

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Uso de la Terapia Electroconvulsiva en el Hospital Nacional Psiquiátrico: una reflexión crítica en torno a la protocolización del procedimiento y las experiencias/puntos de vista de profesionales en psiquiatría

Trabajo Final de Graduación presentado para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

Realizado por

Valeria Sancho Quirós, A86000

Comité Asesor:

Dra. Maurizia D'Antoni

Directora

Dr. Manuel Solís Avendaño

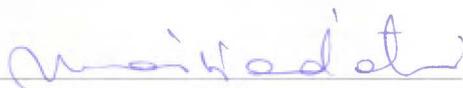
Lector

Lic. Jorge Brenes Ruiz

Lector

Abril, 2017

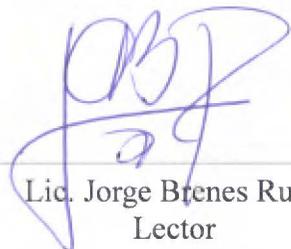
Tribunal Examinador



Dra. Maurizia D'Antoni Fattori
Directora



Dr. Manuel Solís Avendaño.
Lector



Lic. Jorge Brenes Ruiz
Lector



Dra. Laura Chacón Echeverría
Profesora invitada



Lic. Roberto Marín Villalobos
Representante de la Escuela de Psicología



Bach. Valeria Sancho Quirós

Sustentante

Pienso que estoy del lado de los seres deformados, como los discapacitados, los “idiotas”.
Es mi punto de partida. ¿Qué es lo opuesto al monstruo y a las anomalías? La burocracia.

- Kenzaburo Oé

Resumen

En esta investigación me enfoco en las *condiciones de la permanencia* de la Terapia Electroconvulsiva en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) desde la década del 90 y hasta el presente, teniendo en cuenta que en la actualidad la práctica psiquiátrica es regulada por instancias que podrían considerarse internas (biomédicas) así como externas (bioéticas, legales) que participan en formas complejas del uso que se le da. Estudio la forma en que documentos institucionales y académicos tales como protocolos y artículos de revistas especializadas, así como los y las psiquiatras que la administran, articulan sus argumentos a partir de recursos discursivos de origen heterogéneo, para seguir aplicando la TEC. Las modalidades discursivas de las que se sirve la defensa de la TEC a su vez son situadas en el contexto histórico, político y económico que conforma sus condiciones de posibilidad. De esta forma, el cambio de modelo proyectado por el Hospital Nacional Psiquiátrico en las últimas décadas, y en el cual el uso de la TEC adquiere su actual sentido, no puede comprenderse fuera del marco de la revolución farmacológica en psiquiatría, el poder económico de la industria farmacéutica y su necesario vínculo con la hegemonía de la Psiquiatría Basada en la Evidencia; la apuesta por la Psiquiatría Comunitaria, amparada en los derechos de las personas enfermas mentales; y la acogida del reformismo neoliberal en el país, reflejado en la reestructuración de la Caja Costarricense de Seguro Social y la urgencia por reducir gastos en el H.N.P.

A Lucía,
que apostó por mí.

Agradecimientos

En el desarrollo de esta investigación se jugaba, íntimamente, una pregunta mía por la propia viabilidad. Esta tesis fue para mí, en primera instancia, un intento por construir estrategias de supervivencia subjetiva, posicionando la posibilidad de “otra cosa”, siquiera a través de la negación de la *racionalidad normativa* que domina tanto la propuesta de la psiquiatría biomédica, como la de algunas –no pocas- modalidades de intervención psicológica, y ha sido ampliamente asumida por el sentido común de nuestra época. Aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a esta búsqueda, que le reconocieron un lugar no sólo de posibilidad sino inclusive de necesidad, me ofrecieron por tanto un apoyo que –más allá de lo académico- calificaría de *vital*.

En este sentido agradezco a

Mi equipo asesor: Maurizia D’Antoni, Manuel Solís, y Jorge Brenes por sus valiosas lecturas, recomendaciones y preguntas. Sobre todo, por la complicidad.

Carlos Sandoval, miembro extra-oficial del equipo asesor, quien me instó de primero a concretar este proyecto. Gracias por mostrarme una cara más hospitalaria de la Universidad, y por su amistad tan generosa.

El programa de becas del Instituto de Investigaciones Sociales, que me brindó las condiciones materiales para realizar esta propuesta, y a los y las investigadoras del Programa de Culturas, Instituciones, y Subjetividades por ofrecerme una interlocución interdisciplinaria y rigurosa.

Melissa Molina, quien me ayudó a contactar a la mayoría de los y las psiquiatras entrevistadas. Ella y Jorge Núñez, además, me ofrecieron observaciones valiosísimas desde su lugar como psiquiatras.

Laura Chacón, por su sincero interés en el proyecto, sus comentarios y críticas, que he intentado incorporar en el producto final.

Eduardo Bolaños, sin cuya influencia este trabajo no habría sido posible. Gracias por los textos y las discusiones. Gracias por creer en mí.

Adriana Sánchez, por sus recomendaciones metodológicas y los textos compartidos. Agradezco y admiro la disposición empática que caracteriza su práctica de la investigación y la docencia.

A los y las psiquiatras que colaboraron con una entrevista, por su apertura al diálogo respecto a temas sin duda delicados y complejos.

También agradezco a mi familia por sostenerme a lo largo de la carrera, permitiéndome el lujo de completarla a mi ritmo, hacer pausas, pasar crisis, deshacerlo casi todo, y emprender la tarea de rehacerlo. Su apoyo y paciencia me han permitido ir armando una vida que se siente mía. Deseo que esta posibilidad sea accesible a todos y todas.

Finalmente agradezco a todas aquellas personas que, sin haber sido mencionadas hasta aquí, sencillamente hacen la vida más alegre y menos sola: Daniela Sancho, Carlos Umaña, Arturo Vargas, Andrey Cubero, Marco Rojas, Marjorie Navarro, entre otras...

Gracias. Gracias. Gracias.

Contenido

| | |
|--|----|
| 1.1. Introducción | 7 |
| 1.2. ¿Por qué estudiar el uso de TEC? | 9 |
| 1.3. Antecedentes de investigación:..... | 14 |
| 1.3.1. LA TEC DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA . ¡Error! Marcador no definido. | |
| 1.3.2. APORTES DESDE EL ANÁLISIS DEL DISCURSO..... | 16 |
| 1.4. Marco Teórico..... | 23 |
| 1.4.1. INSTITUCIONALIDAD Y DISCURSO: | 24 |
| 1.4.2. BIOPODER Y SUBJETIVACIÓN | 28 |
| 1.4.3. LO BIOMÉDICO EN LA PSIQUIATRÍA ACTUAL: RAZÓN FARMACÉUTICA Y MIRADA MOLECULAR..... | 31 |
| 1.4.4. LA BIOÉTICA ¿INSTANCIA DE LEGITIMACIÓN DEL BIOPODER? | 33 |
| 1.4.5. CRÍTICA A LA IDEOLOGÍA DE DERECHOS EN LA PSIQUIATRÍA..... | 34 |
| 1.5. Problema de investigación | 37 |
| OBJETIVO GENERAL:..... | 38 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS: | 38 |
| 1.6. Metodología | 39 |
| Capítulo 1. El retorno de la TEC, una contextualización histórica..... | 43 |
| 2.1. Crisis psicofarmacológica: una oportunidad para el “retorno” de la TEC | 47 |
| 2.2. Terapias de shock: la esperanza somática en psiquiatría..... | 55 |
| 2.2.1. EL SHOCK HIPOGLICÉMICO | 57 |
| 2.2.2. EL SHOCK CON METRAZOL..... | 60 |
| 2.2.3. EL ELECTROSHOCK | 62 |
| 2.3. Un regalo de Dios para los psiquiatras | 64 |
| 2.4. La amnesia como recurso terapéutico..... | 72 |
| 2.5. Electroshock regresivo..... | 74 |
| 2.6. Sentimientos de omnipotencia | 79 |
| 2.7. Causas subjetivas: el rechazo a la TEC como apuesta por el sujeto..... | 85 |
| 2.8. Un cambio en las coordenadas discursivas..... | 96 |
| 2.9. Reconduciendo el malestar: hacia una nueva legitimidad de la TEC..... | 98 |

| | |
|--|-----|
| Reflexiones finales..... | 105 |
| Capítulo 2. La TEC revitalizada desde la razón farmacológica: una reivindicación paradójica..... | 106 |
| 3.1. La disminución de los riesgos en la TEC modificada: un espacio de conflicto entre psiquiatras y pacientes que la reciben..... | 108 |
| 3.2. Apelando a una efectividad políticamente ingenua | 127 |
| 3.3. El problema de la generalización en los estudios clínicos..... | 132 |
| 3.4. La TEC revitalizada desde la razón farmacológica: una reivindicación paradójica ... | 137 |
| 3.5. Refractariedad como indicación y la disolución de las distinciones nosológicas..... | 155 |
| Reflexiones finales..... | 178 |
| Capítulo 3. TEC y la psiquiatría comunitaria | 180 |
| 4.1. La psiquiatría al servicio de la vida en comunidad: un modelo integracionista | 181 |
| 4.1.2 EL MOVIMIENTO HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA | 181 |
| 4.2. Un abordaje bio-médico con miras a un efecto comunitario | 188 |
| 4.3. El criterio técnico como legitimación del sentido común local..... | 199 |
| 4.4. Beneficencia: las contradicciones que oculta el universalismo | 218 |
| 4.4.1. UNA ÉTICA MEDICALIZANTE..... | 218 |
| 4.4.2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SU DEFINICIÓN DE LA AUTONOMÍA..... | 226 |
| 4.4.3. EL PRIVILEGIO TERAPÉUTICO COMO ATENUANTE | 228 |
| 4.4.4. LA INCAPACIDAD JURÍDICA Y EL USO LEGÍTIMO DE LA FUERZA..... | 230 |
| Reflexiones finales..... | 251 |
| Capítulo 4. De la TEC a la rehabilitación, el nuevo proyecto del Hospital Nacional Psiquiátrico | 254 |
| 5.1. Reformismo neoliberal, descentralización de los servicios de salud y psiquiatría comunitaria | 255 |
| 5.2. Soluciones biográficas a contradicciones sistémicas..... | 261 |
| 5.3. “Quería ser yo, pero me equivoqué”: la institucionalización extra-muros como modelo de inclusión..... | 268 |
| 5.4. Puntos de tensión y posibilidades de apertura en el programa rehabilitativo..... | 277 |
| A modo de conclusión | 284 |
| Bibliografía | 288 |

1.1. Introducción

La presente investigación deriva de un interés general por lo que en nuestra sociedad actualmente se hace del sufrimiento humano, así como las consecuencias que este accionar tiene a nivel social y subjetivante. Aquí pretendo problematizar los recursos – epistemológicos, tecnológicos, institucionales- con los que como sociedad contamos para asumir la vulnerabilidad que nos es inherente, enfocándome en la función ejercida por la psiquiatría. He seleccionado para este propósito el caso específico de la Terapia Electroconvulsiva y su uso en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

La llamada Terapia Electroconvulsiva (TEC) consiste en la aplicación, por medio de electrodos que se colocan en el cráneo del o de la paciente, de una dosis de corriente eléctrica a nivel intracerebral que genere una convulsión tónico clónica generalizada (Chavarría, 2013). La descarga eléctrica aplicada puede variar entre el mínimo necesario para generar una convulsión y hasta 40 veces esa intensidad (Burstow, 2006); esta operación se repite habitualmente entre 6-12 sesiones (Beyer, 2011). Sin embargo, aun hoy se desconoce cuál sería el mecanismo fisiológico por medio del cual este provocaría mejoras terapéuticas (Sanabria, 1999; Chavarría, 2013; Pérez, 2013).

