

Una contribución propositiva a la discusión sobre la Terapia Electro Convulsiva

Carlos Pérez Soto

Profesor de Estado en Física

1. He seguido con enorme interés la discusión que se produjo en el Foro de Facebook “Movimiento por el Derecho a la Salud Mental” luego de la publicación de un aviso que invita a apoyar el *Día Internacional contra el Electroshock* (16 de Mayo).

Psiquiatras y Psicólogos que, como participantes de ese Foro, debemos imaginar progresistas, interesados en la salud de sus pacientes, y de motivaciones muy probablemente positivas, se han pronunciado tanto a favor como en contra de la Terapia Electro Convulsiva (TEC), en una forma relativamente agresiva, que ciertamente no es la más adecuada para una discusión seria y, sobre todo, útil, respecto al asunto. Incluso, un destacado psiquiatra, profundo conocedor, y declarado adherente, de la psiquiatría democrática italiana, y de la psiquiatría crítica inglesa, no ha encontrado una forma mejor de intervenir que reírse francamente, ridiculizando a los críticos de esta terapia, reduciendo la discusión al grado cero de su utilidad, sin aportar ni moderación, ni argumentos, ni a favor del uso de la TEC, ni en contra de los que la critican, absteniéndose de comunicar y aportar su propia experiencia al respecto, para tratar de avanzar en el debate.

¿Es la técnica TEC sólo motivo de oposición enconada o defensa autoritaria? Los críticos, desgraciadamente, argumentan poco. Los defensores, desgraciadamente, sólo presentan como argumento polémico lo que declaran a priori como “ignorancia” de los avances y bondades alcanzadas, “ignorancia” de que el uso quizás abusivo del *electroshock* (ya, supuestamente en el pasado) difiere de manera sustantiva del uso, ahora plenamente racional de la TEC, de la que se afirma que difiere práctica y conceptualmente de la técnica anterior. Esta alegada “ignorancia” de los opositores, ¿es algo más que un argumento de autoridad? La enconada denuncia de los críticos ¿está basada simplemente en el desconocimiento? ¿Se pueden invocar argumentos razonables en favor de sus dudas?

2. La contribución que quiero hacer aquí procura desmarcarse de una discusión en blanco y negro y, con mucho mayor razón, de una discusión que podría (por razones que no logro imaginar) parecer graciosa. El punto fundamental es este: antes que argumentar en torno a un uso o no uso en términos absolutos de un procedimiento que, en buenas cuentas no es sino una técnica más, buena o mala, voy a tratar de establecer *límites para su aplicación*, distinguiendo casos y casos, y formulando argumentos sobre todo en el sentido de la prudencia y la prevención médica general.

Me interesa este procedimiento sobre todo porque en la discusión entre profesionales relacionados con la salud mental que se ubican en el campo progresista he observado una tendencia, casi siempre implícita, a defender el uso de la TEC en casos extremos, como la depresión profunda o la esquizofrenia. Nadie parece defender un uso indiscriminado, para cualquier grado o tipo de alteración del comportamiento. Desgraciadamente, sin embargo, estos defensores omiten especificar para qué casos sí se opondrían a su aplicación. Y con esto, por supuesto, dan la impresión a los opositores de que lo que buscan es simplemente una imposición terapéutica amplia, al “viejo estilo autoritario” que probablemente ellos mismos criticarían.

Estableciendo, como punto de partida, y como metodología para una discusión racional, que mis argumentos no apuntan ni a una crítica general, ni a una prohibición general de la TEC, la cuestión queda entonces limitada a los siguientes aspectos.

Respecto de la TEC misma:

- ¿en qué casos corresponde y es adecuado aplicarla?;
- ¿qué casos deberían excluirse, por prudencia, en principio?;

- ¿qué cuidados imprescindibles requeriría su eventual aplicación (cuidados sin los cuales simplemente habría que excluirla)?;

En los casos en que su aplicación es plausible:

- ¿es la mejor terapia, (en términos de seguridad, mejoría, costo, pronóstico)?

- ¿hay prácticas terapéuticas alternativas que sean preferibles (en esos mismos términos)?

Es decir, en resumen, lo que propongo es una discusión propiamente “médica”, o “clínica”, o “técnica”, aunque, por muchas razones, dichos términos no me parecen adecuados considerando la importancia de lo que está en juego.

O, para ser más explícito, lo que propongo es *no* partir por los posibles aspectos éticos involucrados en una práctica que ciertamente tiene “mala fama”, puesto que esa mala fama podría estar fundada en errores de apreciación respecto del fondo médico en cuestión, y operar como estigma entre los que se oponen a su uso.

Por supuesto, creo que hay importantísimos aspectos éticos que deben ser discutidos, y todos debemos aceptar que hay poderosos e impactantes antecedentes empíricos que hacen urgente que los profesionales involucrados se pronuncien sobre ellos. Lo que sostengo es que, por una cuestión de prudencia argumentativa, por una cuestión de metodología elemental en cualquier discusión, esos aspectos éticos deben aparecer como resultados de la discusión empírica y conceptual sobre el tema, y no operar como premisas (prejuicios) que predisponen a favor o en contra del uso de la TEC.

3. Considerando lo anterior como definición sobre mi propósito y procedimiento es bueno considerar, antes de formular objeciones generales, dos cuestiones empíricas que, creo, son difícilmente discutibles.

La primera es que la terapia llamada propiamente “*electroshock*”, desarrollada por Ugo Cerletti y otros desde 1938, fue usada sin una fundamentación adecuada, de manera manifiestamente abusiva, causando profundos daños a miles y miles de personas, la mayoría de ellos ancianos, mujeres o negros, la enorme mayoría pobres, sin amparo legal o médico adecuado.

