TEC representaría antes un genuino simulacro de terapia que una terapia propiamente dicha. De acuerdo a un modelo médico de enfermedad mental, los psiquiatras utilizan TEC emulando procedimientos de otras especialidades en un ejercicio de mimesis que posiblemente utiliza un placebo sofisticado pero no inofensivo.

El relanzamiento de la TEC no se debe a nuevos hallazgos científicos sino a razones contextuales, singularmente al estatus dominante de la psiquiatría biológica. Esta técnica obstaculiza un entendimiento fenomenológico de la conducta patológica y bloquea posibles esfuerzos por comprender la

experiencia del paciente, haciendo imposible un entendimiento no mecanicista de sus comportamientos y reforzando la falsa idea de unos circuitos cerebrales averiados que el tratamiento vendría a recomponer. La TEC representa una forma de intervención biomédica reduccionista; todo un contraejemplo de atención integral. Sin embargo, la visión simplista de los problemas psicopatológicos que promueve puede ser bien recibida. Las explicaciones simples funcionan mejor y ofrecen cierta sensación de seguridad a los profesionales en un campo tan complejo y proclive a la incertidumbre como el de la salud mental. Al fin y al cabo, la incertidumbre es aversiva y toda conducta dirigida a suprimirla resultará reforzada. Para los usuarios puede ser tentador pensar que es el cerebro el causante de los problemas, y no un particular entretreimiento biográfico entre uno mismo y el ambiente. Finalmente, en un contexto altamente medicalizado, las instituciones vienen favorecidas por modelos de solución rápida de los problemas que maximizan la eficiencia y apuestan por optimizar recursos, a expensas de desatender lo que los pacientes esperan, generalmente la comprensión empática de otro ser humano. Y es que no son los impulsos eléctricos los estímulos más poderosos que tenemos para cambiar las experiencias de una persona, sino el cuidado empático de otro ser humano.

La historia del electroshock está envuelta en controversia y marcada desde su origen por una fuerte relación con enfoques coercitivos de tratamiento que en la perspectiva actual colisionan con una visión ética y humana de la asistencia. A pesar de posibles resultados favorables a corto plazo y de la intensa promoción que recibe desde la psiquiatría biológica, su origen histórico, su falta de fundamentación etiológica, y su escasa utilidad más allá de unas semanas, le otorgan un halo de pseudotratamiento que los esfuerzos de propaganda no han conseguido eliminar.

CONFLICTO DE INTERESES

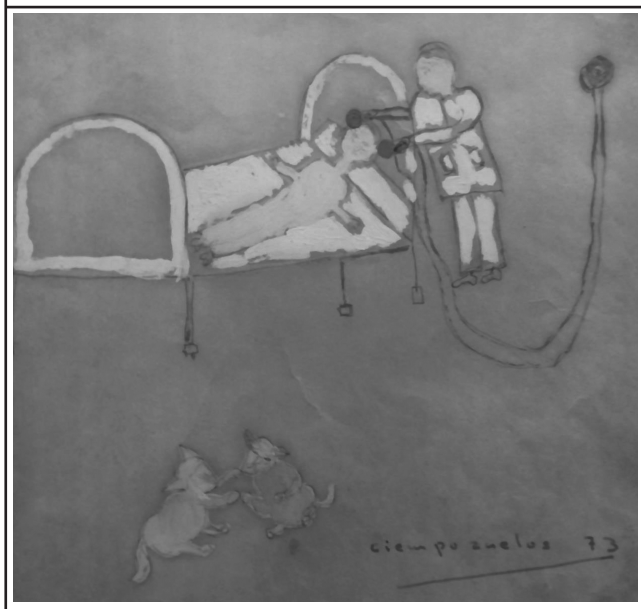
Los autores declaran no tener conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Accornero, F. (1988). An eye witness account of the discovery of the electroshock. *Convulsive Therapy*, 4(1), 40-49.
- American Psychiatric Association (1978/1990). *The practice of electroconvulsive therapy: A task force report*. Washington D.C: Author.
- American Psychiatric Association (2001). *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging*. Second Ed. Washington, D.C: Author.
- Baldwin S. & Oxlad, M. (1996). Multiple case sampling of ECT administration to 217 minors: Review and meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 5, 451-463.
- Bentall, R. P. (2011). *Medicalizar la mente*. Barcelona: Herder.
- Bertolín, J.M., Peiró, S., y Hernández, M.E. (2006). Patterns of electroconvulsive therapy use in Spain. *European Psychiatry*, 21, 463-470.