La TEC es uno de los modelos de terapia de mayor uso en la psiquiatría (Sanabria, 1999). Cameron (1994) afirma que este procedimiento, introducido en Estados Unidos en los años 40, ya era administrado a la fuerza a unas 175 000 personas al año durante la década del 50; mientras que Frank estima que para el 2006 unos 6 millones de estadounidenses habrían recibido TEC. Según Pérez, para el 2013 la TEC era utilizada en cerca de 100 000 personas al año en Estados Unidos, y 200 000 en el resto del mundo

(Pérez, 2013). Este es también uno de los tratamientos psiquiátricos que ha mostrado mayor resistencia al paso del tiempo (Chavarría, 2013), contando en la actualidad 78 años de uso a nivel internacional, y aproximadamente 73 años a nivel nacional.

Según sus oponentes, la TEC es una muestra de los abusos que la psiquiatría históricamente ha cometido contra la más esencial integridad del paciente psiquiátrico, pues se la asocia con daños permanentes a la memoria y al cerebro en general; sin embargo quienes defienden el procedimiento proclaman que la TEC en su versión actual es mucho más efectiva y segura (Hirshbein y Sarvananda, 2008). Las críticas por parte de receptores y receptoras del tratamiento han sido a menudo acalladas por psiquiatras que las consideran escasas de fundamentación científica, lo cual ha llevado a diversos autores y autoras a problematizar la autoridad ejercida por el discurso psiquiátrico en torno al tema, y los recursos retóricos de los que se sirve (Johnstone y Frith, 2005; Hotopfet *al.* 2008; Lehouxet *al.*, 2009). Sin embargo, éstos a menudo fallan en discutir las formas en que otros discursos, anclados en una institucionalidad más amplia, contribuyen a legitimar el uso actual de la TEC.

En este estudio, me enfocaré en las *condiciones de la permanencia* de la TEC en el Hospital Nacional Psiquiátrico, situado en Pavas, desde la década del 90 y hasta el 2016, teniendo en cuenta que en la actualidad la práctica psiquiátrica es regulada por instancias que podríamos considerar internas (bio-médicas) así como externas (bioéticas, legales) que participan en formas complejas del uso que se le da. Debido a ello, estudiaré la forma en que documentos institucionales y académicos tales como protocolos, normativas, y artículos de revistas especializadas, así como los psiquiatras que administran el procedimiento, articulan sus argumentos a partir de recursos discursivos provenientes de

estas distintas instancias para seguir aplicando la TEC. Para ello echaré mano del análisis del discurso basado en las contribuciones de Michel Foucault, en tanto su enfoque ofrece herramientas para problematizar la relación entre discursos, formas de conocimiento e instituciones. A través del texto, aunque de forma predominantemente indirecta, retomaré propuestas alternativas de concebir el malestar subjetivo y de intervenir ante él. Finalmente mi propósito es realizar un aporte a la tarea, propia de toda psicología comprometida con la defensa de la dignidad humana, de posicionar formas empáticas y solidarias de relacionarnos con nuestro malestar.

Este documento se divide en cinco apartados, el primero introductorio, relativo a la construcción del problema, el marco teórico y la metodología empleada. A este apartado siguen cuatro capítulos distribuidos de la siguiente forma: el primer capítulo está dedicado a la contextualización histórica del “retorno” de la TEC; el segundo trata sobre los criterios de cientificidad que en la actualidad legitiman su uso; el tercero aborda el uso de la TEC en función de las demandas sociales de que es objeto la psiquiatría en la actualidad; y el cuarto se dedica a examinar la rehabilitación psiquiátrica, como paso a seguir tras la administración de TEC.

1.2. ¿Por qué estudiar el uso de TEC?

La Terapia Electroconvulsiva ha atravesado cambios significativos en su administración a través de la historia. En su versión clásica (“TEC no-modificada”), esta es administrada sin anestesia, relajantes musculares, oxigenación ni monitoreo, además de implicar la aplicación de mayores descargas eléctricas, y se asocia con un *riesgo aumentado* de: complicaciones músculo-esqueléticas (incluyendo fracturas espinales, de huesos largos y pélvicas, entre otras), hemorragias, pérdida o quebradura de dientes, y

estados de confusión; en comparación con su versión más moderna (Andrade *et al.*, 2012). En la actualidad, la TEC no-modificada es raramente utilizada en Estados Unidos y Europa, sin embargo, es aún común en países del Tercer Mundo debido a su bajo costo (Frank, 2006). En Costa Rica la TEC no- modificada se utilizó hasta el año 1982, en que se abrieron plazas para anestesistas en el Hospital Nacional Psiquiátrico (Chavarría, 2013).

Si bien con la introducción de la TEC modificada se habría disminuido significativamente los daños somáticos del procedimiento, aún sus detractores han denunciado a lo largo de décadas que esta ocasiona daño cerebral, considerándola inclusive como una suerte de “*lobotomía eléctrica*” (Breggin, citado por Frank, 2001). Estas preocupaciones se ven agravadas dada la potestad de psiquiatras a nivel internacional de aplicar la TEC de manera forzada, sin el consentimiento de sus pacientes, en casos considerados “extremos”; así como el hecho ampliamente reconocido de que la TEC no “cura”, y que su efecto terapéutico no suele extenderse más allá de 6 meses en promedio (Sanabria, 1999; Beyer, 2001; Chavarría, 2013).

Aún si el deterioro a la memoria fue abiertamente aceptado, por los primeros defensores del procedimiento, como un mal necesario (Cameron, 1994), y en la actualidad es reconocido por algunos como un efecto irreversible del tratamiento (Milton et al, 2006), órganos tales como la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) tienden a argumentar que la cifra de pacientes con cambios cognitivos permanentes tras la TEC es reducida, atribuyéndolos a causalidades ajenas al procedimiento (Mankad y Weiner, 2001). Esto ha llevado a que autores como Cameron (1994) denuncien la que consideran una campaña de desinformación respecto a los efectos de la TEC por parte de la APA, la cual atribuye a la participación de miembros de la industria manufacturera de aparatos electro-convulsivos

en los comités encargados de elaborar manuales y revisiones para la Asociación. A esto se suma que en Estados Unidos, donde una serie de TEC puede costar por persona entre 50 000 y 75 000 US\$, la TEC es un negocio multimillonario (Frank, 2006).

En la actualidad, el uso de la TEC empieza a resurgir tras haber disminuido con respecto a sus décadas iniciales, en parte debido al desarrollo de psicofármacos como alternativas menos invasivas al procedimiento (Beyer, 2001), y al creciente eco que a partir de la década del 50 habría tenido la crítica antipsiquiátrica que la tomaba como ejemplo modelo del excesivo control social ejercido por la psiquiatría (Hirshbein y Sarvananda, 2008). Actualmente, se reconoce a nivel internacional que la TEC durante las primeras décadas de su uso fue utilizada de manera indiscriminada, llegando a prescribirse como tratamiento a “trastornos” desde la ludopatía hasta la homosexualidad (Sanabria, 1999), e inclusive como un instrumento de control conductual que operaba por medio del terror.

En Costa Rica, múltiples testimonios dan cuenta del abuso que de la TEC se hizo en el Hospital Nacional Psiquiátrico (H.N.P.) y su antecesor el Asilo Chapuí, entre ellos la novela del psiquiatra Virgilio Mora: *Cachaza*, que da cuenta de la arbitrariedad con que se recurría a su versión no-modificada durante los años 50-70; el análisis histórico que Solís (2013) hace de expedientes psiquiátricos elaborados cerca de la guerra de 1948, que evidencia la trágica ceguera del personal psiquiátrico al contexto social, económico e interpersonal de los y las pacientes a los que administraba la TEC inclusive en condiciones rayanas a la tortura; y llegando hasta el año 1992, en que el Dr. Carlos Pál-Hegedús (1992) denunciaba el recurso a la TEC como medio para “calmar” los ánimos opositoristas de los y las pacientes.

En respuesta a críticas como estas, desde los años 70 hubo un repunte de estudios efectuados por psiquiatras a nivel internacional en torno a la efectividad de la TEC, así como un impulso al desarrollo de manuales y normativas que, generalmente, sugieren limitar su uso primario a casos en que se requiere una “acción inmediata”, otros tratamientos podrían resultar más riesgosos, y/o la vida del paciente peligra (Beyer, 2001; Chavarría, 2013). Desde los años 80, sin embargo, varias circunstancias han contribuido a un nuevo auge de la TEC: la imposición en los sistemas de seguros médicos de todo el mundo de la idea de que este representa un tratamiento aceptable y barato, mediante el cual captar los subsidios dispuestos por los estados; la consideración de que la combinación de TEC con diversas drogas de “última generación” tiene mayor eficacia que otro tipo de tratamientos (Pérez, 2013); y la creencia generalizada de que existen pacientes con trastornos “resistentes” al tratamiento psicofarmacológico (Healy y Shorter, 2010).

A lo anterior se agrega el desarrollo de regulaciones internacionales para la defensa de los derechos humanos de los y las pacientes psiquiátricas, que han ofrecido un nuevo marco de legitimidad para el uso del procedimiento. En este respecto destaca la Declaración de Caracas (1990) a la que Costa Rica está adscrita desde la década del 90, y que exige una reestructuración de la psiquiatría latinoamericana tendiente al respeto a la dignidad de los y las pacientes. Un año después de firmar el documento, en Costa Rica se publicó la primera normativa para el uso de la TEC, la cual ha sido actualizada en cuatro ocasiones posteriormente, la última de ellas en el 2013. No es posible no obstante establecer una relación lineal entre la protocolización de la TEC y la frecuencia de su uso, que desde entonces ha fluctuado, siendo que si para el año 1987 se daba un aproximado de 35 sesiones por día, para el 1999 llegaría a ser de 30-50 sesiones por mes –menos de dos

por día- (Chavarría, 2013), y llegando a contar 4278 en 2004, aproximadamente 11 sesiones por día (Revista Dominical, 2004) -lamentablemente no se cuenta con datos más sistemáticos ni recientes respecto a su uso, pues estos no son de acceso público.

Estudios comparados ponen en duda la racionalidad tras el establecimiento de criterios para el uso de la TEC, pues sugieren que la toma de decisiones en torno a su uso es contingente a la localidad geopolítica, siendo frecuente que países del Tercer Mundo – en los que el acceso a fármacos anti-psicóticos es más limitado- la indicación más común para su uso sea la “esquizofrenia”, mientras que en países como Estados Unidos es más frecuente su uso en casos graves de “depresión” (Ocampo *et al*, 2012). Las decisiones también varían a nivel interno de los países, habiéndose reportado respecto a América Latina que las instituciones públicas, como regla general, administran con mayor frecuencia el procedimiento en comparación con sus pares privados (Levav y González, 1996). Finalmente, existen sesgos etarios y de género en su aplicación, pues se estima que más del 70% de las personas sobre las que se aplica la TEC actualmente son mujeres, mientras que más del 30% serían ancianos internados en asilos (Pérez, 2013).

Partiendo de lo hasta aquí discutido, cabe cuestionarse respecto al papel del discurso psiquiátrico referente a una TEC nueva, más segura, cuya efectividad estaría comprobada, y cuyo uso es racional y justificado; así como los medios de los que se sirve para obtener credibilidad. Habiéndose aproximado al problema desde esta perspectiva, resulta difícil no acabar por preguntarse por la forma en que los mismos límites a lo que es un tratamiento psiquiátrico legítimo o ilegítimo se han producido. De esa duda nace este esfuerzo investigativo.