La segunda es que la llamada “*Terapia Electro Convulsiva*” es un desarrollo de la anterior que contiene muy importantes modificaciones, tanto en la técnica misma como en el contexto en que se recomienda aplicarla. Modificaciones que permiten, al menos empíricamente, distinguirla claramente aunque, en principio, mantenga la idea original, la racionalización original de su uso, el modo general de su aplicación y contenido, y el campo terapéutico para el que fue formulada.

Entre las modificaciones más importantes, que distinguen a una de la otra, hay que mencionar el importante cambio en las intensidades y voltajes eléctricos aplicados, el protocolo que obliga a que su administración sea efectuada bajo anestesia, el cambio de corriente continua (que puede producir quemaduras) a corriente alterna (que es más fácilmente controlable), el cambio, después de mucho ensayo y error, de los lugares del cráneo en que es aplicada, y el cambio de la duración y frecuencia de sus aplicaciones.

Es importante, sin embargo, señalar también las continuidades entre una técnica y la otra. Se mantiene la idea general de que se trata de una terapia de shock, aunque la intensidad, duración y frecuencia de estos “choques” se haya cambiado. Se mantiene la idea general de que se puede usar en una muy amplia gama de cuadros clínicos, de que sería relativamente inocua, y de que su uso se justifica sobre todo en cuadros y situaciones extremas. Se mantiene la idea general de que su acción estaría fundada en la capacidad de la corriente eléctrica aplicada para modificar el régimen interno, neurológico, del cerebro, aunque se ha pasado de una explicación clásica que ponía énfasis en la presencia de actividad eléctrica en las neuronas (una corriente eléctrica que se superpone y “corrige” el mal funcionamiento de otra), a las actuales explicaciones basadas en la acción de los

neurotransmisores (la corriente eléctrica cambiaría la proporción y abundancia de los neurotransmisores presentes o, al menos, la capacidad de las neuronas de emitirlos o recapturarlos).

Teniendo en cuenta, entonces, estas diferencias y continuidades, la discusión siguiente, que es la que me parece más útil, trata sólo de la segunda técnica terapéutica (la TEC), de sus eventuales fortalezas o debilidades, y no de la primera (el electroshock).

Debo ser explícito, y advertir claramente el sentido de esta diferenciación que reconozco y acojo como punto de partida. Considero que el *electroshock* fue, y donde aún se aplique, *es* una práctica terapéutica nociva, aplicada en general de manera abusiva y autoritaria, sin un fundamento clínico suficiente, que provoca graves daños a las personas, y que debería ser explícita y tajantemente prohibida. Estoy dispuesto en cambio a discutir, de la manera más práctica y útil posible, sin anteponer reparos éticos a priori, sobre la eventual utilidad y conveniencia de la *Terapia Electro Convulsiva* en la medida, por supuesto, que su práctica se atenga a las modificaciones y cuidados que sus propios defensores han establecido, reconociendo con ello, tras una larguísima y horrorosa lista de precedentes, los peligros que representaba su formulación original.

4. Las objeciones epistemológicas más importantes que se pueden presentar en contra del uso de la TEC provienen en primer lugar de la extrema debilidad de su fundamento conceptual.

A pesar de las apariencias, y del gran esfuerzo que se emplea en dar la impresión contraria, simplemente no hay teorías explicativas aceptables que permitan entender sus efectos desde su operación misma sobre las neuronas. Curiosamente, hasta las personas comunes y corrientes pueden *sospechar* el porqué de esos efectos y, sin embargo, resulta enormemente complicado, y hasta hoy simplemente imposible, observar directamente, o mostrar de maneras científicamente aceptables, los mecanismos neuronales que los producirían.

Invito, tanto a defensores como a opositores, a que revisen los tratados y artículos científicos más oficiales y certificados, los textos más recientes, para que constaten la insólita frecuencia con que psiquiatras y neurólogos especializados en investigación describen el origen de los efectos de la TEC con frases del tipo “de alguna manera” (se reordena la cantidad o proporción de los neurotransmisores), “de algún modo” se interrumpen, o se “reconectan” (los circuitos neuronales que producen las alteraciones del comportamiento), o “se produce un *reseteo*” (de las funciones neuronales, y de sus contenidos psicológicos asociados).

Se trata de expresiones no sólo abiertamente vagas, sino que, lo que es más grave, que refieren a términos simplemente inobservables. Hasta el día de hoy no existe absolutamente ninguna técnica de observación del sistema nervioso que permita observar directamente:

- cantidades o proporciones de presencia o ausencia de neurotransmisores determinados;
- modos de interacción entre neurotransmisores en un cerebro real y operando;
- funciones psicológicas asociadas a neurotransmisores determinados;
- circuitos neuronales específicos, que ejerzan funciones psicológicas específicas.

Es importante además, aunque recordarlo debería ser considerado como levemente insultante, advertir que las hipótesis sobre procesos que no pueden ser observados directamente NO se pueden confirmar a través de sus consecuencias. Si las neuronas bajo el efecto de la TEC se “resetean”, entonces el paciente debería remitir sus síntomas; pero el hecho de que el paciente remita sus síntomas NO significa que las neuronas se hayan “reseteado”. Este razonamiento, que aparece en cualquier manual elemental de lógica, se llama “falacia del consecuente”. Es sorprendente, y debería causar rubor, la increíble frecuencia con que aparece en las teorías neurológicas y psiquiátricas sobre el funcionamiento del sistema nervioso.