FIGURA 1

SESIÓN DE TEC DIBUJADA EN 1973 POR UN PACIENTE DEL PSIQUIÁTRICO DE CIEMPOZUELOS. DOS PERROS PARECEN JUGAR LIBREMENTE EN PRIMER PLANO MIENTRAS SE APLICA LA DESCARGA





- Bini, L. (1938). Experimental research in epileptic attacks induced by electric current. *American Journal of Psychiatry*, 94, 172-174.
- Borsboom, D., Cramer, A.O.J., & Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Science*, 42, 1-63.
- Bouvet, C. & Bouchoux, A. (2015). Exploring the relationship between internalized stigma, insight and depression for inpatients with schizophrenia. *L'Encephale*, 41(5), 435-443.
- Breggin, P. R. (1998). Electroshock: Scientific, ethical, and political issues. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 11(1), 5-40.
- Breggin, P. R. (2010). The FDA should test the safety of ECT machines. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 22(2), 89-92.
- Burke, W. Rubin, E. Zorumski, C., & Wetzel, R. (1987). The safety of ECT in geriatric psychiatry. *Journal of American Geriatrics Society*, 35, 516-521.
- Consensus Conference (1985). Electroconvulsive therapy. *Journal of the American Medical Association*, 245, 2103-2108.
- Cyrzyk, T. (2013). Electroconvulsive therapy: why it is still controversial. *Mental Health Practice*, 16(7), 22-27.
- Endler, N. (1988). The origins of electroconvulsive therapy. *Convulsive Therapy*, 4(1), 5-23.
- Fonseca, E. y Lemos, S. (2019). El síndrome psicótico: Pasado, presente y futuro. En E. Fonseca (Coord.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 25-78). Madrid: Pirámide.
- Freeman, W. (1941). Brain damaging therapeutics. *Diseases of the Nervous System*, 2, 83.
- Freeman, C. & Kendell, R. (1986). Patients' experience of and attitudes to electroconvulsive therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 462, 341-352.
- Impastato, D. (1960). The story of the first ECT. *American Journal of Psychiatry*, 116, 1113-1114.
- Jessner, L. & Ryan, V.G. (1941). *Shock treatment in psychiatry*. New York: Grune and Stratton.
- Johnstone, E.C, Deakin, J.F., Lawler, P., Frith, C.D., Stevens, M., ... Crow, T. J. (1980). The Northwick Park ECT trial 1980. *Lancet*, 2, 1317-1320.
- Kamholz, B.A. & Mellow, A.M. (1996). Management of treatment resistance in the depressed geriatric patient. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 269-286.
- Kraepelin, E. (1988). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Nieva.
- Kroessler, D. & Fogel, B. S. (1993). Electroconvulsive therapy for major depression in the oldest old: Effects of medical comorbidity on post-treatment survival. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1(1), 30-37.
- Lambourn, J. & Gill, D. (1978). A controlled comparison of simulated and real ECT. *British Journal of Psychiatry*, 133, 514-519.
- Leiknes, K., Jarosh-von, L., & Hoie, B. (2012). Contemporary use and practice of electro convulsive therapy worldwide. *Brain and Behaviour*, 2, 283-344.
- López, E. y Costa, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 162-171.
- National Institute of Clinical Excellence (2003). *Guidance on the use of electroconvulsive therapy: Technology appraisal guidance TA59*. London, U.K: Author.
- National Institute of Care and Excellence (2009). *Guidance on the use of electroconvulsive therapy: Technology appraisal guidance TA59*. London, U.K: Author.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Read, J. (2004). Electroconvulsive Therapy. En J. Read, L. R. Mosher, & R. P. Bentall (2004), *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (pp. 85-100). New York: Brunner-Routledge.
- Read, J. & Arnold, C. (2017). Is electroconvulsive therapy for depression more effective than placebo? A systematic review of studies since 2009. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 19(1), 5-23.
- Read, J., Harrop, C., Geekie, J., & Renton, J. (2017). An audit of ECT in England 2011-2015: usage, demographics, and adherence to guidelines and legislation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 263-277.
- Rose, D., Wykes, T., Leese, M., Bindman, J., & Fleischmann, P. (2003). Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: Systematic review. *British Medical Journal*, 326, 1-5.
- Sarita, E. P., Janakiramaiah, N., Gangadhar, B. N., Subbakrishna, D. K., & Rao, K. J. (1998). Efficacy of combined ECT after two weeks of neuroleptics in schizophrenia: A double blind controlled study. *Nimhans Journal*, 16(4), 243-252.
- Sociedad Española de Psiquiatría (1999). *Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva*. Madrid: autor.
- Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (2018). *Consenso español sobre terapia electroconvulsiva*. Madrid: autor.
- Thompson, J.W. & Blaine, J.D. (1987) Use of ECT in the United States in 1975 and 1980. *American Journal of Psychiatry*, 144, 557-562.
- UK ECT Review Group (2003). Efficacy and safety of ECT in depressive disorders. *Lancet*, 361, 799-808.
- Ukpong, D.I., Makanjuola, R.O.A., & Morakinyo, O. (2002). A controlled trial of modified electroconvulsive therapy in Schizophrenia in a Nigeria Teaching Hospital. *West African Journal of Medicine*, 21(3), 237-240.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7ª Ed.). Barcelona: Elsevier.
- Valverde, M. A. e Inchauspe, J. A. (2017). El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: Consideraciones éticas y clínicas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 529-552.

