



Artículo en prensa

LA PSICOLOGÍA ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (II): CONSENSOS INTERESADOS A FALTA DE EVIDENCIA

PSYCHOLOGY AND ELECTROCONVULSIVE THERAPY (II): INTERESTED CONSENSUS LACKING IN EVIDENCE

David González-Pando¹, Cesar 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

Como continuación de la parte primera, el presente trabajo trata de comprender el uso del electroshock, una técnica cuya efectividad no ha sido inequívocamente demostrada. La falta de evidencia concluyente ha generado consensos que no proceden de un genuino debate interdisciplinario. El concepto de inhibición terapéutica carece de fundamento. El electroshock reduce el sentido de eficacia personal y autonomía que caracteriza un desenvolvimiento sano, e introduce un mensaje implícito de causalidad en términos de mal funcionamiento cerebral que resulta estigmatizante. No existen en España leyes específicas que regulen este procedimiento. La calidad de la información facilitada al paciente es baja y podría derivar en responsabilidad del profesional. Por su excepcionalidad, el electroshock no debería considerarse un elemento más de la cartera de servicios. Los profesionales pueden ejercer su objeción de conciencia por razones éticas y científicas. Una perspectiva interdisciplinaria consiste en reivindicar alternativas de tratamiento potencialmente menos lesivas.

Palabras clave: Terapia electroconvulsiva, Salud Mental, Aceptación de la atención de salud, Medicina basada en la evidencia, Legislación.

This paper and its first part attempt to comprehend the use of electroshock, a technique whose effectiveness has not been unequivocally demonstrated. The lack of conclusive evidence has generated consensus, but it does not come from a genuine interdisciplinary debate. The concept of therapeutic inhibition is unfounded. Electroshock reduces the sense of personal efficacy and autonomy that characterizes a healthy functioning and introduces an implicit stigmatizing message of causality in terms of brain malfunction. There are no specific laws in Spain that regulate this procedure. The quality of the information provided to the patient is poor and could lead to professional liability. Due to its exceptional nature, electroshock should not be considered as a therapy like any other. Professionals can exercise conscientious objection for ethical and scientific reasons. An interdisciplinary perspective would be to call for potentially less harmful treatment alternatives.

Key words: Electroconvulsive therapy, Mental Health, Patient acceptance of health Care, Evidence-based medicine, Legislation.

El objetivo de este trabajo y su primera parte es proporcionar argumentos que permitan un posicionamiento crítico respecto a la terapia electroconvulsiva (TEC). Tras revisar los aspectos conceptuales e históricos, esta segunda parte explora la evidencia científica disponible y las implicaciones clínicas del electroshock, incluyendo la visión que puede generarse sobre los trastornos mentales. Finalmente, se ofrecen algunos apuntes legales para su consideración.

ARGUMENTOS CIENTÍFICOS PARA PROFESIONALES IRREVERENTES

La controversia sobre la TEC no se restringe al debate cien-

tífico, apreciándose un especial entretreimiento entre ciencia, ética e historia. Así, resulta sorprendente que un procedimiento médico tan delicado desde un punto de vista ético haya encontrado precisamente en la ética de la investigación un aliado que impide hoy refutar desde la ciencia una efectividad históricamente sobreestimada (Ross, 2006).

Sobre la base de ocho décadas de historia, el principal argumento de los defensores de la TEC es la eficacia. Desde un punto de vista científico, los mejores experimentos sobre efectividad se realizaron antes de introducirse directrices éticas para la investigación en humanos. Se utilizaron ensayos clínicos aleatorizados aplicando TEC simulada (anestesia sin descarga) a distintos grupos control. La *American Psychiatric Association* (APA, 2001) reconoció que en ninguno de los 5 estudios con este diseño anteriores a 1980 se encontraron diferencias entre TEC real y simulada. En 1986 se habían realizado un total de 10 estudios. Ninguno demostró superioridad frente a placebo más allá del tratamiento, y cinco ni

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: gonzalezp david@uniovi.es



Artículo en prensa

siquiera encontraron beneficio durante su administración (Read y Arnold, 2017). En síntesis, la TEC no ha demostrado utilidad más allá del tratamiento en un solo ensayo controlado (Read, Cunliffe, Jauhar y McLoughlin, 2019).

Respecto al riesgo de suicidio, argumento que con frecuencia se introduce para justificar su uso, tampoco lo reduce (Avery y Winokur, 1976; Breggin, 1998; Read y Bentall, 2010; Read et al., 2019) e incluso podría incrementarlo a corto plazo (Munk-Olsen, Laursen, Videbech, Mortensen y Rosenberg, 2007).