Mucha propaganda, mucho periodismo aparentemente científico, muchas promesas vagas, muchos “estamos a punto de descubrir” o “en un futuro cercano se podrá observar” pero ninguna, absolutamente ninguna, observación directa y diferenciada de correlaciones entre actividad neurológica y actividad psicológica, o de significación psiquiátrica.

Por supuesto, nadie ha logrado ofrecer una caracterización ni siquiera medianamente plausible de qué significado neurológico que tendría el curioso “reseteo” que produciría la TEC, idea que se presenta, sin embargo, como el principal concepto explicativo de su acción.

Desde luego, para una acción médica racional, esta debilidad en su fundamento es altamente preocupante. Tal como no sabemos de manera directa y observable porqué la TEC puede ser beneficiosa para un paciente (sólo tenemos teorías que aunque parezcan plausibles, carecen de apoyo empírico directo, interno), tampoco, precisamente por la misma razón, sabemos de dónde surgen sus constatables efectos nocivos secundarios. O, para decirlo de manera aún más directa, tal como no podemos evaluar de manera previa y racional sus eventuales beneficios, tampoco podemos asegurar, de manera previa y directa, la magnitud de los eventuales daños que podría causar.

5. La debilidad de su fundamento conceptual, sin embargo, es “*sólo preocupante*”. La historia de la psiquiatría muestra de manera muy amplia y reiterada que los psiquiatras no suelen retroceder ante semejantes temores. Como casi todas las técnicas usadas en la psiquiatría de orientación médica, la defensa del uso de la TEC se funda de manera muy habitual y general en sus efectos, dejando para un proceso que estaría en pleno desarrollo y “muy pronto a culminar”, la explicación desde su fundamento neurológico.

Supongamos que esta práctica, que a pesar de su generalidad y reiteración está muy lejos de ser “*sólo preocupante*”, sea aceptable. La discusión tendría que situarse entonces en la evaluación de esos efectos. Obviando, claro está, el hecho de que esa evaluación se hace sobre hechos ya consumados: terapias ya aplicadas, a pesar de su falta de fundamentación. Aplicadas sobre personas que, con sus mejorías eventuales hacen un gran aporte a la ciencia y a futuros pacientes (y con los desgraciados efectos no deseados sobre *sus* cuerpos, *sus* mentes y *sus* vidas, nos ayudan a no repetir *nuestros* errores...). Pero, por ahora, pasemos por alto esa desgraciada circunstancia “*meramente ética*”, argumentemos sobre los efectos ya observados.

En el puro plano de los efectos, lo primero que hay que observar es que nadie defiende la idea de que la TEC sea una técnica que *CURE* los males para los que se administra. Actualmente, a pesar de clásicos y documentables cantos de victoria, nadie se atreve a afirmar que la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar, o el déficit atencional se puedan *curar* con su aplicación. Cada vez que pacientes diagnosticados con estos males presentan importantes mejorías en sus síntomas se les declara simplemente “en remisión”. Y se recomienda expresamente su vigilancia diagnóstica ante eventuales recaídas. Aún más, cuando recaen, como “parece lógico”... se les vuelve a aplicar el mismo tratamiento.

Podríamos aceptar esta práctica, y es lo que habitualmente se reconoce, si aceptamos que, en realidad el uso de la TEC no tiene fines *curativos* sino meramente *preventivos*. Cuando observamos que los pacientes, en una proporción enorme, suelen recaer en sus estados anteriores, estamos autorizados a dudar de ese efecto preventivo. Pero entonces nos dicen que las eventuales recaídas son menos frecuentes y menos intensas, y que eso ya justificaría su aplicación.

El estado, hasta aquí, de la discusión, sin embargo, nos permite concluir algo importante: la TEC no se usa propiamente para el cuadro basal que sería el origen del trastorno (aunque, sin que sepamos cómo, actúe sobre él), sino, en realidad, para *paliar* los efectos más graves o más dañinos

que derivan de ese cuadro. El uso de la TEC no es *curativo*, y es dudosamente *preventivo*. En realidad su principal justificación proviene del efecto *paliativo* que tendría sobre los síntomas.

Es necesario ser más explícito en torno a la duda de que tenga realmente un efecto preventivo. Si un paciente está diagnosticado de depresión, o de esquizofrenia, una intervención realmente preventiva, debería (1) curarlo y (2) evitar que recaiga en el futuro. De esta manera, por ejemplo, se dice que la mezcla de mejor alimentación y antibióticos que se aplica para la tuberculosis es realmente preventiva.

Pero, aún en el caso de que no haya curación, se suele aceptar que un tratamiento preventivo tendría que (1) lograr remitir los síntomas y (2) evitar que se presenten en el futuro. La crucial diferencia entre la primera y la segunda situación es que en esta última no hay realmente prevención de la causa basal, sino más bien prevención *de los efectos de los efectos*: se opera *sobre los síntomas* para que *las consecuencias de su aparición* no sean nocivas.

El ejemplo más invocado en el caso de la TEC es que podría prevenir el suicidio de los pacientes afectados de depresión mayor. Es muy importante, sin embargo, notar que el suicidio no es un síntoma del cuadro depresivo, sino una consecuencia de los síntomas. Es obvio que evitando la manifestación de los síntomas evitamos esta consecuencia indeseable. Lo que es importante retener, sin embargo, es que hemos operado sobre los síntomas, no propiamente sobre la depresión como tal. Salvo, claro, que nos acojamos a una definición extremadamente conductista de la depresión, un curioso modelo que los psiquiatras y neurólogos suelen aceptar sin más a pesar de que los psicólogos, que lo crearon, lo han abandonado hace décadas.