1.3. Antecedentes de investigación:

A través de la revisión bibliográfica he encontrado dos grandes tendencias en los estudios realizados desde un enfoque crítico hacia la TEC, a saber: el análisis histórico (más no historiográfico) y el análisis del discurso. En este apartado iniciaré con los principales hallazgos realizados desde un punto de vista histórico. Algo que muestran estos estudios, y en lo que pretendo profundizar más adelante, es la dificultad con que a través de las últimas siete décadas psiquiatras de todo el mundo han dado cuenta de su uso de la TEC y las transformaciones que su discurso ha sufrido en función de esta necesidad. Algunos de sus argumentos son los siguientes.

1.3.1. LA TEC DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Solís (2013) identifica algunas funciones del uso del electroshock que trascendían, e inclusive entraban en contradicción, con las preocupaciones de índole clínica. El autor realiza un análisis de documentos oficiales, expedientes clínicos e intercambios epistolares, proponiendo que la introducción de este procedimiento en el Asilo Chapuí en Costa Rica, durante la década del 40, respondía a necesidades de corte **institucional**: reducir la angustia frente a la falta de lugar y recursos en el H.N.P. y mostrar éxitos curativos ante la Junta de Protección Social (entidad que financiaba la institución); **gremial**: defender la reputación de la psiquiatría frente al resto de la medicina; **cultural**: “una idea semejante de progreso y sanidad, que justificaba el uso de la violencia, estaba al mismo tiempo en el campo político y el médico” (p.660); y **disciplinar**: reprimir ciertas formas de comportamiento en las personas internadas. No obstante estos intereses tras el uso del electroshock se habrían visto ocultos tras un lenguaje técnico, que lo justificaba en términos meramente médicos. El autor muestra

cómo, en un contexto de hacinamiento, los procedimientos de shock fueron instrumentalizados según una lógica en la cual la puesta en circulación de la población psiquiátrica daba pie al reporte de nuevos éxitos terapéuticos: cada vez que la sintomatología inicial de un o una paciente retrocedía momentáneamente, se le egresaba registrándole como “notablemente mejorada”. Al ser tomadas las remisiones parciales por curaciones, el número de pacientes atendido en el Hospital llegó casi a duplicarse entre 1937-47, a medida que los reingresos aumentaban.

Andre (2009) compone su argumento en contra del uso de la TEC con historias personales de pacientes, así como perspectivas científicas, médicas, legales y sociales. En lo que respecta a su experiencia como paciente, la autora reporta haber sufrido pérdidas a nivel de memoria -siendo incapaz de recordar 5 años de su vida-, habilidades –tales como tocar el piano a su nivel habitual tras 12 años de estudios-, y de su capacidad creativa tras el tratamiento. Los doctores que utilizaban el procedimiento rutinariamente durante las primeras décadas, según muestra Andre, registraron entre sus efectos no solo pérdidas de la memoria, sino impedimentos en cálculo aritmético, percepción de relaciones, elección de reacciones y tareas que requieren abstracción, tras la inducción de convulsiones. No obstante estos efectos, vistos de manera progresivamente crítica, fueron posteriormente negados por la psiquiatría. Al haber sido creada desde hace más de 7 décadas, la TEC no tuvo que atravesar los mismos períodos de prueba que los procedimientos médicos actuales deben superar. En añadidura, Andre señala, la APA ha recomendado que las controversias en torno al daño cerebral ocasionado por la TEC no sean mencionadas en los documentos de consentimiento informado que se ofrecen a posibles receptores y receptoras del procedimiento. Esto lleva a la autora a considerar el consentimiento informado más como

un recurso de “relaciones públicas” que un instrumento para proteger los intereses de los y las pacientes psiquiátricas.

Los aportes de Solís (2013) y Andre (2009) permiten, desde un punto de vista diacrónico, visibilizar el carácter contingente de los recursos discursivos de los que se ha servido la psiquiatría para justificar el uso del electroshock y la TEC, así como algunas de las correlaciones entre estas modalidades discursivas y eventos a nivel económico, político, social, e institucional. De esta perspectiva históricamente situada se sigue la necesidad de explorar las funciones la TEC en la actualidad y la forma de discurso en que se funda su uso, en sus relaciones con al menos: a) las continuidades y rupturas al interior del conocimiento psiquiátrico, y b) las demandas económicas, legales, y sociales que desde el exterior se dirigen a la psiquiatría en un contexto dado. Teniendo esto en cuenta, procederé a discutir los alcances y limitaciones que ofrecen estudios sobre el uso actual de la TEC desde la perspectiva del análisis del discurso.

1.3.2. APORTES DESDE EL ANÁLISIS DEL DISCURSO

Múltiples estudios abordan la problemática del discurso y su relación con la práctica institucional psiquiátrica; he seleccionado aquí cuatro de ellos en términos del aporte que ofrecen para la presente discusión.

A partir de Johnstone y Frith (2005), podemos pensar el formato académico/científico de los reportes realizados en torno a la TEC como una herramienta retórica que reviste de autoridad a una versión (pro-TEC) de lo que su funcionamiento implica. Estas autoras analizaron el abordaje que de las experiencias de receptores y receptoras de Terapia Electroconvulsiva hacía un artículo altamente influyente, publicado

por los psiquiatras Freeman y Kendell en 1980, y que concluía que la TEC era experimentada por la mayoría como un tratamiento “que ayuda y que no asusta particularmente” (p.189). Las autoras utilizaron el análisis discursivo con miras a determinar cómo los psiquiatras daban sentido a los hallazgos investigativos en el artículo académico, dando prioridad a las acciones sociales que por este medio se lograban (justificar el uso pasado y actual de la TEC).

Entre los recursos retóricos, cuyo uso para descalificar las críticas hacia la TEC identificaron Johnstone y Frith, están: 1) La elaboración de analogías que restaban seriedad a los miedos de los y las receptoras; 2) El manejo tendencioso de las estadísticas en torno a las respuestas de los y las participantes a favor y en contra de la TEC; 3) La atribución de opiniones negativas respecto a la TEC a condiciones personales, psicológicas o patológicas de las participantes; 4) El cuestionamiento de la veracidad de los testimonios de los y las entrevistadas que reportaron no haber sido debidamente informados respecto a los efectos de la TEC, entre otros.

La investigación muestra no sólo que los argumentos a favor de la TEC esbozados desde una posición enunciativa pretendidamente objetiva no necesariamente se ajustan a estándares de científicidad, sino que además 1) hay formas de presentar y producir la información científica cuyo efecto no es imparcial, y 2) que la supuesta neutralidad del discurso científico permite movilizar argumentos extra-científicos sin que estos sean leídos como tales. Sin embargo el estudio al hacer énfasis en factores formales del texto, así como la interpretación de su sentido implícito o latente, ofrece escasos aportes respecto a su contenido manifiesto, y los elementos epistemológicos –ya no meramente retóricos- sobre los cuales se fundan los límites a su discurso. No basta con saber que el discurso científico

no se conserva en su asumida pureza a la hora de defender la TEC, sino que se debe profundizar en qué consiste su hibridación, qué elementos retoma, y qué es lo que produce para la psiquiatría.

Desde Lehoux, Denis, Rock, Hivon y Tailleux (2009) podemos comprender el discurso en torno a la TEC como el resultado de una formación compleja que incluye supuestos epistemológicos de distinta naturaleza, y que está íntimamente relacionada con la práctica cotidiana de los psiquiatras que defienden su uso. Los autores exploraron cómo médicos canadienses combinaban diferentes tipos de argumentos en las evaluaciones de la TEC. Para ello realizaron entrevistas semi-estructuradas a psiquiatras, las cuales fueron sometidas a un análisis inicial basado en tres categorías: (argumentos de tipo) científico, clínico y social. A nivel científico, los entrevistados expresaron su preocupación respecto a la falta de explicaciones confiables del funcionamiento biológico de la TEC, sin embargo se mostraban convencidos de su efectividad. Por otra parte, el daño a la memoria atribuido al tratamiento era generalmente cuestionado por ellos en su sustento científico.

La sensación de no tener un fundamento científico firme en el cual basar el uso de la TEC, sin embargo era contra-balanceada por los entrevistados con los efectos del procedimiento a nivel clínico, concebidos como visibles y hasta dramáticamente positivos. Entre los principales argumentos clínicos para justificar el uso de la técnica, ellos citaron el sufrimiento intenso, la falta de respuesta a otros tratamientos, y la duración prolongada de la “enfermedad”. Argumentaban que aquellos profesionales o pacientes que no hubieran tenido experiencia directa con la TEC no podían saber cómo era ésta realmente, mientras que aquellos que la conocían dejarían de dudar de su eficacia. Los testimonios negativos de

receptores y receptoras de la TEC, eran igualmente relativizados como secundarios respecto al conocimiento profesional de quienes lo administran.

Finalmente, a nivel social, los entrevistados atribuyeron la mala reputación del procedimiento a abusos pasados de otros psiquiatras, así como representaciones mediáticas estigmatizantes. Destaca el uso selectivo que de los estándares científicos hacían los participantes, siendo estos relativizados en lo que respectaba a su práctica diaria (y a favor de una lógica pragmática), mientras que se exigía rigurosidad científica a los discursos detractores del procedimiento, a los cuales se desestimaba por esta vía. Esta investigación ofrece insumos para comprender la forma en que psiquiatras practicantes de la TEC defienden su uso al recurrir a argumentos que obedecen a lógicas distintas, sin embargo no llega a problematizar la forma en que este discurso estaría sometido a exigencias sociales que surgen de distintos frentes. No ocurre simplemente que los psiquiatras elijan, arbitrariamente, los argumentos que les serían de utilidad para defender su accionar cotidiano; sino que existe una serie de instancias institucionales, históricamente conformadas, que han definido bajo qué criterios éstos habrían de justificarse.

Partiendo de Hotopf *et al.* (2008) podemos problematizar el discurso psiquiátrico en torno a los criterios que rigen el uso cotidiano de la TEC como influenciado por instituciones no-médicas, tales como la legal, cuyos principios deben ser sorteados por los y las psiquiatras. Los autores exploraron el entendimiento que psiquiatras clínicos que administraban la TEC en Inglaterra tenían de la capacidad decisional de sus pacientes. Aunado a esto, los autores buscaron determinar en qué medida los psiquiatras aplicaban la TEC a pacientes renuentes cuya capacidad decisional no consideraban afectada, así como las dificultades que estos identificaban en torno a la oficialización de un proyecto de ley

que impediría que se aplicara forzosamente tratamientos a pacientes que conservaran su capacidad decisional. Para tal propósito, el equipo realizó dos grupos focales y diez entrevistas semi-esctructuradas, así como un cuestionario y breves entrevistas telefónicas.

La capacidad decisional fue definida por los entrevistados como la posibilidad por parte del paciente de entender su diagnóstico, los riesgos y beneficios del tratamiento, y las consecuencias de no someterse al mismo. Si bien algunos reportaron respetar la decisión de sus pacientes “competentes” de rechazar el procedimiento, otros argumentaron que la necesidad clínica de la TEC era difícilmente compatible con un rechazo competente a la misma, mientras que un tercer grupo se adscribió a una lógica pragmática, según la cual se justificaba el uso forzoso de la TEC debido a sus efectos beneficiosos.

De la muestra entrevistada, un 41% había aplicado la TEC a pacientes “competentes” sin su consentimiento, asumiendo que si el o la paciente había sido retenido legalmente de manera forzosa, esto implicaba que ante la ley carecía de capacidad decisional. Ante la posible implementación de una ley que restringiera la posibilidad de aplicar el tratamiento de forma involuntaria a pacientes “competentes” sin su consentimiento, algunos expresaron que cambiarían su forma de evaluar la capacidad decisional según sus objetivos.