Durante los últimos 30 años no se han realizado, por razones éticas, ensayos controlados en Europa o Estados Unidos sobre TEC. Así, a medida que fue descuidándose el rigor metodológico, fueron informándose mejores resultados en estudios cuyo número no deja de aumentar. No sorprende que para normalizar la TEC algunos autores apuesten por utilizar la información más actualizada posible (Sanz-Fuentenebro, 2018), pues los trabajos clásicos, metodológicamente rigurosos, resultan desfavorables. Que los beneficios de la TEC son solo temporales se puede comprobar observando que algunos psiquiatras lo administran de forma crónica (Sterling, 2000). Sin embargo, la impresión clínica puede ser distinta; bien resultado de la experiencia directa, de la formación, o de una interacción entre ambas. Para la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB, 2018) muchos pacientes han mejorado su enfermedad con TEC, o esta ha remitido incluso con rapidez. La TEC puede ser eficaz en determinados casos y producir cambios espectaculares (Vallejo, 2011). Sin embargo, ni aunque fuera cierta una eficacia que de acuerdo a Read y Arnold (2017) ha sido negada por la evidencia, su uso quedaría científicamente respaldado. También las sangrías resultaban eficaces en la manía con el fin de tratar la congestión cerebral que la originaba según Esquirol, al no tener este en cuenta el debilitamiento conductual producido por la anemia e hipovolemia. En este caso, la eficacia del procedimiento avalaba erróneamente su consideración como tratamiento curativo de la manía (López y Costa, 2012). Muchos clínicos han descrito cómo una lesión que cursa con dolor o la irrupción de una enfermedad somática puede mejorar los síntomas psicóticos o el ajuste a la realidad en la esquizofrenia, no siendo razonable manipular estas variables como si fueran tratamientos.

El Consenso Español sobre TEC merece un comentario en profundidad. Para empezar, si algo hay claro en España sobre la TEC es falta de consenso. Lo prueban las muy variables tasas de aplicación por 10.000 habitantes entre comunidades autónomas (0,00-1,39) y provincias (0,00-3,90) (Sanz-Fuentenebro et al., 2017). Esta situación también ocurre a nivel mundial, oscilando las tasas entre 0.11 y 5.1 por 10.000 (Leiknes, Jarosh-von y Høie, 2012). Semejante variabilidad revela falta de consenso sobre la eficacia y seguridad de la TEC (*UK ECT Review Group*, 2003). Mientras en algunos centros ni siquiera se oferta, en otros el 20% de los pacientes pueden estar recibéndola en cualquier momento (Breggin, 1998). Algunos psiquiatras no la recomiendan ni siquiera como última opción. Otros recurren

rápidamente a ella como tratamiento electivo sin ensayar alternativas. Según las guías del *National Institute of Care and Excellence* solo es legítimo usar TEC cuando otros tratamientos han fracasado (NICE, 2009, 2017).

Desde un punto de vista científico, la propia existencia del consenso demuestra la ausencia de evidencias concluyentes, pues donde llega la ciencia no hace falta consenso. Mostrarse irreverente ante los consensos es una actitud necesaria para el desarrollo científico. La ciencia no avanza desde los consensos; menos aún cuando proceden de grupos de iguales. Más que un consenso, el documento de la SEPB (2018), es una aglutinación de propuestas compartidas por defensores de un uso no restringido de una técnica "infrautilizada" y "estigmatizada". Este consenso estaba asegurado de entrada porque todos sus actores son defensores de la TEC. Poco tendrían que debatir al no estar representados puntos de vista críticos. El consenso es necesario cuando hay discusión entre posiciones diferentes. Cuando la posición es compartida por anticipado es más adecuado hablar de manifiesto. El Consenso Español no puede tenerse como evidencia científica para soslayar una controversia que merece debate interdisciplinar. No atribuímos intenciones espurias a sus firmantes, por ejemplo debidas a conflictos de intereses, pero tampoco podemos suponerles insensibles a sus propias preconcepciones científicas, cultura biomédica y entorno. Basta revisar trabajos previos de algunos autores para apreciar su doctrina, de ahí nuestra preferencia por el término "manifiesto".