El resumen de la discusión inmediatamente precedente es el siguiente: la TEC es una terapia *paliativa*, que opera *sobre los síntomas* de los cuadros que trata, logrando, eventualmente, evitar sus consecuencias más extremas.

6. Avancemos. Aceptemos que el uso de la TEC como paliativo de los síntomas más graves de las alteraciones psiquiátricas es, en principio, necesario, sobre todo cuando consideramos la gravedad posible de las consecuencias de esos síntomas. De hecho, cuando se discute con los defensores de la TEC las situaciones extremas son las más invocadas: el eventual suicidio de los depresivos, la agresividad de los esquizofrénicos, la peligrosidad potencial de las personas bipolares (“un peligro para sí mismos, y un peligro para los demás”).

Si esto es así, la cuestión siguiente es de qué modo opera esa acción paliativa. Considerando sus usos más habituales, es posible distinguir dos razones, claramente distintas, para su aplicación: (1) como modo de *contención* de cuadros disruptivos difícilmente controlables, la famosa idea del “brote psicótico”; y (2) como modo para producir la *re-activación* psicológica y conductual de personas en estados depresivos extremos.

Es importante notar que en las argumentaciones en torno a estos usos siempre el uso para lograr *contención* se asocia a la manifestación de la disrupción psicótica en forma de *violencia* del afectado contra sí mismo o contra los demás; y, de manera paralela, la necesidad de una *re-activación* del deprimido, ya sea para sacarlo de un *estado catatónico* o ante la posibilidad del *suicidio*, directo, abrupto, o en forma de autoagresión lenta, como dejar de comer, o “dejarse morir”. *Contener la violencia, evitar el suicidio*. Es necesario, es humano, suele ser urgente e imperioso. Los defensores de la TEC siempre invocan estos extremos: la necesidad, la urgencia, el carácter imperioso de la intervención.

Si aceptamos hasta aquí provisoriamente sus argumentos podemos avanzar ya a algunas conclusiones extremadamente importantes desde un punto de vista clínico sobre el uso de la TEC en general.

a) se trata de una técnica riesgosa, que carece de una teoría explicativa fundada de manera satisfactoria, por lo que la evaluación de su posible eficacia sólo puede fundarse realmente en sus efectos;

b) la falta de esa teoría explicativa directa, las innumerables y graves evidencias de los daños producidos por su forma original de aplicación, obligan a aplicarla sólo en las formas atenuadas y estrictamente controladas que recomiendan los protocolos actuales;

c) no se puede, de una manera realmente fundada, prever sus posibles efectos dañinos o adversos en términos neurológicos, psicológicos o sociales, los que sólo podrán ser evaluados en la medida en que empiecen a aparecer de manera ostensible;

d) a pesar de estas dificultades, debido a sus efectos sobre los síntomas, que se han observado muy ampliamente, parece aceptable aplicarla en casos de cuadros o estados psiquiátricos extremos.

Entre estas conclusiones la tercera es bastante grave. La dificultad para evaluar el daño neurológico acumulativo, que no puede ser observado de manera directa, o a través del comportamiento, hasta que ha alcanzado niveles de gravedad que no son aceptables; la dificultad para controlar el daño psicológico que, en términos de autoimagen o auto estigmatización, o social, en términos de estigmatización por sus pares, o cercanos, hace que se deba tener aún más prudencia en su aplicación.

7. Pero, si logramos un consenso en torno a esa prudencia, en términos prácticos deberíamos aceptar que se trata de una técnica que sólo es recomendable en casos o estados extremos o graves de un cuadro psiquiátrico. Haciendo una enumeración provisional, como ejemplos: sólo en depresión mayor, sólo ante un brote psicótico, sólo en casos de esquizofrenia activa y fuertemente disfuncional.

Este mismo consenso entonces debería permitir, de manera razonable, su formulación en términos inversos. La TEC debería, por tratarse de una técnica riesgosa y potencialmente peligrosa, estar directamente contraindicada en los siguientes casos:

- embarazadas;
- menores de edad;
- cuadros psiquiátricos moderados o leves;
- adultos mayores;

De la misma manera, entre profesionales responsables, preocupados de manera real y seria por el bienestar de sus pacientes, debería prohibirse formalmente la TEC aplicada *SIN* las condiciones que expresamente recomiendan los especialistas más prudentes:

- anestésicos, y asistencia directa de un anestesista;
- ambiente clínico adecuado;
- dosis de duración y periodicidad adaptadas al control directo y personalizado del paciente;
- asistencia de enfermería y rehabilitación kinesiológica (eventual);
- supervisión neurológica y psiquiátrica directa y presencial;
- apoyo psicológico paralelo permanente;
- revisión médica general previa y a posteriori.

No está de más recordar que las condiciones en que se encuentran los servicios de salud reales muchas de estas indicaciones, que son necesarias de manera imperativa para el cuidado y la protección del paciente ante posibles daños, *NO* se cumplen. Las condiciones reales suelen convertir a los protocolos médicos mejor intencionados en conjuntos de cláusulas vacías, que se cumplen de manera tramposa o simplemente no se cumplen, sin que haya una protección y defensa real para los afectados. Operaciones tramposas que, sin embargo, frecuentemente son dictadas y realizadas por profesionales plenamente conscientes, a veces movidos por un sentido de urgencia, otras

simplemente por un descuido o una irresponsabilidad que no cuenta con ningún reverso. Un descuido, una irresponsabilidad médica de la que es desgraciadamente muy fácil resultar impune.