De esta investigación se puede extraer que el conocimiento psiquiátrico según es recogido por los discursos de los participantes es determinado por diversos aspectos institucionales, manteniendo una flexibilidad que da a los y las psiquiatras un margen de acción en su práctica cotidiana. Las leyes, en este caso, pueden servir para legitimar socialmente el uso de la TEC y a su vez estar lo suficientemente sujetas a la experticia psiquiátrica como para ser acopladas a los objetivos de esta última. Este estudio sin

embargo, al analizar únicamente el discurso oral de los entrevistados, no aborda los productos materiales que resultan de la articulación del derecho con la psiquiatría dominante, la forma en que se oficializan las soluciones dadas a las exigencias de uno y otro discurso, la forma particular que reviste la autoridad psiquiátrica desde de tal ensamblaje, entre otros aspectos.

Finalmente, Godderis (2011) nos permite pensar el establecimiento de estándares y categorías oficiales a nivel profesional psiquiátrico como un proceso de negociación entre diversos grupos de interés, sus supuestos epistemológicos, y sus objetivos. La autora realizó un análisis constructivista en torno al diagnóstico de depresión postparto y su inclusión en el DSM-iv. Para ello hizo una revisión extensiva de literatura psiquiátrica relacionada a la DPP a través de décadas, y de documentos relacionados con revisiones del DSM-iv (agendas, minutas, etc.), los cuales complementó con entrevistas telefónicas a individuos relacionados con el proceso de revisión del DSM-iv.

En su análisis, la autora evidencia cómo en la toma de decisiones respecto a la clasificación del DSM-iv influyen las prácticas clínicas e investigativas cotidianas, siendo así que si bien los miembros del comité encargado de aceptar o rechazar la inclusión de la DPP no consideraban suficiente la evidencia a favor de la existencia del trastorno, estos se vieron presionados a aceptarlo por motivos prácticos (ofrecer tratamiento cubierto por el seguro a determinadas personas, conseguir financiamiento para investigaciones). Por otra parte, el discurso biomédico influyó significativamente en la formulación del criterio temporal en el diagnóstico, siendo el resultado final (4 semanas después del parto) un compromiso acordado entre hipótesis de causalidad biológica (una semana después del parto) y la experiencia clínica (hasta meses después del parto).

Este estudio, al servirse de los testimonios de personajes implicados en la toma de decisiones, muestra la complejidad que reviste este proceso para quienes ejercen la tarea de establecer estándares y definiciones oficiales a nivel psiquiátrico. Sin embargo, esta metodología visibiliza el cotejo *deliberado* que el comité realizó de distintos argumentos e intereses, no así la lógica desde la cual estos se conformaron como tales. Dado que la creación de determinadas formas de conocimiento no se puede atribuir al mero ejercicio de una voluntad consciente, conviene profundizar en los mecanismos instituidos que movilizan estas exigencias en un momento y lugar dado.

A nivel global, las investigaciones hasta este punto revisadas ofrecen algunas bases para el estudio de la relación entre discurso-institucionalidad que aquí me preocupa. Es patente en los tres primeros estudios que él o la psiquiatra, en tanto sujeto del discurso biomédico y científico, goza de la autoridad para descalificar otras voces –incluyendo sobre todo aquellas de los y las pacientes resistentes y críticos a su proceder, lo cual no deja de tener implicaciones importantes para estos últimos. Asimismo, se evidencia que este discurso cargado de autoridad no es homogéneo, sino que es tejido a partir de supuestos de distinta naturaleza. De ahí que estos antecedentes hayan demostrado ampliamente las múltiples contradicciones que entran en juego a la hora de justificar la toma de decisiones a nivel psiquiátrico. Finalmente, se hace visible que estas contradicciones son sorteadas, en el discurso psiquiátrico, en función de determinados fines prácticos en la cotidianidad institucional.

Cabe preguntarse sin embargo por esta simultaneidad de supuestos y argumentos, no desde el afán de desmentir la objetividad pretendida del o de la psiquiatra, sino por lo que esta significa en sí, en tanto punto de reunión de productos surgidos de diversas

institucionalidades que dan forma a nuestra subjetividad en la actualidad. Los diferentes criterios de legitimidad a los que está sujeto el uso de la TEC (evidencia científica, respeto a derechos, cumplimiento de estándares bioéticos...), son a su vez productos y productores de instituciones académicas, psiquiátricas, legales, y por tanto se encuentran íntimamente vinculados con patrones de acción que les son propios. De ahí que el sujeto psiquiátrico que moviliza tales argumentos sea conformado a partir del cruce de las institucionalidades hasta aquí mencionadas. Debido a ello, la práctica de la TEC difícilmente puede ser abordada de manera integral si se deja de lado el análisis de los aportes que desde estos discursos se hacen a su legitimación. Por otra parte, al explorar las consecuencias que la incorporación de tales lógicas tiene en la práctica psiquiátrica tradicional, será posible sopesar cuáles de estos elementos se quiere incorporar como herramientas teóricas y clínicas, cómo pueden beneficiar o perjudicar la apuesta –que motiva este proyecto- por un abordaje más humano del malestar psíquico.

Debido a lo anterior abogo por un enfoque metodológico que dé cabida no sólo a los testimonios y descripciones personales de los psiquiatras, sino de forma complementaria también a los documentos institucionales y académicos en que se recogen criterios e instrumentos de distinta índole para dar cuenta de, y regular, la práctica de la TEC. Para ello propongo analizar, no los recursos retóricos de los que se sirven unas y otras manifestaciones discursivas, ni el carácter construido del resultado final, sino la forma en que al articularse éstas dan origen a un universo particular, en que los objetos, los fines, y los medios de la psiquiatría adquieren un carácter específico.

1.4. Marco Teórico

1.4.1. INSTITUCIONALIDAD Y DISCURSO:

La propuesta metodológica que aquí se desarrolla está apoyada en los trabajos iniciales de Michel Foucault quien con su proyecto arqueológico tuvo como objetivo develar la “verdad demostración (...) por lo común identificada en su tecnología con la práctica científica” como un producto ritual, sujeto al acontecimiento, accesible en su pretendida universalidad solo al individuo “históricamente calificado según una serie de modalidades” (2007, pp.273-274). Desde esta perspectiva se atiende a la producción del conocimiento psiquiátrico, con el objetivo de revelar lo que en su verdad hay de contingente y las condiciones de su prevalencia por sobre otros discursos posibles en torno al sujeto.

Foucault coloca con su análisis del discurso el énfasis en el conjunto de los regímenes de enunciados posibles, que delimita lo decible y visible en un tiempo y lugar determinados. Interesa aquí no específicamente quién habla, sino las condiciones de posibilidad para que el enunciado que emite, entre otros posibles, esté presente en una época y lugar particulares. Respecto al enunciado, en esta misma línea, no interesan las condiciones específicas de su enunciación, sino lo que este reclama, los cambios que propone, los acontecimientos o instituciones que lo producen, su distribución y aquello a favor o en contra de lo que se establece (Lodoño-Vásquez y Frías Cano, 2011, p.119).

La metodología propuesta por Foucault implica una pregunta que va más allá de lo lingüístico, y que intenta aproximarse a los focos de poder en torno a los cuales se construyen los enunciados. Este viraje al análisis discursivo resulta aquí provechoso, ya que aun recogiendo aportes desde la lingüística estructuralista –el discurso concebido como una realidad supra-individual-, enfatiza sin embargo su dimensión productiva: el discurso como práctica colectiva que produce una semántica particular para las palabras en

uso, relaciona palabras con objetos y estrategias de actuar y pensar, y por tanto produce formas de estar en el mundo (Díaz-Bone, *et. al.*, 2007, p. 3).

Foucault (1979) apunta con su análisis discursivo a visibilizar las *condiciones de posibilidad* de los enunciados, a la luz de lo que en ellos hay de discontinuo y novedoso. Esta propuesta se desarrolla en abierta oposición a las perspectivas teórico-metodológicas que atribuyen a discursos como el psiquiátrico una unidad y continuidad históricas, basadas en su objeto de estudio, sus modalidades de enunciación, su universo conceptual, o sus elecciones temáticas. Foucault propondrá al contrario caracterizar los discursos por la regularidad de una práctica vista en su dimensión temporal, sujeta a la movilidad de los elementos que pone en relación (objetos, modalidades enunciativas, conceptos y estrategias), y capaz de transformar materialmente los dominios a los que se refiere. Suspendingo el supuesto de continuidad, se busca restituir a los enunciados su singularidad de acontecimientos, además de evidenciar, en las producciones discursivas, regularidades que no son psicológicas (no responden meramente a la intencionalidad de un sujeto o un grupo de individuos a quienes une un mismo interés), así como relaciones entre agrupamientos de enunciados que no pertenecen a un mismo dominio.

El discurso, según se define desde este enfoque, está compuesto por “un conjunto de enunciados que dependen de un mismo sistema de formación” al cual Foucault denomina formación discursiva (Foucault, 1979, p.181), y cuyas reglas de articulación revisten un carácter epistémico. En torno al enunciado, base del análisis discursivo entendido en tales términos, se distinguen tres ejes que Deleuze (1987) describe de la siguiente forma:

El espacio colateral: se refiere a los otros enunciados que forman parte de su mismo grupo. Debido a la variación inherente a toda formación discursiva, en ella coexisten enunciados de distintos sistemas –descripción, cálculo, prescripción... (p.32).

El espacio correlativo: consiste en la relación del enunciado con sus sujetos, objetos y conceptos, todos los cuales no están referidos al mundo exterior (el sujeto físico que lo emite en un momento determinado o los objetos del mundo “real” a que hace referencia), sino que se derivan y encuentran sus límites en el propio enunciado (p.34).

El espacio complementario o de formaciones no discursivas: se refiere a las instituciones, acontecimientos políticos, prácticas y procesos económicos que crean las condiciones de posibilidad para un enunciado. Una institución, nos dice Deleuze, siempre implica enunciados (constituciones, contratos, registros). **Los enunciados a su vez remiten a un medio institucional, sin el cual no podrían formarse “ni los objetos que surgen en tales localizaciones del enunciado, ni el sujeto que habla desde tal emplazamiento”** (p.34, subrayado mío).

En la presente investigación, me sirvo de dicha perspectiva para acercarme a este espacio complementario que los enunciados en torno a la TEC necesariamente implican y posibilitan, en particular en lo respectivo a la psiquiatría y su práctica actual. Si se atiende a la historia de este procedimiento, se hace patente que desde el origen su uso se ha legitimado por medio de supuestos variados. Algunos de estos en la actualidad ya sea debido a su falta de “precisión científica” o por la problemática ética que suponen, difícilmente son considerados como válidos por la psiquiatría; mientras que otros parecen haberse reconvertido para ajustarse a nuevos criterios de validez.

Aquí problematizo estos enunciados en torno a la TEC en función de los límites establecidos en la época para el sujeto psiquiátrico que los produce, sus facultades y obligaciones, así como los objetos sobre los que interviene y los medios que habría de utilizar para ello. En este sentido cabe retomar de manera complementaria el concepto que ofrecen Bowker y Star (2000) de las categorías cotidianas, las cuales entienden como tecnologías poderosas que están implicadas e invisibilizadas en infraestructuras de trabajo y en hábitos naturalizados. Entiendo asimismo los estándares como instrumentos desarrollados para “hacer a las cosas funcionar juntas” (p.150). Con esto quiero señalar el carácter de guías de acción que las categorías y estándares disponibles en una época revisten a nivel institucional.