EVIDENCIA CIENTÍFICA A GRANEL

Un dato muy utilizado como argumento de peso son las 509 referencias bibliográficas del Consenso Español. Este dato puede resultar engañoso. Toda la bibliografía de las últimas décadas sobre TEC puede dividirse en dos grupos. Un primer grupo, más numeroso, refiere la seguridad y eficacia del procedimiento a expensas de descuidar principios metodológicos (Ross, 2006) y de explotar datos a corto plazo (semanas). Este material permite elaborar dípticos promocionales y manifiestos (falsos consensos). El segundo grupo informa de falta de efectividad más allá del tratamiento y riesgos reales o potenciales. No debe entenderse como un conflicto interdisciplinar porque psicólogos, psiquiatras y otros profesionales están representados en ambos grupos. Los trabajos del primer grupo proceden generalmente de autores que declaran conflictos de intereses o de proyectos financiados por la industria o por instituciones de la psiquiatría biológica. Raramente asumen las implicaciones de la falta de validez que conlleva prescindir de grupos control, que justifican por razones éticas. El segundo grupo incluye los trabajos más rigurosos desde el punto de vista metodológico. Son menos, pero las evidencias que aportan sobre falta de eficacia, además de validez, tienen el valor de la neutralidad. Muchos proceden de investigaciones no financiadas cuyos autores no presentan conflictos de intereses. La diferencia cuantitativa entre uno y otro grupo no reside en una mayor cercanía a la verdad científica, sino en las pro-

Artículo en prensa

pias condiciones bajo las cuales se genera la investigación. Y si hay algo en lo que la psiquiatría biológica no tiene rival es en disponer de recursos. Además, es bien conocido el sesgo de publicación en estudios de eficacia. Cuando los resultados no son favorables, la probabilidad de publicación se reduce drásticamente (Bentall, 2011). Los fabricantes jamás citarán estudios desfavorables en las instrucciones de sus máquinas. Es un sesgo comprensible como parte interesada que debe velar por sus intereses comerciales. En realidad, resulta casi imposible que fabricantes o prescriptores reconozcan el riesgo real de la TEC, pues se expondrían a problemas ético-legales (Read, 2004).

La bibliografía del Consenso Español ofrece un extenso amontonamiento de referencias que proclaman la seguridad y eficacia del procedimiento. Por su desmesurada cifra parece “evidencia a granel”. Bastaría un solo estudio concluyente que siguiera la propuesta metodológica de Ross (2006) para prescindir del resto. No existe. Se describen mejoras limitadas a semanas. No hay evidencia de efectividad a largo plazo, que es lo relevante. Lo que la evidencia ofrece es una efectividad escasa o nula más allá del tratamiento (Breggin, 1998, 2010; Read y Bentall, 2010, Read y Arnold, 2017). Un dato que muestra su pobre utilidad es que más del 80% de los pacientes sometidos a TEC recaen pese a recibir también psicofármacos (Bentall, 2011).

El efecto placebo juega un papel importante en el electroshock (Rasmussen, 2009). De hecho, es probable que ningún tratamiento habitual en salud mental presente un efecto placebo más potente. El efecto placebo se fortalece con la aparatosis de la técnica, que aquí incluye una máquina sofisticada, monitorización, cateterización venosa, fármacos intravasculares, y varios profesionales cualificados ritualmente dispuestos alrededor de una cabeza “enferma”, sobre la que aplican un “tratamiento curativo” bajo reverencial silencio. Como ceremonia, el procedimiento se mimetiza en buena medida con un exorcismo. Además, las expectativas de mejora de profesionales convencidos de su eficacia se proyectan en pacientes y familiares. En una revisión de estudios controlados, Crow y Johnstone (1986) encontraron que tanto la TEC real como simulada asociaban mejoras sustanciales, aunque sin diferencia entre ambas. La propia SEP (2018, p.73) reconoce que las expectativas y satisfacción de pacientes y familiares tienen un impacto significativo en el resultado de la TEC. Lo preocupante, en términos de rigor científico, es que invita a potenciar este factor mediante acciones deliberadas. Este proceder revela un conflicto entre ciencia y asistencia. Para preservar la validez interna, un buen científico tiene como prioridad el control metodológico, donde las expectativas de pacientes y familiares representan amenazas. Sin embargo, para el clínico esta variable extraña es un aliado a potenciar. El riesgo está en incurrir en una suerte de “efecto Charcot”, observando lo que uno mismo propaga sin considerar el sesgo autoconfirmatorio (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2007). El procedimiento que promueve el consenso tiende a obtener resultados favorables por sí mismo, pero a costa de destruir la validez interna. Esto

sucedería especialmente a corto plazo, porque las personas son más propensas a informar actitudes positivas sobre la TEC poco después del tratamiento que más adelante (Smith, Vogler, Zarrouf, Sheaves y Jesse, 2009).