El sentido práctico de este comentario sobre el ejercicio real de la atención en salud no es sólo traer la discusión nuevamente a un plano ético moral. No, el sentido práctico es que el régimen de “*contra indicado*” no es realmente adecuado para prácticas que son potencialmente muy riesgosas, y para daños que tan fácilmente pueden quedar impunes. En realidad cualquier médico podría, con un mínimo esfuerzo, avalar “*técnicamente*” una aplicación terapéutica que ha causado un daño grave, a pesar de que estaba “*contra indicada*”.

Es por eso que creo que el consenso sobre la TEC debe formularse en términos mucho más taxativos: en cada uno de los casos que he enumerado debería estar *simplemente prohibida*, y deberían formularse claramente las consecuencias de la violación de esa prohibición.

Nuevamente, aunque sea redundante, para que avancemos, enumeraré los casos en que sostengo que debería lograrse su *prohibición*:

- embarazadas;
- menores de edad;
- adultos mayores;
- cuadros psiquiátricos moderados o leves;
- condiciones de aplicación que no reúnan de manera clara todos los requisitos que requiere el protocolo actual de su aplicación. (Es importante notar que esta cláusula implica, por sí sola, prohibir el *electroshock* en su forma clásica).

Estoy perfectamente consciente de que estos límites, dictados en calidad de prohibición, reducirían drásticamente la cantidad de TEC que actualmente se aplican. Espero que el cuidado y la prudencia muevan a sus defensores a este consenso. Espero sinceramente que no se limiten a argumentar que a pesar de los riesgos es preferible aplicarla, *¡incluso en estos casos!*, “antes que no hacer nada”.

8. Una vez más advierto y recuerdo que el sentido general de mi argumentación NO es prohibir la TEC. Debe quedar perfectamente claro ya, en cambio, y debo ser explícito en eso, que mi estrategia es limitarla a los casos en que su aplicación pueda ofrecer al paciente garantías de mejoría, de seguridad, y de mínimos y tratables daños secundarios.

También, el sentido de mi argumentación es que se debe procurar respetar dos viejísimos preceptos de la ética médica: “*no dañar*” y, para lograrlo, el principio de “*prevención general*”. El primero obliga a hacer un cuidadoso balance entre los efectos positivos y dañinos que toda intervención médica contiene de manera *que los beneficios sean claramente mayores que los daños*. El segundo obliga a no someter al paciente a *riesgos innecesarios*, o que no se puedan evaluar de una manera confiable, es decir, riesgos que hagan imposible realizar de manera real el cálculo anterior.

Es en virtud de estos principios que creo que el consenso que puede haberse alcanzado en torno a los límites establecidos en el punto anterior puede ampliarse, aunque sea ahora aceptando el régimen, desgraciadamente débil de las “*contra indicaciones*”.

Si los defensores de la TEC sostienen que opera directamente sobre los niveles y modos de acción de los neurotransmisores que, por desgracia, es inobservable de manera directa, deberían aceptar también que esa acción puede interferir con la operación de los fármacos psiquiátricos que se utilizan para los mismos efectos.

No es difícil darse cuenta de que, si en cada una de estas técnicas el efecto real sobre los neurotransmisores contiene grados muy amplios de incertidumbre, que en el estado actual de la investigación neurológica no permiten sino hipótesis muy generales, el riesgo de una (la TEC) podría

verse agravado al interferir con la otra (la administración de fármacos psicotrópicos). Con el agravante adicional de que esta posible interacción negativa es muy difícilmente discernible. Es decir, ante un efecto abiertamente dañino sobre el paciente, no habría manera de saber si su origen está en una técnica, en la otra, por separado, o en la interacción entre ambas.

Ante esto, sostengo que la TEC debería estar *fuerte y directamente contraindicada* en:

- pacientes sometidos a tratamiento farmacológico intenso;
- pacientes con tratamiento farmacológico muy largo (que hagan presumible la presencia de algún grado de daño neurológico acumulado);
- pacientes a los que se les ha suspendido o cambiado de forma importante su medicamentación psiquiátrica (es decir, en que sea presumible que sufren efectos de resaca).

9. Si el tenor de los argumentos anteriores, motivados por el principio de prevención general, es prohibir en unos casos o dictar una contra indicación expresa y directa en otros, la consecuencia lógica es que las recomendaciones terapéuticas en cada uno de esos ámbitos deberían encausarse radicalmente a buscar y ejercer alternativas a la TEC. No estoy diciendo con esto nada alarmante. Existen de hecho, se practican con éxito, muchas formas terapéuticas alternativas *para esos casos*.

La discusión específica sobre la TEC entonces debería reducirse a los casos en que sus mejores defensores la consideran imprescindible. Como he argumentado en un punto anterior, estos casos parecen reducirse a las siguientes situaciones extremas:

- la depresión mayor o profunda
- la esquizofrenia en un estado de disrupción permanente.

Como no estamos tratando con una técnica propiamente curativa o preventiva, su uso más prudente sólo tiene sentido en estas situaciones extremas, es decir, ante las consecuencias indeseables o dañinas de sus síntomas más graves. Sostengo que estos usos son en su fundamento sólo de dos tipos: contener la violencia surgida de una psicosis aguda, re-activar en un cuadro de depresión aguda.

Realmente no se ve por qué razón tendríamos que aplicar una terapia riesgosa y débilmente fundada si los efectos que estamos tratando de paliar son leves o inofensivos. Aún en el caso de que esos efectos no sean deseables, probablemente encontraremos medios alternativos menos dramáticos y mucho más inocuos para paliarlos.