Cabe tener en cuenta de igual forma que, durante los años 50, el cuestionamiento respecto al sustento ético de la aplicación de la TEC fue adquiriendo cada vez mayor resonancia. El desarrollo de alternativas farmacológicas a su uso, así como las crecientes críticas de las que la TEC era objeto en medios, provocaron una declinación en su uso que según Beyer (2001) se vería parcialmente contrarrestada hasta la década de 1980. Progresivamente, la TEC será sujeta a una institucionalidad distinta, regulada por instancias bioéticas y legales a las que antecedió en su aparición, y que suponen en sus discursos realidades propias.

Paralelamente, iniciativas psiquiátricas radicales basadas en una lectura crítica de la llamada “enfermedad mental” – que consideran la locura, por ejemplo, como una forma de disidencia mental (Moffatt, 1974)- han sido implementadas desde la década de los 60 en países como Argentina, EE. UU. (Moffat, 1974), e Italia (Basaglia, 1972) -donde este sigue siendo el modelo dominante-, dando resultados altamente positivos en lo referido a la

rehabilitación de “pacientes en condición crónica”. Si bien las llamadas “comunidades terapéuticas” se las arreglan sin el uso de la TEC y otras medidas coercitivas, confiándose en un modelo horizontal, participativo y colectivo de tratamiento, su propuesta no ha alcanzado –por razones que en este texto no puedo abordar con la profundidad que el tema amerita- la popularidad y reconocimiento dado a las metodologías tradicionales de atención psiquiátrica.

Teniendo lo anterior en cuenta, en este trabajo me pregunto por el efecto que la incorporación de enunciados y estándares, algunos provenientes de lógicas en principio ajenas a la psiquiátrica, tienen en el discurso pro-TEC. Mi objetivo en este nuevo contexto es explorar cómo los criterios que rigen el uso de la TEC, ya no solo desde una perspectiva científica sino además legal y bioética, posibilitan y agilizan acciones institucionales que tienden a efectos sociales, políticos y económicos que pueden o no ser reconocidos por estos discursos. ¿Cómo se sortean las contradicciones y las lagunas entre tales lógicas? ¿Cómo se entrecruzan enunciados legales, biomédicos, y bioéticos para dar legitimidad al uso actual de la TEC?

1.4.2. BIOPODER Y SUBJETIVACIÓN

En esta investigación me sirvo además del concepto de *biopoder*, introducido por Michel Foucault, para dar cuenta de la nueva configuración política que surge en las sociedades occidentales modernas -a partir del siglo XVIII-; configuración tal en que el poder se fundaría en la facultad de disponer una serie de regulaciones dirigidas a hacer vivir y dejar morir (Foucault, 1977). Cuando “la vida se vuelve en todos los sentidos asunto del gobierno” mientras que este deviene primordialmente “gobierno de la vida”, estamos hablando de un régimen biopolítico (Espósito, 2005, p.195).

Es por medio de la biopolítica que el cuerpo humano es transformado en campo e instrumento del (bio)poder; el cual pretende por diversos medios intervenir sobre sus características vitales en nombre de la salud colectiva (Rabinow y Rose, 2006, p.197). De ahí que a partir del siglo XVIII el saber médico haya ocupado progresivamente una posición central en la política (Espósito, 2005).

Sin embargo, con el desarrollo tecnológico de la biociencia así como la globalización del capitalismo neoliberal, el biopoder ha tomado nuevas formas en nuestras sociedades occidentalizadas. Partiendo de lo anterior, y siguiendo a Rabinow y Rose (2006, p.197) en su propuesta, concibo el biopoder en su versión actual como presente en la confluencia de los siguientes elementos:

“Uno o más discursos que ofrecen una verdad acerca del carácter “vital” de los seres humanos” -esbozando relaciones entre aspectos biológicos (p.ej. genes, discapacidades, etc.) y aspectos legales, sociológicos, etc.- “así como una serie de autoridades consideradas competentes para hablar esa verdad”.

“Estrategias para intervenir sobre la existencia colectiva en nombre de la vida y la salud, inicialmente dirigidas a poblaciones que pueden o no estar territorializadas, sino que también pueden especificarse en la emergencia de colectividades biosociales”.

“Modos de subjetivación, a través de los que los individuos son llevados a trabajar sobre sí mismos bajo ciertas formas de autoridad, en relación con discursos de verdad, por medios y prácticas del sí mismo, en el nombre de su propia vida o salud, de su familia o de toda su colectividad, o en efecto en nombre de la vida y la salud como un todo.”¹

¹ Traducción y subrayado míos.

Enfatizo la importancia del biopoder en su carácter de productor de subjetividad, entendiendo esta última con Guattari como “*esencialmente fabricada, modelada, recibida y consumida*” (Guattari y Rolnik, 2006, p.39), así como articulada en modos de expresión que no sólo pasan por el lenguaje, sino que además tienen una naturaleza extra-personal (sistemas maquínicos, económicos, sociales, tecnológicos), así como infrahumana (sistemas de percepción, de sensibilidad, de afecto, de deseo, de representación, de temporalidad). Parto con este autor de que “*la producción de subjetividad constituye la materia prima de toda y cualquier producción*” (Guattari y Rolnik, 2006, p.42), con lo cual defiendo junto con él que la lucha por una transformación del orden social no debe restringirse al plano de la economía política, sino que ha de inscribirse además en el de la “*economía subjetiva*”, la forma en que distintos individuos y grupos entienden su existencia (p.60), y en este caso, los y las llamadas “*enfermas mentales*”.

A partir de lo anterior cabe traer a colación lo que Rose (2007) señala, a saber, que la medicina moderna nos “*hace el tipo de personas que somos*” (p.700) al instaurar: 1) Formas de vida médicas: la “*sanitización*” de la existencia contemporánea ha cambiado nuestra apariencia física, el tiempo que vivimos, etc.; 2) Significados médicos: el lenguaje médico ha sido investido de sentido cultural, transformando nuestra forma de relacionarnos con el mundo y darle significado; 3) Experticia médica: se ha exigido progresivamente a los médicos que ejerzan una autoridad e influencia sobre temas que van más allá de la terapia, como el nacimiento, algunos aspectos de la conducta criminal, comportamientos anormales, ansiedad, etc. La medicina, nos dice Rose, “*ha ayudado a hacernos profundamente artificiales*” (p.701).

En lo que respecta a las personas psiquiatrizadas, sigo a Guattari (2006) en su planteamiento de que estas son usualmente quienes no pueden o no desean entrar en el sistema de significación dominante, sirviéndose de otras formas de representación del mundo para vivir, y que “se podrían extender a otros sectores de la vida social en una sociedad de otro tipo” (p.41). Me interesa aquí el biopoder en tanto privilegia ciertas formas de discurso, ciertas figuras de experticia, determinadas prácticas –entre ellas la TEC- inclinadas no a dar un espacio a las subjetividades disidentes, sino a encauzarlas dentro de una lógica cosificante de la vida.

1.4.3. LO BIOMÉDICO EN LA PSIQUIATRÍA ACTUAL: RAZÓN FARMACÉUTICA Y MIRADA MOLECULAR

El concepto de razón farmacéutica, desarrollado por Lakoff (2005), apunta a una nueva forma de pensar, teorizar y actuar frente a los llamados trastornos mentales tras la revolución farmacológica, fundada en la creencia de que los psicofármacos, en su especificidad química, pueden ofrecer soluciones dirigidas a desviaciones volitivas, cognitivas o comportamentales puntuales. Esta lógica puede enmarcarse en el concepto más amplio de mirada molecular, desarrollado por Abir-Rached y Rose, que da cuenta de la racionalidad potenciada en las últimas décadas por el desarrollo de las neurociencias, que habría transformado la forma en que entendemos nuestras vivencias más íntimas, ahora interpretadas como productos del funcionamiento cerebral. La mirada neuromolecular que de ella se desprende concibe al organismo como “diseccionable, reducible a cualidades, conductas, células, genes y procesos cerebrales” y “a elementos atómicos: partes neuromoleculares que pueden diseccionarse y estudiarse separadamente del todo”, simplificando así radicalmente el estudio de aspectos como la conciencia, el

aprendizaje, la conducta, la memoria, las emociones (Abir-Rached y Rose 2010, p.24). Esta mirada ha permitido que entendamos cada vez más nuestra subjetividad a partir de causalidades molecularizadas, desde las cuales los “desórdenes mentales” pueden ser un producto de desbalances químicos a nivel neuronal, y/o la expresión de una configuración genética desafortunada.

Confluyen así aspectos económicos, mediáticos, tecnológicos, e institucionales para permitir, no solo que entendamos nuestro sufrimiento como “depresión”, y nuestra “depresión” como un déficit de serotonina, sino además podamos intervenir directamente sobre estos, a nivel neuronal, por medio de tecnologías psicofarmacológicas. Tanto Lakoff (2005) –que destaca la influencia de este mercado en las formas de producción de conocimiento de la nueva psiquiatría biomédica-, como Rose (2006) –que apunta al efecto del aparato publicitario en el entendimiento actual de los malestares personales y/o sociales- visibilizan el rol que la industria farmacéutica ha tenido en la consolidación de esta forma de concebir la subjetividad. Por tanto, no se ha de dejar de lado que el marco especulativo en que se mueve esta industria tiene un carácter marcadamente neoliberal.

Sin duda el desarrollo de psicofármacos ha transformado la experiencia psiquiátrica, permitiendo nuevas formas de intervención que van más allá del encierro, con lo que el psiquiátrico en tanto *institución total*, con sus rutinas formalmente administradas a un grupo de personas aisladas (Goffman, 2001), habría cambiado en sus formas de control y en la población a la que restringe en su espacio. En este sentido, la Terapia Electroconvulsiva, en tanto técnica que precedió –y fue desplazada por- el desarrollo de nuevas formas de intervención (Chavarría, 2013), toma mayor interés en su permanencia y función actual. Me interesa aquí analizar cuál es la función que cumple la TEC para la

psiquiatría contemporánea, en términos de su desfase con respecto a los desarrollos actuales de la disciplina. ¿Cuáles explicaciones se dan al funcionamiento de la TEC, desde una psiquiatría ampliamente influenciada por la mirada neuromolecular? ¿Qué nos dice el uso de la TEC respecto a la razón farmacológica?

1.4.4. LA BIOÉTICA ¿INSTANCIA DE LEGITIMACIÓN DEL BIPODER?

Cabe reconocer que la medicina en las últimas décadas ha sufrido una creciente “desprofesionalización” (Rose, 2007, p.700) debido a las críticas que desde distintos frentes –el legal, el bioético, el de la medicina basada en la evidencia, y el de las demandas de autonomía de los y las pacientes- se le han destinado, y entrando a regularla de formas complejas. A continuación discutiré el rol de la bioética en la práctica médica actual, a partir de los planteamientos de Zylinska (2009).

La bioética, rama de la ética aplicada a los problemas surgidos de la investigación y práctica bio-científicas, surge en el contexto de una crisis de auto-regulación dentro de la comunidad médica para establecer regulaciones al proceder de los médicos, condensadas en algunos principios básicos tales como la no-maleficencia y el beneficio social (Zylinska 2009, p.18). Esta rama, según Zylinska, ha sido desde sus inicios predominantemente un discurso de (bio)expertos, con un añadido disciplinar presente en la búsqueda de consistencia, el uso de la lógica formal y la exigencia de una precisión factual que, se pretendía, limitara la incidencia de factores subjetivos en los juicios éticos.