En cuanto a la seguridad, Weiner (1984) planteaba la necesidad de investigar para despejar esta cuestión y poder precisar de manera más rigurosa el papel de la TEC en el futuro. Actualmente disponemos de abundante evidencia sobre daños producidos. La disfunción de la memoria sigue a casi todos los tratamientos al menos temporalmente, siendo marcada y persistente en al menos uno de cada ocho pacientes (Fosse y Read, 2013; Read, Harrop, Geekie y Renton, 2017; Sackeim, Prudic, Fuller, Keilp, Lavori y Olson, 2007), algo que sus prescriptores parecen desconocer porque ni siquiera evalúan debidamente este deterioro (Sterling, 2000). Las pérdidas mnésicas persistentes pueden ir de semanas a años (Chakrabarti, Grover y Rajagopal, 2010), y son permanentes en un 29% a 55% de los casos (Rose, Wykes, Leese, Bindman y Fleischman, 2003). Para Breggin (2010) no existe duda de que la TEC daña el cerebro, siendo inaceptable tener por cierta su seguridad en humanos; la única controversia posible estaría en la severidad y persistencia del daño.

En cualquier caso, si los mecanismos de acción son desconocidos (SEP, 2018), cabe deducir que tampoco están bien establecidos todos los daños posibles asociados al tratamiento. Ross (2006) ha propuesto una moratoria en el uso de la TEC hasta disponer de evidencia concluyente, que sigue faltando.

El propio Consenso Español reconoce daño cognitivo implícitamente al indicar que la opción de dos en vez de tres sesiones semanales provoca menor afectación. También recoge que la estimulación unilateral, menos eficaz, produce igualmente menor afectación cognitiva por lo que es más utilizada la aplicación bifrontotemporal “aunque a costa de un mayor riesgo de efectos cognitivos” (SEP, 2018, p.17). Por su parte, el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Depresión en el Adulto (2014, p.147), citando la guía NICE (2009), refiere: “la colocación unilateral de los electrodos en el hemisferio dominante produce mayor daño que si son colocados en el no dominante”. Otra variable relevante es la carga, pues a mayor carga, mayor afectación. La APA (2001) plantea utilizar una carga entre 2,5 y 6 veces el umbral en localización unilateral y entre 1,5 y 2,5 en bilateral. No obstante, la ventaja de menor afectación cognitiva en aplicación unilateral podría desaparecer por encima de 4 veces el umbral. La cuestión es, de acuerdo a Sanz-Fuentenebro (2018, p.38), que “la distribución espacial e intensidad del campo eléctrico inducido por la estimulación están condicionados en buena medida por la posición de los electrodos, lo que se traducirá en afectación —para bien o para mal— de diferentes estructuras cerebrales”.

En resumen, el uso de TEC no es coherente con un enfoque médico basado en la evidencia (Read y Arnold, 2017). Un buen científico modifica sus creencias en función de los resultados de la investigación. Aunque la psiquiatría biológica utiliza la ciencia como discurso, los defensores de la TEC se

Artículo en prensa

resisten a los datos de la investigación mostrando una dependencia excesiva de un modelo médico abrazado por la industria (Read et al., 2017). Además, el lenguaje que utilizan no es especialmente riguroso ni preciso al explotar términos científicamente insostenibles como “enfermedad mental” (López y Costa, 2012). Cuando las hipótesis científicas se mantienen a pesar de no haber podido confirmarse durante décadas, tal vez fuera mejor llamarlas creencias científicas persistentes. Del mismo modo, hablar de “tormentas de cambios cerebrales multinivel” para referirse a los efectos de la TEC (SEPBB, 2018, p.93) es tocarlo todo para no explicar nada, y revela desconcierto e incertidumbre. Como diría Skinner, donde la ciencia no llega, la metáfora tiene su lugar.