Es necesario ser más explícito en esto. Si la depresión mantiene al paciente en un estado de tristeza y decaimiento general que no lo inhabilita totalmente, aunque le cree constantes dificultades, la mejor opción no es la TEC. Hay una infinidad de medidas profilácticas alternativas que pueden ayudarlo, e incluso reponerlo totalmente. Por otro lado, si los delirios y alucinaciones de un paciente esquizofrénico lo mantienen en un equilibrio moderado y relativamente tranquilo con los que lo rodean, nuevamente, no se ve por qué tendríamos que aplicar medidas extraordinarias para sacarlo de ese equilibrio. La tristeza, incluso la tristeza sistemática, NO equivale a depresión. Los cambios de humor, incluso frecuentes y agudos, NO equivalen a “enfermedad” bipolar, las alucinaciones y delirios NO tendrían por qué, por sí mismos, equivaler a esquizofrenia. Al menos los psiquiatras y psicólogos que se consideran progresistas porque ya se han hecho cargo de las críticas ante la estigmatización que producen los diagnósticos psiquiátricos, deberían estar de acuerdo con esta prudencia.

Es importante notar que este razonamiento implica que la “gravedad” de un trastorno psiquiátrico no consiste propiamente en la *diferencia*, incluso radical, que el afectado pueda presentar respecto de los patrones de comportamiento común. La enorme variabilidad que presenta el

comportamiento humano, por un lado, y el respeto general al derecho a la diferencia, incluso a la diferencia radical, exigen que los diagnósticos que presumen de científicos y médicos no sean simples etiquetas que permiten la estigmatización y la discriminación.

Si esto es así, entonces, el uso de la TEC se podría justificar no ante el trastorno (o lo que hemos convenido en etiquetar como trastorno) por sí mismo, sino por la eventual “*gravedad*” de su evolución, y el parámetro objetivo de esa gravedad no puede ser sino el daño objetivo que pueda representar para el paciente o para su entorno.

Es por eso que todo el uso de la TEC en otros trastornos del comportamiento en realidad pueden reducirse a los dos que he enumerado: *contener la violencia, re-activar la depresión*. Tanto el uso de la TEC en el trastorno bipolar, como en los casos de adicción a drogas, o de los estados catatónicos, se reduce en esencia a esos dos propósitos. Es interesante constatar que, examinada la literatura que se publica en su defensa, en realidad nadie pretende darle a la TEC ningún otro uso que no se pueda reducir fácilmente a estos dos.

10. Abandonemos pues el espacio del consenso que he procurado hasta aquí, y que puede ser reconocido ampliamente como razonable y entremos más directamente a la polémica.

Hasta aquí he buscado argumentar en torno a consensos de los que surjan límites que puedan ser aceptados por la mayoría. Ahora argumentaré, sin necesariamente buscar ese consenso, más allá de esos límites, en contra de los usos en que la TEC podría aparecer como recomendable.

En el primer caso, la contención de las posibles consecuencias violentas de los síntomas en el curso de un cuadro psiquiátrico, es necesario reconocer que una intervención de este tipo, cuya lógica, a pesar de las modificaciones introducidas, sigue siendo la de un *shock*, puede ser vista como *aversiva*.

Si no hay una teoría clara y contrastable sobre el efecto determinado y preciso del shock eléctrico sobre el régimen de funcionamiento de las neuronas, si tampoco hay una teoría satisfactoria sobre ese efecto neuronal (cuyo carácter en realidad desconocemos) y el estado subjetivo y conductual del paciente, las hipótesis formuladas en torno a su acción no son en realidad distinguibles entre sí. Hay tanto apoyo empírico a favor de una hipótesis que nos habla de cambios en las neuronas como de otra que nos dice que los efectos sobre la conducta del paciente se deben simplemente al temor que le produce ser sometido nuevamente, y de manera recurrente, a una práctica que le resulta intensamente molesta y dolorosa. ¿”Reseteo” neuronal o condicionamiento aversivo de tipo conductista?: en rigor las teorías y evidencias disponibles no permiten distinguir entre una respuesta y la otra.

Consignemos, sin embargo, el siguiente agravante: las posibles evidencias de que estamos ante un simple condicionamiento aversivo son directas, claramente observables, y no requieren de ninguna teoría sofisticada; las evidencias para una explicación neurológica alternativa se construyen a partir de teorías muy sofisticadas y difícilmente contrastables de manera directa. En la lógica científica esta disyuntiva debería obligar a aplicar la famosa “navaja de Occam”: la explicación más simple y directamente observable debería imperar sobre la más sofisticada y menos observable. Desgraciadamente, sin embargo, la historia de la psiquiatría de orientación neurológica no ha sido nunca el mejor campo para el ejercicio de una lógica tan elemental.

Si formulamos el argumento anterior de la manera más moderada posible, el resultado es el siguiente: la aplicación de la TEC como forma de contención de los síntomas y sus consecuencias *podría* ser simplemente aversiva. La discusión siguiente, desde luego, tendría que versar sobre la conveniencia, el riesgo y la utilidad de los procedimientos aversivos en psiquiatría. Antes, incluso, de preguntarse por sus aspectos éticos.

Sostengo que, si nos atenemos seriamente a esa discusión, debería reconocerse que la aplicación aversiva de un procedimiento riesgoso y débilmente fundamentado es doblemente objetable. Tanto en términos puramente médicos, como en términos éticos, debería ser imperioso buscar alternativas. O, dicho esto mismo de otra manera: debería ser claro que el riesgo que conlleva su aplicación no compensa los beneficios posibles.