La bioética así en su versión “convencional”, y a través de distintas tradiciones, mantendría según la autora los siguientes componentes en común (2009, p.6): 1) Un sentido de normatividad. 2) La idea del sujeto humano racional, auto-contenido, y

transparente a sí mismo como fuente de las decisiones éticas. 3) La insistencia sobre la necesidad de universalización y aplicabilidad del juicio moral como supuesta solución al subjetivismo y el relativismo cultural en la toma de decisiones.

La emergencia de nuevas disciplinas tales como la neuropsicología, así como el cambio hacia una investigación basada en la tecnología, habrían complejizado según Zylinska la elaboración de regulaciones bioéticas en Occidente. Los debates disciplinares se verían así descentralizados en los años 70 en instituciones y oficinas particulares, cuyas respuestas a los nuevos problemas revestían un carácter primordialmente legalista. La influencia de la industria biotecnológica por medio de la inversión financiera en instituciones de investigación médica por su parte, habría contribuido a que se imponga vía globalización, una “*americanización de la bioética*” a nivel internacional (2009, p.14).

Lo anterior lleva a Zylinska a plantear que la posición dominante en la bioética actual, centrada en el procedimentalismo y el formalismo, tenga como una de sus principales tareas “*la legitimación del biopoder moderno vía instancias de ‘dar permiso’ a la ciencia*”, por medio de soluciones prácticas y recomendaciones específicas para casos particulares (íbid, p.19). Aquí me interesa explorar cómo los principios de la bioética son retomados por la psiquiatría, particularmente en lo que respecta al uso de la TEC. ¿Cuál es su presencia positiva en los discursos que dan cuenta de la legitimidad del proceder psiquiátrico?

1.4.5. CRÍTICA A LA IDEOLOGÍA DE DERECHOS EN LA PSIQUIATRÍA

En América Latina, en 1990, fue redactada la Declaración de Caracas en la “*Conferencia Regional para la Reestructuración de la atención Psiquiátrica dentro de los*

sistemas locales”. Este documento aboga por una atención psiquiátrica comunitaria, descentralizada, participativa, y preventiva; cuestionando la validez terapéutica del internamiento psiquiátrico, al cual cataloga como una medida asistencial y a menudo violatoria de los derechos humanos del paciente.

En el plan estratégico del H.N.P. para el período 2008-2012, se detallan 9 documentos legales internacionales a los que la práctica psiquiátrica del hospital debe adscribirse, 19 leyes a nivel nacional, 8 políticas institucionales internas, 10 Decretos, 17 reglamentos institucionales, 4 códigos, y 20 protocolos que rigen su práctica cotidiana.

Tales iniciativas recogen el espíritu de la que Goslin (citado por Rose, 1985) llamara la ideología de derecho, la cual propone que: 1) El acceso a servicios sociales y de salud para los “enfermos mentales” constituye un derecho; 2) Se debe involucrar a expertos no-médicos en la decisión de si alguien es involuntariamente internado en un hospital, limitando la administración de tratamiento sin el consentimiento del paciente, 3) El “enfermo mental” debe mantener su estatus civil, esto con el objetivo de combatir las prácticas paternalistas en el contexto psiquiátrico, y además para permitirle al primero que ejerza presión legal y política para garantizar sus derechos.

Rose (1985), por su parte, si bien reconoce que esta “ideología” introduciría transformaciones urgentes a la práctica psiquiátrica, esboza las siguientes críticas a su enfoque:

Parte de una crítica sociológica fallida acerca de la profesionalización y medicalización del control social: Esto pues no esboza una conceptualización lo suficientemente compleja de la naturaleza, objetivos y consecuencias de los distintos mecanismos de control: quién busca regular qué, por qué medios, en relación a qué

problemas y con cuáles objetivos. El sistema psiquiátrico actual, nos dice, actualmente no opera predominantemente por coerción sino que reviste un carácter contractual, mediado por imágenes que al ser interiorizadas son voluntariamente buscadas, y por medios de asistencia evaluados como válidos o necesarios por quien los recibe.

El concepto de libertad individual que utiliza para oponerse o limitar el internamiento involuntario: El individuo libre de elegir, nos dice Rose (1985), no es una base natural, universal o auto-evidente para el análisis y la crítica, pues este ha sido inventado por el discurso social y político occidental. Además, agrega, la autonomía es susceptible de ser utilizada tanto a favor como en contra del internamiento forzado, pues es precisamente la incapacidad de los y las pacientes psiquiátricos para presentarse como individuos libres, la que cimienta las atribuciones de “enfermedad mental”, y justifica que se tomen medidas para devolverles su autonomía perdida.

La formalización y protocolización de los procesos diagnósticos como medios para regular la práctica psiquiátrica: Desde el discurso de derechos, nos dice Rose (1985), se cuestiona la validez de la práctica psiquiátrica desde la base de su incapacidad para formular protocolos consensuados de diagnóstico comprensibles para personas no-expertas, con lo que se ha puesto en duda su cientificidad, abogando a menudo por una mayor formalización de los procesos. Esta estrategia sin embargo fallaría en incidir sobre las modalidades de entrenamiento profesional, la discusión sobre las categorías de clasificación, o los factores organizacionales y económicos que influyen sobre la toma de decisiones a nivel psiquiátrico.

A todo esto, y a modo de conclusión, Nikolas Rose (1985) sugiere que la ideología de derechos falla en transformar las relaciones de poder entre los psiquiatras y sus

pacientes, limitándose apenas a cambiar la distribución de autoridad en lo que respecta a la profesionalización de la infelicidad. En esta investigación entiendo la introducción del discurso de derechos como un elemento que ha transformado la práctica psiquiátrica de una manera que debe ser problematizada. Parto de que este es un discurso con características propias, que no puede ser del todo “absorbido” por el discurso psiquiátrico, pero con el que este último sí debe “vérselas” de alguna forma. El resultado de esta confrontación, en tanto condiciona la legitimidad de prácticas como la TEC, es lo que aquí me interesa.

1.5. Problema de investigación

La TEC históricamente ha sido legitimada por medio de estrategias diversas, ancladas en el saber –institucionalmente localizado- de épocas particulares, y por tanto han variado a través de las décadas. En esta investigación por tanto no me interesa discutir precisamente si el uso de la TEC es legítimo de acuerdo con algún estándar predeterminado, sino *¿cuáles son las reglas de formación de los estándares y supuestos que permiten su uso actual?* Para ello considero útil determinar la forma en que el discurso psiquiátrico incorpora elementos de los discursos bioético, de derecho, y biomédico, que otorgan un soporte ético a la práctica psiquiátrica de acuerdo con una lógica que, oficialmente, se puso en marcha en Costa Rica en la década del 1990 (en que se firma la Convención de Caracas). En la misma línea, me cuestiono por los recursos discursivos de que echan mano aquellos profesionales en psiquiatría que se oponen al uso de la TEC y que defienden enfoques alternativos al abordaje del sufrimiento psíquico extremo, *¿qué sujetos, objetos, medios y objetivos suponen estos enfoques? ¿En qué se diferencian del discurso que da soporte al*

uso de la TEC? Finalmente, me pregunto por la relación entre el discurso pro-TEC y la realidad de la que pretende dar cuenta, *¿qué relaciones se pueden esbozar entre el uso institucional de la TEC y el discurso que lo posibilita?*

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los elementos discursivos en que se afianza la legitimidad del uso de la Terapia Electroconvulsiva a partir de la década del 1990 y hasta 2016 en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Dimensionar diacrónica y sincrónicamente, en relación con sus usos pasados y en el contexto de la razón farmacológica, el uso actual de la TEC y su particularidad histórica a nivel internacional
- Identificar el balance de supuestos epistemológicos bio-médicos, legales y bioéticos según el cual se justifica el uso de la TEC en el Hospital Nacional Psiquiátrico

- Determinar bajo qué reglas y en función de qué objetivos manifiestos se administran los límites a la autoridad psiquiátrica de intervención sobre los y las pacientes en el Hospital Nacional Psiquiátrico

1.6. Metodología

La presente propuesta es de corte cualitativo documental. Esta se enmarca en la epistemología crítica, la cual apunta a la deconstrucción del conocimiento moderno por medio de la descripción del interjuego de reglas que hacen que emerjan unos enunciados sí y otros no en un tiempo y lugar determinados (Lodoño-Vásquez y Frías Cano, 2011). Para ello me serví del análisis discursivo basado en Foucault, desde el cual según Deleuze no se eligen “las palabras, frases y proposiciones de base ni según la estructura ni según un sujeto-autor del que emanarían, sino según la simple función que ejercen en un conjunto” (1987, p.42). Por medio de esta investigación, pretendo explorar cómo enunciados provenientes de los discursos legal, bio-médico y bio-ético se repiten, contradicen, comprueban, desechan o implican entre sí tanto en el discurso oral de los psiquiatras como en los documentos institucionales o académicos para dar legitimidad al uso actual de la TEC en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

La estrategia para abordar el uso de la TEC consiste la triangulación de las siguientes fuentes de información: 1) Documentos institucionales normativos o didácticos que recomiendan, describen, regulan, y/o justifican el uso de la TEC. 2) Entrevistas semi-estructuradas individuales o grupales con psiquiatras en calidad de expertos en TEC y psiquiatras que se oponen a su uso. 3) Tesis y estudios clínicos en torno a la TEC, nacionales e internacionales. Por medio de esta triangulación, intento acercarme de una

manera más integral al problema. Estos tres niveles de análisis se compararan y contrastan entre sí a lo largo del texto.

El estudio se enfocó en el Hospital Nacional Psiquiátrico, ubicado en Pavas de San José, debido a que 1) los protocolos sobre el uso de la TEC que habrían de regir a nivel nacional fueron elaborados en esta institución; 2) históricamente, si se traza una línea desde su antecesor el Asilo Chapuí y hasta la actualidad, ha sido el sitio en que este procedimiento ha sido mayormente administrado en el país; 3) es en el H.N.P. que los y las psiquiatras formadas en el país, sin importar dónde se ubiquen laboralmente, realizan su especialidad médica; y 4) algunos de sus documentos oficiales (entre ellos, los protocolos y la fórmula de consentimiento informado) son de acceso público.

Documentos: la elaboración de esta tesis implicó una amplia revisión de documentos, iniciando con los cuatro protocolos para el uso de la TEC elaborados por el H.N.P. hasta el momento, y que pude consultar en la biblioteca Gonzalo González Murillo, del hospital. Estos me permitieron profundizar en las disposiciones con que se utiliza: para quiénes y por qué debe usarse, los y las profesionales que están autorizadas a recomendarla, administrarla y hasta imponerla, las condiciones en que esto debe darse, etc. En este sentido también me fue necesario analizar el reglamento de bioética de la CCSS, y el formulario de consentimiento informado para TEC. Al estudio de los documentos explícitamente normativos se agregó el de los documentos utilizados con fines didácticos, que pretendan informar sobre la técnica y/o comercializarla, entre ellos libros de enseñanza de la psiquiatría y guías emitidas por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y de los cuales me serví para problematizar las relaciones de poder en que se juega la producción, difusión y consumo de conocimiento en torno a la TEC. Estudié además tesis

de psiquiatría de producción nacional, estudios clínicos, y sistematizaciones en torno al tema, las cuales me ayudaron a problematizar los marcos investigativos desde los cuales debe justificarse en la actualidad este procedimiento, además de poder contrastar sus resultados con los lineamientos institucionales que se pretenden basados en la evidencia. Otros documentos como la Política Nacional en salud mental 2012-2021, la Ley de Discapacidad, la Declaración de Caracas, entre otros, me permitieron ubicar los procesos relativos a la TEC dentro de proyectos biopolíticos más amplios.