ALGUNAS LIMITACIONES Y EFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS BIOPSIQUIÁTRICOS

Si hay algo que tienen en común todos los tratamientos biopsiquiátricos, incluido el electroshock, es buscar la eliminación de síntomas. Estos tratamientos no generan comportamientos adaptativos ni mejoran por sí mismos el funcionamiento psicosocial. Tampoco modifican las circunstancias que envuelven la conducta del sujeto (pobreza, discriminación, aislamiento). Una medicación exitosa con los síntomas psicóticos no predice la recuperación funcional, pudiendo persistir aislamiento social y pobre desempeño (Paino, García y Ordóñez, 2019). Por si fuera poco, la investigación ha mostrado que las explicaciones biologicistas podrían resultar un obstáculo en la reducción del estigma social de los trastornos mentales, e incluso incrementarlo al reforzar la falsa creencia de un mecanismo cerebral averiado (Haslam, 2006; Johnson, Sathiyaseelan, Charles, Jeyaseelan y Jacob, 2012; Lam, Salkovskis y Warwick, 2005; Lysaker et al., 2012; Pérez-Álvarez, 2011; Read, Haslam, Sayce y Davies, 2006). Los tratamientos acompañan mensajes implícitos de causalidad (Read et al., 2017) que pueden inducir pesimismo sobre la recuperación reduciendo el esfuerzo de los sujetos para mejorar su propia situación (Kvaale, Haslam y Gottdiener, 2013). La biopsiquiatría no ofrece alternativas cuando sus métodos dirigidos a la eliminación de síntomas fracasan, como pudiera ser enseñar al paciente a relacionarse con sus propias experiencias psicopatológicas de otro modo para hacerlas menos perturbadoras, lo que sí hacen distintos abordajes psicoterapéuticos. Cuando la evolución no es buena, lo que ofrece es más de lo mismo: más medicación, introducir electroshock, más electroshock, o una combinación de ambos.

UNAS DESCARGAS Y PROBLEMA RESUELTO

El electroshock deja fuera la comprensión de la conducta en un contexto biográfico, el estudio de su génesis y significado, o la posible función adaptativa que la conducta problemática pudiera representar. Como señala Bentall (2011, p. 63) “el significado de los síntomas del paciente y el contexto en que aparecen se consideran irrelevantes y los esfuerzos del paciente por hablar sobre ellos y ver si alguien escucha su historia son a menudo rechazados”. El electroshock poco

tiene que ver con la posibilidad de reconocer al otro y abrirse al diálogo interpersonal, pues al final el significado de la conducta está en el otro, no en el plano de los neurotransmisores o la conectividad eléctrica neuronal (Valverde e Inchauspe, 2017).

Los presupuestos biologicistas obstaculizan un entendimiento fenomenológico de lo que al sujeto le ocurre porque prescinden de las experiencias vitales que lo hacen posible. El modelo diverge de una actitud de comprensión de la experiencia del paciente. Un psiquiatra biologicista podrá decir que comprende al paciente, pero su manera de comprenderlo es decirle que tiene una enfermedad cuyos síntomas pueden mejorar con un tratamiento que actúa sobre el cerebro llamado TEC, aunque los mecanismos biológicos responsables del cambio son desconocidos. Buscando prestigio podría decir, parafraseando a la SEPBB (2018, p. 93), que produce “una tormenta de cambios cerebrales multinivel (neuroquímicos, hormonales, vasculares, genómoleculares, metabólicos, inflamatorios, etc.), algunos de los cuales serán responsables de la mejoría”. Lo relevante no es la comprensión o el diálogo a través de la relación clínica, el interés por la biografía, el ambiente o las relaciones interpersonales, sino dar las descargas correctamente conforme al protocolo.

El tiempo ha dado la razón a Andreasen (1985), quien consideraba que la psiquiatría del futuro utilizaría tratamientos mucho más breves donde unos minutos serían suficientes para que médicos y pacientes hablen de los síntomas y cómo les afectan.

LEGISLACIÓN

En España no existen leyes especiales sobre la TEC, resultando de aplicación normas de carácter general. La Ley estatal 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), hace referencia al deber de los profesionales de respetar la participación de los pacientes en la toma de decisiones que les afecten, ofreciendo información suficiente y adecuada para que puedan ejercer el derecho al consentimiento. Además, la Ley básica 41/2002 recoge el consentimiento por representación, que puede ser especialmente inquietante en el caso de la TEC puesto que los familiares muestran una visión y experiencia más positiva de la técnica que los pacientes (SEPBB, 2018). Cuando el usuario no es capaz de tomar decisiones a criterio del médico responsable, el consentimiento lo prestan personas vinculadas, pudiendo admitirse la firma única del familiar cuando sea imposible obtener la del paciente, o la situación clínica así lo aconseje (SEPBB, 2018). Si no hubiera personas vinculadas o no quisieran firmar, se recomienda solicitar autorización judicial para realizar TEC, si bien “en algunos centros se considera que la autorización judicial para ingreso involuntario ya cubre esta posibilidad” (SEPBB, 2018, p.67). La Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil recoge que se necesita autorización judicial para ingreso involuntario por razón de trastorno psíquico, pero esta ley solo habla de internamiento involuntario, por lo que su extrapolación a la TEC depende de la discrecionalidad judicial. En cualquier caso, los trata-