Por supuesto toda intervención médica conlleva riesgos. El asunto no es encontrar una forma de contención que sea absolutamente inocua. Por un lado, la contención de esos estados extremos es necesaria, por otro lado, tratándose de estados violentos, probablemente no haya un modo que sea completamente inocuo. El asunto práctico, en realidad es encontrar los medios que representen menos daños potenciales, y que se mantengan dentro de límites éticos aceptables. Puestas las cosas en esos términos, la TEC no parece ser la técnica más eficiente y menos riesgosa.

Por supuesto, sus defensores replican habitualmente en este punto que la TEC no representa ningún riesgo importante de daño para el paciente, y buscan con ello diferenciarse de la mala fama de su predecesora, el electroshock. Es importante entonces hacer una consideración sobre el tipo de daño que podría producir, y sus características.

Es un saber ampliamente aceptado que el modo de funcionamiento del sistema nervioso implica la circulación de corrientes eléctricas de baja intensidad, y que dicha circulación está regulada por cientos de neurotransmisores, que actúan de maneras fuertemente no lineales entre sí, y de modos que no están completamente claros hasta el día de hoy y que, como he reiterado, no son observables hasta hoy de manera directa. Sabemos también, desde hace muchos siglos, que el equilibrio que habitualmente tiene ese funcionamiento puede ser alterado por sustancias relativamente inocuas, en dosis bastantes bajas, como el alcohol, la cafeína, el THC de la marihuana. Sabemos actualmente, por la observación (directa) del régimen de irrigación sanguínea, y por la observación (indirecta) de niveles de mielinización, que el cerebro puede recibir daños microscópicos día a día, y que tiene una capacidad relativa para lograr su reparación. Sabemos, igualmente desde hace siglos, que los procesos de recuperación del equilibrio funcional del cerebro tras algún desequilibrio inducido conllevan efectos psicológicos y sobre el comportamiento a los que habitualmente llamamos “resaca”.

Frente a estos saberes, generalmente aceptados y aceptables, no tenemos, en cambio, hasta el día de hoy, formas realmente confiables de evaluar los daños neuronales acumulativos paso a paso, es decir, cuando la acumulación del daño es todavía menor. O, también, los medios de que disponemos para su posible evaluación pueden ser, ellos mismos, causa de importantes daños. Todo el mundo entiende que hacer una radiografía de rayos X para evaluar una quebradura de huesos es necesario e inocuo. Nadie recomendaría, sin embargo, hacer esa evaluación de manera diaria para ver la evolución del cuadro paso a paso: la radiografía misma produciría un daño inaceptable, mayor que el que se quiere monitorear. De la misma manera, los medios más avanzados de observación del sistema nervioso (la resonancia magnética nuclear y la tomografía de positrones) conllevan importantes dosis de irradiación electromagnética, o de exposición radioactiva que hacen directamente contraindicada su aplicación frecuente. En un mundo en que la Comisión Médica del Parlamento Europeo recomienda no permitir el uso de celulares a los niños, por el riesgo que representa su radiación electromagnética de muy baja intensidad para el funcionamiento del cerebro, es obvio que deberíamos estar muy preocupados si nos aplicaran una resonancia magnética ni más ni menos que directamente al cerebro cada día... o cada vez que nos aplica una TEC.

La conclusión de esta consideración es la siguiente: no tenemos ningún modo de evaluar el daño neurológico microscópico que las corrientes eléctricas aplicadas en la TEC presumiblemente producen. La acumulación de ese daño sólo se hace realmente evaluable cuando ha alcanzado niveles que están claramente más allá de la capacidad de restauración neuronal observada en el cerebro. Y

sólo se hace evaluable de manera práctica, además, a través del diagnóstico neurológico y psicológico externo, es decir, cuando el daño ha alcanzado ya una manifestación que para el paciente es disfuncional o no deseable.

Y tenemos evidencias directas que nos permiten sospechar este problema: a pesar de todos los cuidados y las modificaciones, es cotidiano observar que la aplicación de la TEC produce amnesias, movimientos involuntarios, pérdida del control de la motricidad fina, temporales. Desde un punto de vista externo y general, salvo en casos *lamentablemente* (!) señalados, estos efectos temporales remiten, y el paciente vuelve a la normalidad en lapsos relativamente breves. Al menos para la observación exterior. No tenemos ningún modo, sin embargo, de evaluar si el daño neurológico interno que ha producido esos síntomas realmente ha remitido, si se ha acumulado en alguna medida importante, ni si tendrá efecto sobre otros sistemas regulados neurológicamente pero de más difícil observación.

Si el uso es aversivo, si hay alternativas con menos grado de impacto neurológico, la TEC debería simplemente estar contra indicada. Por un lado, nunca debería ser la primera alternativa terapéutica. Por otro lado, su uso debería ser extremadamente poco frecuente, reservado sólo para las situaciones más extremas, es decir, deberían estar severamente contra indicado su uso periódico, sistemático, habitual. Incluso el uso de las tradicionales “camisas de fuerza”, con toda la mala fama que acumuló, librándola, por supuesto, de las malas prácticas y contextos abusivos en que se aplicó, resulta menos riesgosa para el sistema nervioso del paciente que la TEC... con resultados similares.

11. El segundo uso posible de la TEC, limitada ya por todas las consideraciones anteriores, es el de la re-activación conductual y psicológica de personas en estados de depresión mayor o profunda. No voy a repetir los argumentos presentados en torno al riesgo de daño neurológico en el punto anterior. Sólo insistiré en que, si se recurre a la TEC en estos casos, debería ser de manera excepcional. Nunca de manera sistemática, recurrente o frecuente.

El asunto aquí, entonces, es si es el mejor o el menos dañino de los recursos posibles. En este plano quiero agregar algunas consideraciones adicionales sobre sus premisas y consecuencias.