Profesionales en psiquiatría: Se utilizó un muestreo no-estadístico, por bola de nieve, que posibilitó realizar entrevistas semi-estructuradas a 7 psiquiatras con las siguientes características: 4 hombres y 3 mujeres, todos ellos menores de los 40 años. Dos de estos habían laborado directamente en el H.N.P., siendo uno de ellos al momento de la entrevista miembro del Comité de TEC, mientras que el resto realizó sus estudios en esta institución, empleándose posteriormente en otras instituciones públicas.

Las entrevistas se enfocaron en los siguientes temas: 1) Explicaciones del funcionamiento de la TEC (cuáles son las teorías disponibles, a cuáles se adhiere, qué tipo de evidencias considera valiosas); 2) Experiencias en torno a la TEC (en qué casos se ha utilizado, bajo qué condiciones, con qué resultados); 3) Sustento ético/social del uso de la TEC (qué implicaciones puede tener para los y las receptoras del tratamiento a nivel psicológico, cognitivo, emocional, y en función de qué objetivos se admiten determinados efectos secundarios, qué función cumple la TEC para la medicina y la sociedad); 4) Conocimiento y opinión respecto a alternativas a la TEC.

Se mantuvo flexibilidad en cuanto a las condiciones de la entrevista, de manera que cuatro de estas fueron desarrolladas de manera individual, mientras que en una entrevista

grupales participaron los restantes tres psiquiatras –una disposición que no se tenía prevista pero que acabó por enriquecer el intercambio. Existió sin duda alguna un sesgo etario en la muestra, que no incluye a psiquiatras que lleven 10 o más años de práctica en el hospital, y que responde al método empleado para conseguir las entrevistas. No obstante a pesar de este sesgo y de que el grupo de psiquiatras que contribuyeron con una entrevista es reducido, los hallazgos muestran una variedad significativa de posiciones en torno al procedimiento, a la vez que permiten identificar reiteraciones, continuidades y contradicciones en sus discursos, según la forma en que se apropiaron de argumentos bioéticos, legales, y científicos (entre otros) para justificar su posicionamiento.

Estadísticas en el uso de la TEC: Las estadísticas con que conté constituyen datos parciales y discontinuos, provienen de anuarios estadísticos, tesis y artículos en la prensa. No pude acceder a datos recientes dado que estos no son accesibles al público general. Esto me obligó a descartar un objetivo específico dirigido a contrastar las normativas en TEC con sus usos concretos según lo mostraran las estadísticas. No obstante a lo largo del texto intenté abordar esta pregunta a partir de los testimonios de los y las psiquiatras. Otras reflexiones en torno a las brechas entre los estudios clínicos, las normativas internacionales, y las nacionales, que también trabajé aquí, arrojan pistas de interés respecto a la relación entre el discurso que justifica la TEC y la cotidianidad hospitalaria.

Capítulo 1. El retorno de la TEC, una contextualización histórica

La psiquiatría, según describe Michel Foucault (2007), adquirió autonomía como especialidad en el siglo XIX, al inscribirse dentro del campo médico, y a pesar de su distancia real con respecto a las prácticas en medicina de la época. Esto pues, si bien en sus inicios la psiquiatría contaba con intervenciones propiamente médicas, orientadas a los tratamientos de orden humoral -sangrías, purgaciones, vómitos (De Young, 2010)-, estos procedimientos no obstante se veían regularmente desacreditados. Fue por tanto en un segundo tipo de intervención, que no requería de “un reconocimiento médico de las causas de la enfermedad, ni de la aplicación de una técnica médica a un proceso patológico”, que la función del psiquiatra se vio formulada, y legitimadas sus capacidades de curación: el “tratamiento moral” propuesto por los padres de la psiquiatría, que consistía a grandes rasgos en una lucha por someter y domesticar la voluntad del loco. De manera que

“entre aquellos a quienes podemos considerar como los fundadores de la psiquiatría, la operación médica que llevan a cabo cuando curan no tiene, en su morfología, en su disposición general, virtualmente nada que ver con la que está

entonces en proceso de convertirse en la experiencia, la observación, la actividad diagnóstica y el proceso terapéutico de la medicina” (Foucault, 2007, p.28).

La instancia médica, argumenta Foucault, funcionó en psiquiatría como poder mucho antes de funcionar como saber, marcando una total disimetría en la relación médico-paciente, en que se dotaba al primero de “un poder ilimitado al que nada puede ni debe resistirse” (Foucault, 2007, p.17). Sobre esta distribución del poder y sus redes se articularía en adelante la vida asilar, afianzándose en las calificaciones médicas del psiquiatra.

A lo largo de varias décadas la cura psiquiátrica se buscó en diversos elementos, a veces combinados entre sí sin que alguna teoría o explicación diera cuenta de ello, incluyendo: el aislamiento asilar, la disciplina y el reglamento, el régimen alimentario, horas de sueño y trabajo, la medicación “psicofísica” –ducha, silla rotatoria-, el tratamiento basado en un modelo familiar, y la hipnosis (Foucault, 2007).

Estas y otras formas de tratamiento, según señala De Young (2010), estuvieron indistintamente sujetas a controversias –particularmente entre psiquiatras-, no sólo a posteriori, sino a menudo durante la época en que se promovían y practicaban. Si bien algunas de las discusiones entre el personal asilar mantenían un carácter estrictamente interno -de manera que el público general, los y las pacientes ignoraban que existían desacuerdos al interior de la disciplina-, los testimonios de pacientes que denunciaban las arbitrariedades y violencias a que fueron sometidos durante su paso por el asilo estuvieron presentes desde temprano en la historia de la disciplina, y alcanzaron en ocasiones a movilizar la discusión pública en torno al sistema asilar. Así por ejemplo Edgar Allan Poe,

tras recibirlo, satirizó el tratamiento moral en un cuento publicado en el año 1845. En 1851 Isaac Hunt publicó en EE. UU. su libro *Revelaciones Asombrosas!: Tres años en un asilo de locos*, en que narraba su experiencia en el asilo y denunciaba la crueldad, el trabajo denigrante, y la medicación forzada a los que se le había sometido, igualmente, en el marco del tratamiento moral. Hunt concluía que esta modalidad de intervención, en tanto otorgaba un poder absoluto al psiquiatra, se prestaba para toda suerte de abusos.

Durante las últimas décadas del siglo XIX la terapia moral empezaba a caer en desuso, no sólo en respuesta a las críticas hechas por pacientes y testigos de la población civil, sino debido a que su efectividad pretendida mostró ser ilusoria. La emergencia de la especialidad en neurología presionaba a los y las psiquiatras a dar un fundamento médico a su accionar, proponiéndose –como lo hiciera Edward Spitzka en 1887- que los neurólogos se hicieran cargo de los asilos. Otros médicos proponían la locura como una enfermedad corporal, cuyo conocimiento e intervención debía basarse en contribuciones de química orgánica, bacteriología, anatomía y fisiología (De Young, 2010)².

En adelante, se ensayaron curas biológicas para la locura, entre ellas la extracción quirúrgica de dientes infectados, partes del estómago y el intestino delgado, apéndice, vesícula biliar, útero, glándulas de tiroides, y colon (promovidas por Cotton con su teoría de la locura basada en la sepsis); así como la inducción de fiebres por múltiples métodos, entre ellos, inyectando sangre de caballo en la espina dorsal de los y las pacientes, sumergiéndoles en agua caliente, e inoculándoles con Malaria (bajo el modelo del tratamiento para neurosífilis) (De Young, 2010).

²Alrededor de estos años en Costa Rica (1890) se inauguró el Hospital de Insanos o Asilo Chapuí, destinado a “enfermos” pobres, y el primero de su clase en Centroamérica. A su historia particular me referiré en el capítulo final de este trabajo.

Algunos de estos tratamientos gozaron de prestigio y fueron considerados, al igual que el tratamiento moral, como evidencias de que la locura era susceptible de ser tratada y curada³. Hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX la noción de manicomio o asilo fue desplazada por la del Hospital Psiquiátrico, siguiendo un modelo de psiquiatría que abandonaba la degeneración moral como origen de la enfermedad mental, y apostaba en cambio por una causalidad ubicada en las estructuras del cerebro (Malpica et al. 2002). Esta trayectoria fue seguida por la psiquiatría latinoamericana, la cual inicialmente se fundó sobre el legado español, francés y en el caso de Costa Rica alemán, para fortalecerse a partir del siglo XX el influjo de la psiquiatría estadounidense.

Al surgir las *terapias de shock* en las primeras décadas del siglo XX, dominaba en el ámbito psiquiátrico el discurso de base psicoanalítica. Sin embargo la incorporación de estos procedimientos contribuyó a inclinar la balanza, a nivel discursivo y práctico, a favor de la perspectiva biológica de la enfermedad mental, que a grandes rasgos persiste hasta el presente. No obstante el saber médico en torno a la locura continuaría siendo objeto de profundos cuestionamientos.

Los psiquiatras pioneros de las terapias de shock, aun cuando carecieron de un saber que sustentara sus acciones, contaron en tanto médicos con amplias potestades sobre los y las pacientes a su cargo. De estos se sirvieron como objetos de experimentación,

³Así por ejemplo, se escribía en el *Trenton Times* respecto a los métodos de Cotton en 1921: “El Dr. Henry A. Cotton... difícilmente puede pedir una mejor publicidad de sus nuevos métodos para tratar a los pacientes locos que el contenido en la afirmación de que en los últimos años las tasas de egreso de la institución ha superado la tasa de admisión... rivales celosos pueden ridiculizar lo que han llamado el tratamiento “arranca dientes” practicado por el Dr. Cotton, pero los resultados cuentan, y cuando uno puede demostrar que sus métodos han aumentado de manera medible el número de curas y producido un descenso visible en la población hospitalaria, que por algunos años ha mostrado un aumento constante, él puede darse el lujo de reírse de sus críticos y sentirse alentado en que está siguiendo sus experimentos en la dirección correcta” (De Young, 2010, p.188).

sometiéndoles de manera invariablemente impune a tratamientos que ponían sus vidas en riesgo o implicaban efectos secundarios de peso, y a los que no tenían opción de rehusarse.

Precisamente, la posterior respuesta organizada de los y las receptoras a estas terapias tendrá repercusiones en la imagen pública de los procedimientos, cuestionados en su pertinencia médica al asociárselos con escenas de tortura. Así, las mismas terapias que facilitaron el reconocimiento de la psiquiatría como una ciencia médica, denunciaban en su modalidad su función disciplinaria. En parte debido a esto, la psiquiatría optará por privilegiar el uso de psicofármacos por encima de la TEC -si no de manera absoluta, al menos mayoritariamente-, inclinándose con ello hacia un paradigma neuromolecular de la enfermedad mental.

Durante la década de los 80's, la psiquiatría aspiraba a la eventual capacidad de crear medicamentos inteligentes, dirigidos a intervenir causas biológicas precisas tras las distintas "enfermedades mentales". La psicofarmacología llegó a tener un lugar central en el mantenimiento de los modos de vida modernos, y a producir a nivel comercial ganancias billonarias a través de sus *blockbuster drugs* (fármacos "éxito de taquilla"). Sin embargo en la actualidad la revolución psicofarmacológica evidencia haberse quedado corta en sus alcances, con respecto a los *sueños pasados* de la psiquiatría biomédica (Rose, 2014). Ahora, ante las limitaciones del modelo psicofarmacológico, hay psiquiatras que abogan por una reconsideración de la relevancia y utilidad atribuidas a la Terapia Electroconvulsiva.