Artículo en prensa

mientos administrados contra la voluntad del paciente pueden ser particularmente traumáticos y tienen un carácter coercitivo que puede colisionar con un enfoque basado en los Derechos Humanos compatible con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Si el paciente sufre algún tipo de daño o perjuicio por el tratamiento, la Ley 41/2002 recoge la posibilidad de haber recibido información deficiente, correspondiendo al paciente probar el daño y al facultativo probar la calidad de la información facilitada. El facultativo y el centro sanitario podrían incurrir en responsabilidad en caso de haber privado al paciente de información esclarecedora. En este sentido, es relevante la escasa calidad de la información proporcionada, especialmente con respecto a los problemas mnésicos (Robertson y Pryor, 2006) o el profundo impacto que producen en la experiencia vivida (Seniuk, 2018).

La ley protege al usuario de posibles abusos, y esto resulta incómodo para la psiquiatría biológica. La APA proclamó que derechos y libertades civiles se habían introducido en el campo del tratamiento psiquiátrico impregnándolo de requisitos legales que "en el mejor de los casos complican la buena práctica clínica y en el peor evitan que tenga lugar" (APA, 1978, p.132).

Abstenerse de participar en la TEC es una acción fundamentada en razones éticas y científicas, y el profesional puede ejercer su objeción de conciencia al amparo de un derecho fundamental recogido en la Constitución Española, no pudiendo ser objeto de discriminación por ello.

Sin duda los psiquiatras prescriben TEC con las mejores intenciones. Faltaría más. Están convencidos de que es un procedimiento legítimo, eficaz, seguro, y disponen de una montaña de documentos que lo sostienen. Sin embargo, ningún psiquiatra podrá garantizar resultados terapéuticos a largo plazo ni ausencia de daños. Proponemos a los psiquiatras de orientación biológica que apuesten por una indicación restrictiva de la TEC acorde con las recomendaciones de la NICE, condicionando su uso a un último escenario terapéutico definido por el fracaso de otras opciones potencialmente menos lesivas y estigmatizantes. En cualquier caso, para que la decisión de recibir TEC sea libre y autónoma, habrá que facilitar una explicación cuidadosa, detallada y directa de la técnica y de sus efectos tanto deseados como adversos, incluyendo la posibilidad de un cambio en la experiencia vivida.

CONCLUSIONES

La efectividad de la TEC se relaciona inversamente con la calidad metodológica de la evidencia científica disponible, y ha sido sobreestimada de forma general en la literatura psiquiátrica. Esto ha dado lugar a un desequilibrio entre creencias profesionales y resultados de la investigación. Si como sostenía Schneider la psiquiatría es una profesión de fe, más la necesita el terapeuta electroconvulsivo.

El lenguaje y parafernalia del electroshock refuerzan la idea de un mecanismo cerebral averiado nunca demostrado.

Afirmar que la TEC corrige un desequilibrio cerebral desconocido es científicamente insostenible. Además, los tratamientos físico-biológicos reducen el sentido de eficacia personal y autonomía que caracterizan un funcionamiento sano. Si se produce mejoría, la posibilidad de que el sujeto resulte empoderado al atribuir esta a variables propias como cambios en su comportamiento, se aleja.

Defensores y detractores mantienen posiciones irreconciliables porque sus respectivos discursos influyen en la experiencia clínica. Si un paciente depresivo experimenta deterioro cognitivo o mnésico post-TEC, un defensor dirá que estas disfunciones se deben a la propia depresión, no al procedimiento. Sin embargo, si sus "síntomas" mejoran atribuirá este cambio al efecto curativo del tratamiento, no a las expectativas de mejora ni a los síntomas de un síndrome orgánico agudo secundario (que incluyen euforia). Un detractor afirmaría todo lo contrario. Mientras que para los defensores las diversas indicaciones clínicas del electroshock vienen a mostrar su elevada versatilidad, para los detractores lo que ilustra es falta de solidez y fundamentación, pues el tratamiento médico más universal e inespecífico que existe es el placebo.

Con base en la evidencia disponible, no podemos aceptar la promoción de la TEC mediante la exaltación de sus virtudes como forma de mejorar los servicios y la calidad asistencial. La TEC no debería considerarse un elemento más en la cartera de servicios, sino un procedimiento restringido a contemplar exclusivamente cuando han fallado otras opciones de tratamiento basadas en la evidencia, que deberían estar disponibles con anterioridad al preservar en mayor medida la dignidad de la persona. Sin embargo, resulta imposible garantizar que el paciente haya recibido estas modalidades de tratamiento. Por ejemplo, las personas con psicosis raramente reciben las intervenciones de corte psicosocial que cuentan con mayor respaldo científico por ser insuficiente su implantación en los servicios.