Prácticamente nadie (que no sea un emisario directo de la industria farmacéutica) sostiene que la depresión es un cuadro puramente neurológico. No me parece razonable, a la inversa, sostener que en los cuadros de depresión mayor no haya compromiso alguno del funcionamiento puramente neurológico del afectado. Los cuadros de depresión leve o moderada pueden ser explicados y tratados completamente, y de manera exitosa, sosteniendo teorías puramente psicosociales y procediendo, en consecuencia, a través de apoyos y terapias habladas y actuadas, sin intervención de procedimientos de carácter médico. Parece razonable, sin embargo, afirmar que en el caso de la depresión mayor los elementos psicosociales desencadenantes, y que mantienen y agravan la situación, se han convertido en alguna medida importante también en alteraciones del funcionamiento del sistema nervioso que tienen significación neurológica. Si esto es así, una intervención de tipo médico es necesaria, por mucho que no tengamos teorías suficientemente fundadas para avalarla.

El asunto práctico entonces es qué tipo de intervención médica sería la menos dañina. Es en este plano, y bajo las restricciones anteriores, que sostengo que la TEC podría ser usada:

- de manera excepcional, episódica;
- sin ejercer su uso de manera sistemática, ni frecuente;
- sin considerarla nunca como primera línea terapéutica.

¿Hay alternativas a su uso en esta situación extrema? Desde luego que sí. Por supuesto están las alternativas farmacológicas, cuya radical inconveniencia requiere de otro texto, distinto de este.

Pero, aún en el plano de una intervención de tipo médico, creo que es prudente sugerir lo siguiente: las sustancias estimulantes leves, largamente usadas y probadas por las más diversas culturas, deberían ser la primera opción terapéutica. El uso, en dosis y modos médicos, del alcohol, la cafeína, el THC, podría ser mucho más controlable y evaluable que la introducción de corriente eléctrica directamente al cerebro. Se conocen ampliamente sus efectos posibles. Se conocen ampliamente las dosis que resultan tolerables y significativas, y es sumamente fácil evaluar su ajuste a cada paciente. Se sabe, por una muy larga experiencia, el carácter, duración e intensidad posible de sus efectos de resaca.

Estimulantes suaves, administrados de manera médica, bajo un régimen paralelo de terapia y apoyo psicológico y social. Incluso la depresión profunda, o los estados depresivos de los cuadros bipolares pueden ser tratados de manera relativamente segura, sin riesgos innecesarios, y sin entrar en una discusión absoluta, en blanco y negro, sobre si los recursos médicos pueden o deben ser usados o no.

12. Creo que debe resultar perfectamente claro ya que mi oposición a la aplicación de la técnica TEC está fundada en una argumentación que procura ser razonable en primer lugar en el plano de su posible utilidad puramente médica. Los aspectos éticos involucrados pueden ser discutidos sobre esta base, y merecen una consideración aparte, relativamente independiente, en que no entraré en este texto.

Los límites a su uso que he propuesto son de tres tipos:

1. su prohibición explícita en los casos de
 - menores de edad;
 - embarazadas;
 - adultos mayores;
 - cuadros psiquiátricos leves o moderados;
 - aplicación en contextos que no cumplan estrictamente con los protocolos establecidos;
2. su contra indicación directa y explícita en los casos de
 - medicación psiquiátrica intensa;
 - situaciones de suspensión o cambio de la medicación psiquiátrica (resaca);
 - medicamentación psiquiátrica prolongada (eventual daño neurológico acumulado);
3. su aplicación a casos de contención o re-activación psicológica y conductual
 - sólo en casos extremos o profundos;
 - nunca como primera alternativa terapéutica;
 - nunca de manera sistemática, recurrente o frecuente;
 - como recurso excepcional y esporádico,
 - siempre acompañada de un intenso apoyo terapéutico de tipo psicológico y social.

Más allá de estos límites, que procuran respetar los principios médicos generales de “no dañar” y de “prevención general”, sostengo que la aplicación de las Terapias Electro Convulsivas constituiría de manera directa y grave un atentado contra los Derechos Humanos de las personas con dificultades psicológicas o de comportamiento.

13. Bibliografía

Este texto está dirigido a usuarios, víctimas y profesionales que ya han estado discutiendo estos temas, informados por su práctica y vivencia cotidiana, y apoyados en la literatura que pueda estar al alcance para defender sus respectivas posturas frente al problema. Es por eso, asumiendo el conocimiento general, directo o académico, que ya tienen, que he procurado que este texto se estructure sólo sobre argumentos que sean atendibles de manera directa y general, sin invocar, ni a

favor ni en contra, referencias bibliográficas que puedan entorpecer las simples y claras razones. Mi impresión es que, en discusiones como estas, el sentido común es, y debería ser, más importante que el autoritarismo académico. Por supuesto, tanto defensores como opositores de la TEC pueden invocar, como si fueran razones, amplias referencias, más o menos académicas o eruditas. Lo que pido ante esa tentación permanente, es que se consideren antes que nada la fuerza de los argumentos, y no la autoridad de los argumentadores. Por supuesto, estoy convencido de que si la discusión se diera sólo en el campo de la pura argumentación empírica y razonable, los que criticamos la TEC habríamos establecido nuestros puntos de vista ampliamente como consenso general hace mucho tiempo. Pido, por tanto, a los que quieran continuar esta argumentación simplemente razonable con la autoridad y el autoritarismo de las referencias, que lo hagan. estoy convencido de que también en ese plano las evidencias disponibles nos favorecen.

Santiago, 27 de Abril de 2015.-