Existen alternativas al electroshock. Estas pasan por fortalecer una visión plural y no reduccionista de los problemas psicopatológicos y sus tratamientos, potenciar el paradigma comunitario, integrador, psicosocial, centrado en la persona, utilizando enfoques basados en la recuperación. Los esfuerzos no deben dirigirse casi exclusivamente a eliminar síntomas, sino a promover conductas adaptativas, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida. Los profesionales deben cuestionar intervenciones que refuerzan y perpetúan un modelo biomédico de tratamiento. Máxime cuando pueden causar daños a personas especialmente vulnerables o incrementar el estigma que sufren. Mostrarse críticos con la TEC no implica ser reacios, sino prudentes.

La TEC seguirá utilizándose por determinadas razones que recoge la Tabla 1. Ante esa realidad, los profesionales de la salud mental están llamados, por razones éticas y científicas, a aportar una mirada crítica y confrontar el modelo médico en que se basa. Tan legítimo es proponer el concepto de "inhibición terapéutica" basada en creencias sin base científica como el de "entusiasmo terapéutico" basado en creencias sin base científica. Las alternativas implican retomar nuestra me-

Artículo en prensa

por tradición psicoterapéutica. En salud mental los tratamientos psicológicos con base en la evidencia deberían estar universalmente presentes. Frente a la exaltación del electroshock, debemos informar a nuestros usuarios que, por desgracia, las soluciones rápidas raramente son posibles y a menudo resultan solo transitorias. Además, es necesario debatir los fundamentos conceptuales de la psicopatología desde un punto de vista crítico, señalando sus dificultades epistemológicas, las tautologías y las metáforas que introduce. Esto sería especialmente importante como propedéutica en los profesionales en formación, pues pocas cosas hay más prácticas para quien empieza que una buena teoría y una actitud crítica que, lejos de agotarse en los consensos, intente ir más allá de las apariencias.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

**TABLA 1
DECÁLOGO PARA COMPRENDER POR QUÉ CONTINÚA
UTILIZÁNDOSE EL ELECTROSHOCK**

1. Persistencia de un modelo médico de "enfermedad mental" mecanicista, que a su vez se ve reforzado por la disponibilidad de este "tratamiento".
2. Débil contestación al modelo de "enfermedad mental", instalado como una convención clínica general a pesar de resultar científicamente insostenible.
3. Tolerancia de los profesionales de salud mental. Sin ella, el electroshock nunca se hubiera convertido en un procedimiento rutinario.
4. Ofrece una alternativa médica ante el fracaso de los psicofármacos.
5. Refuerza una imagen científica y de innovación tecnológica que da prestigio a la praxis médica.
6. Apoyo institucional. Sin el apoyo de los organismos de gestión sanitaria no se hubiera producido el asentamiento institucional del electroshock. Las administraciones financian y pro-pagan equipamientos para TEC con base en los axiomas de eficacia y seguridad, a su vez propagados por la biopsiquiatría.
7. Formación médica de los gestores sanitarios. Una visión fuertemente medicalizada de la asistencia sanitaria hace casi imposible un debate crítico en salud mental desde las propias instituciones.
8. Posición dominante de la psiquiatría biológica. Desde las universidades y unidades multidisciplinares para la formación de residentes hasta los centros asistenciales, esta posición permite modelar prácticas clínicas e influir y corregir actitudes resistentes (no prudentes) entre los profesionales.
9. Argumentos *ad hoc*. La TEC es defendida mediante argumentos éticos y científicos "a medida", cuya robustez es más aparente que real.
10. Mueve mucho dinero, implicando intereses industriales, profesionales y formativos.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1978). *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*. 2nd Ed. Washington, D.C: Author.

Andreasen, N. (1985). *The broken brain: The biological revolution in psychiatry*. New York: Harper & Row.

Avery, D. & Winokur, G. (1976). Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive therapy and depressants. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1029-1037.

Bentall, R.P. (2011). *Medicalizar la mente*. Barcelona: Herder.

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.

Chakrabarti, S., Grover, S., & Rajagopal, R. (2010). Electroconvulsive therapy: A review of knowledge, experience and attitudes of patients concerning the treatment. *World Journal of Biological Psychiatry*, 11(3), 525-537.

Crow, T. & Johnstone, E. (1986). Controlled trials of electroconvulsive therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 462, 12-29.

Fosse, R. & Read, J. (2013). Electroconvulsive treatment: Hypotheses about mechanisms of action. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 94-103.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Haslam, N. (2006). Deshumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 252-264.

Johnson, S., Sathiyaseelan, M., Charles, H., Jeyaseelan, V., & Jacob, K.S. (2012). Insight, psychopathology, explanatory models and outcome of schizophrenia in India: A prospective 5-year cohort study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 159.

Kvaale, P., Haslam, N., & Gottdiener, W. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33, 782-794.

Lam, D. C., Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (2005). An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of "mental illness". *Journal of Mental Health*, 14, 453-464.

Leiknes, K., Jarosh-von, L., & Høie, B. (2012). Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. *Brain and Behaviour*, 2, 283-344.

López, E. y Costa, M. (2012). Desvelar el secreto de los

Artículo en prensa

- enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 162-171.
- Lysaker, P. H., Erikson, M., Macapagal, K. R., Tunze, C., Gilmore, E., & Ringer, J. M. (2012). Development of personal narratives as a mediator of the impact of deficits in social cognition and social withdrawal on negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 290-295.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Videbech, P., Mortensen, P. B., & Rosenberg, R. (2007). All-cause mortality among recipients of electroconvulsive therapy: Register-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 435-439.
- National Institute of Care and Excellence (2009). *Guidance on the use of electroconvulsive therapy: Technology appraisal guidance TA59*. London, U.K: Author.
- National Institute of Clinical Excellence (2017). *Depression in adults: Recognition and management*. Recuperado de: <https://www.NICE.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance>.
- Paino, M., García, L., y Ordóñez, N. (2019). Tratamientos integrados multimodales en psicosis. En E. Fonseca (Coord.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 321-344). Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *Esquizofrenia y cultura moderna*. Oviedo: Ediuono.
- Pérez-Álvarez, M. & García-Montes, J. M. (2007). The Charcot effect: The invention of mental illnesses. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(4), 309-336.
- Rasmussen, K.G. (2009). Sham electroconvulsive therapy studies in depressive illness: A review of the literature and consideration of the placebo phenomenon in electroconvulsive therapy practice. *The Journal of ECT*, 25(1), 54-59.
- Read, J. (2004). Electroconvulsive Therapy. En J. Read, L. R. Moshier, & R. P. Bentall, *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. & Bentall, R. (2010). The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(4), 333-347.
- Read, J., Cunliffe, S., Jauhar, S., & McLoughlin, D. M. (2019). Should we stop using electroconvulsive therapy? *British Journal of Psychiatry*, 364, 1-3.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the mental illness is a illness like any other approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303-318.
- 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.
- Robertson, H. & Pryor, R. (2006). Memory and cognitive effects of ECT: Informing and assessing patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(3), 228-237.
- Rose, D., Wykes, T., Leese, M., Bindman, J., & Fleischmann, P. (2003). Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: Systematic review. *British Medical Journal*, 326, 1–5.
- Ross, C. A. (2006). The sham ECT literature: Implications for consent to ECT. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8(1), 17.
- Sackeim, H. A., Prudic, J., Fuller, R., Keilp, J., Lavori, P. W., & Olfson, M. (2007). The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacology*, 32, 244–254.
- Sanz-Fuentenebro, F.J. (2018). Características del estímulo en terapia electroconvulsiva. Una revisión pragmática. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 36-47.
- Sanz-Fuentenebro, F.J., Vera, I., Verdura, E., Urretavizcaya, M., Martínez-Amorós, ... Bernardo, M. (2017). Patrón de uso de la terapia electroconvulsiva en España: Propuesta para una práctica óptima y acceso equitativo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 87-95.
- Seniuk, P. (2018). I'm shocked: informed consent in ECT and the phenomenological-self. *Life Sciences, Society and Policy*, 14(5), 1-19.
- Smith, M., Vogler, J., Zarrouf, F., Sheaves, C., & Jesse, J. (2009). Electroconvulsive therapy: The struggles in the decision-making process and the aftermath of treatment. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(9), 554-559.
- Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (2018). *Consenso español sobre terapia electroconvulsiva*. Madrid: autor.
- Sterling, P. (2000). ECT damage is easy to find if you look for it. *Nature*, 402, 242.
- UK ECT Review Group (2003). Efficacy and safety of ECT in depressive disorders. *Lancet*, 361, 799-808.
- 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.
- Weiner, R. (1984). Does ECT cause brain damage? *Behavioral and Brain Sciences*, 7, 1-53.