2.1. Crisis psicofarmacológica: una oportunidad para el "retorno" de la TEC

La industria farmacológica, como un todo, está estructurada sobre un modelo orientado a la crisis (Rajan, 2012) –caracterizado por la dependencia hacia las patentes de las *blockbuster drugs*; una estructura regulatoria que somete a los medicamentos candidatos a ensayos clínicos cada vez más grandes, complejos y costosos; y la sujeción al mercado especulativo, desde el cual se exige a las empresas maximizar el crecimiento y minimizar el riesgo, reorientando las inversiones hacia la adquisición y en detrimento de la Investigación y Desarrollo (I+D). Además, el descubrimiento y desarrollo de medicamentos para el Sistema Nervioso Central implican mayores y más riesgosas inversiones, se fundamentan en modelos animales poco adecuados, y escasean en objetivos moleculares nuevos.

La crisis de innovación en el sector de los psicofármacos, señala el sociólogo Nikolas Rose (2014), fue reconocida con la decisión de las corporaciones farmacéuticas GlaxoSmithKline (GSK) y AstraZeneca en el año 2010 de reducir sus inversiones en I+D en desórdenes del Sistema Nervioso Central, a pesar de situarse entre las cinco empresas líderes a nivel mundial en términos de desarrollo y descubrimiento de estos medicamentos. GSK se retiraría de la investigación en “depresión” y “ansiedad” alegando pocas probabilidades de éxito, así como un costo desproporcionadamente alto para obtenerlo, en el desarrollo de tratamientos novedosos para estas condiciones. Semanas después AstraZeneca cerraba instalaciones de investigación en EE. UU. y Europa, deteniendo con ello el trabajo en descubrimiento de fármacos para “esquizofrenia”, “trastorno bipolar”, “depresión” y “ansiedad”⁴.

⁴ Para el caso de GSK, dado que la empresa ha estado envuelta en diversos escándalos relativos al mercadeo e investigación de sus psicofármacos, esta decisión no resulta sorprendente. En 2012 GSK se declaró

Thomas Insel, director del National Institute of Mental Health (NIMH) –la principal agencia federal para la investigación de los desórdenes mentales en EE. UU.-, expresó en respuesta a estos anuncios que el problema yace no en que GSK y AstraZeneca recorten gastos en desarrollo, sino en el desarrollo mismo de fármacos para el SNC, un ámbito caracterizado por la existencia de unas pocas entidades moleculares –continuamente mercadeadas para nuevas condiciones-, muy pocas ideas nuevas, y “casi nada que dé alguna esperanza de transformación en el tratamiento de enfermedades mentales” (Miller, citado por Rose 2014).

Pocos meses después, destaca Rose (2014), Steven Hyman, ex director del NIMH, publicaría un artículo titulado *Revolución Estancada* (Revolution Stalled), en que discute las razones por las que la revolución psicofarmacológica, con su promesa de guiar a los y las psiquiatras hacia un tratamiento preciso de la “enfermedad mental”, ofrece en la actualidad un panorama más bien desalentador: los múltiples fármacos “antidepresivos” desarrollados en las últimas décadas han fallado en superar a sus primeros antecesores (la Imipramina y los IMAO’s); los fármacos “antipsicóticos” alcanzaron su pico de eficacia

culpable y accedió a pagar \$3 billones de dólares por cargos criminales y de responsabilidad civil, hasta el momento la mayor suma pagada en la historia de EE. UU. por una compañía farmacéutica en una demanda de fraude en servicios de salud. Entre los cargos destaca la promoción ilegal de algunos medicamentos de prescripción, es decir, el mercadeo de medicamentos para condiciones no aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA), y pago de comisiones a médicos/as que los recetaran. Así se promovió el uso del antidepresivo Paxil en menores de edad, a pesar de no contar la empresa con evidencia a favor de su efectividad en esta población. El Wellbutrin por su parte, aprobado como tratamiento para el “trastorno de depresión mayor”, fue promovido para la pérdida de peso, la disfunción sexual, el abuso de sustancias y el déficit atencional con hiperactividad (Departamento de Justicia, 2012). En 2015 el *British Medical Journal* reveló que GSK manipuló los resultados de investigaciones sobre la droga Paroxetina, la cual –alegó la revista- produciría conductas suicidas en adolescentes y niños: “el así llamado estudio 329, firmado por 22 investigadores y publicado en 2001, originalmente establecía que el fármaco era efectivo en tratar la depresión. En realidad, esta pieza de investigación fue escrita por Sally K. Laden, una autora fantasma (ghostwriter) pagada por la compañía farmacéutica que financió el estudio para demostrar la eficacia de la molécula. Al equipo de investigadores tenaces y eficientes le tomó catorce años revertir los resultados del estudio y mostrar que la Paroxetina aumenta el riesgo de ideación suicida entre los y las jóvenes que la consumen” (Clemente, 2015).

con el descubrimiento de la Clozapina en la década del 60; por su parte el Litio –conocido desde los años 50- continúa siendo el “estabilizador de ánimo” de mayor uso, y a pesar de su alto nivel de toxicidad. En síntesis, según Hyman, los objetivos moleculares de las medicaciones psiquiátricas actualmente aprobadas son los mismos que los de sus prototipos de antes de los 60’s, y aún no se cuenta con un conocimiento sustancial respecto a su modo de funcionamiento. La crisis de innovación es agravada por los crecientes costos de la I+D, a lo que se suma que las drogas para el SNC tardan más en salir al mercado, y además tienden a fallar en fases tardías de los ensayos clínicos, provocando gastos excesivos y altamente riesgosos, en tanto solo un 8% de los fármacos para el SNC que llegan a la primera fase de prueba con humanos salen eventualmente al mercado; todo lo cual motiva a las empresas farmacológicas a invertir más en otras áreas (Hyman, 2010).

El reconocimiento generalizado de esta situación sin embargo conllevaría el descrédito de una psiquiatría biomédica profundamente enraizada en el modelo psicofarmacológico, dado que sus modelos animales, hipótesis bioquímicas y genéticas, y sistemas diagnósticos se fundan en la influencia de los fármacos descubiertos durante los 50-60’s (Miller, 2010). En otro artículo del 2013, titulado *Desarrollo de Drogas Psiquiátricas: Diagnóstico de una Crisis*, Hyman identifica uno de los mayores problemas en el desarrollo de nuevas moléculas, declarando que “las raíces moleculares y celulares de los desórdenes psiquiátricos permanecen desconocidas”, y que “inclusive puede probarse que los fármacos efectivos pueden no ser claves útiles para entender los mecanismos de las enfermedades. Inclusive si las drogas que bloquean los receptores de dopamina tratan los síntomas psicóticos, esto no implica que el problema fundamental es un exceso de

dopamina en mayor medida en que el alivio del dolor en respuesta a la morfina sugiere que el problema original es una deficiencia de opiáceos endógenos” (Hyman, 2013, p.7).

Una crisis del modelo psicofarmacológico implica una crisis epistemológica para la psiquiatría biomédica como un todo, que en la medida en que asuma las limitaciones de estos tratamientos se verá progresivamente forzada a re-organizar su aparato investigativo y conceptual. En este sentido, registra Rose (2014), el 29 de abril del año 2013, pocas semanas antes de la publicación del Manual Diagnóstico Estadístico V (DSM-V) producido por la Asociación Americana de Psiquiatría, Thomas Insel, director del NIMH, publicó un comunicado titulado *Transformando el Diagnóstico* (Transforming Diagnosis), en que afirmaba:

“Mientras el DSM ha sido descrito como una “Biblia” para el campo (de la psiquiatría), este es, si acaso, un diccionario, que crea una serie de etiquetas y define cada una. El fuerte de cada una de las ediciones del DSM ha sido la “confiabilidad” –cada edición se ha asegurado de que los clínicos usen los mismos términos de las mismas formas. La debilidad es su falta de validez. A diferencia de nuestras definiciones de enfermedad cardíaca isquémica, linfoma, o SIDA, los diagnósticos del DSM están basados en un consenso acerca de agrupaciones de síntomas clínicos, no alguna medida objetiva de laboratorio. En el resto de la medicina, esto sería el equivalente a crear sistemas diagnósticos basándose en la naturaleza del dolor de pecho, o la cualidad de la fiebre. En efecto, los diagnósticos basados en síntomas, en algún momento comunes en otras áreas de la medicina, han sido ampliamente reemplazados en el pasado medio siglo según hemos

comprendido que los síntomas por sí solos raramente indican la mejor elección de tratamiento.”

Por estas razones, anunció Insel, el NIMH “estará re-orientando su investigación para distanciarse de las categorías del DSM”, lanzando su proyecto *Research Domain Criteria (RDoC)*. Según detalla Rose (2014) este proyecto se propone recopilar datos de grandes poblaciones de pacientes mentales, incluyendo información genética, imágenes cerebrales, ciencia cognitiva, y otros niveles de información, en búsqueda de patrones que sienten las bases para un nuevo sistema clasificatorio apoyado en pruebas de laboratorio.

Aún antes, sin embargo, de que los procesos aquí descritos alcanzaran este punto, amenazando con el colapso de la infraestructura misma para el desarrollo de la investigación en psicofarmacología, ya académicos y psiquiatras habían denunciado por años, sin tener mayor impacto, el sueño psicofarmacológico -de la especificidad, los objetivos dirigidos, y el conocimiento de los mecanismos neuromoleculares específicos tras cada diagnóstico psiquiátrico-, como un mito promovido por las industrias farmacéuticas para mercadear sus fármacos, y en detrimento de la salud de los y las usuarias; entre ellos: el mundialmente reconocido Dr. David Healy.

Healy desarrolló una crítica al modelo psicofarmacológico, sus postulados y el interés económico tras su mantenimiento a lo largo de varios de sus libros -que empiezan a publicarse desde la década del 90- donde denuncia, entre otros aspectos, la negativa de la industria a dar a conocer los efectos secundarios de estos medicamentos. El psiquiatra inclusive llegó a fundar y dirigir *Data Based Medicine Limited*, que a través de su sitio web recibe reportes directos de efectos secundarios por parte de los consumidores de

psicofármacos, una medida que según palabras del psiquiatra apunta a aumentar la cuota de poder que los y las pacientes tienen en la relación médico-paciente (Healy, 2015).

Healy (2015), crítico asiduo de la industria psicofarmacológica, según se desprende de su apuesta por el uso de la TEC, no por ello deja de defender la pertinencia del modelo médico en el tratamiento de las “enfermedades mentales” –un modelo que define como la relación de confianza en que el/la paciente acepta que se le “intoxique”, con fármacos, e inclusive se le “mutile”, en las cirugías, para ocasionarle un bien-, con lo que declara no oponerse tampoco al uso de psicofármacos. Según plantea el autor, el error cometido por la psiquiatría consiste en haberse fijado en el modelo psicofarmacológico, orientando sus hipótesis en torno a la “enfermedad mental” hacia un nivel neuromolecular, y dejando por fuera las posibles explicaciones desde un punto de vista endocrinológico, indicadas por los efectos de las terapias de shock.

En el año 2007 el psiquiatra David Healy publicaría junto con el historiador de la medicina Edward Shorter un libro titulado *Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*, en que ambos autores reivindicarían el uso de este procedimiento, considerándolo una especie de *Penicilina psiquiátrica* injustamente desprestigiada, y anunciando su “retorno” a la práctica psiquiátrica, como respuesta a la ineffectividad de los psicofármacos para aliviar los síntomas de algunas poblaciones. Poco después Shorter colaboró con el especialista en TEC Max Fink, en la producción de un libro titulado *Endocrine Psychiatry* (2010), con que afirmaban su proyecto de re-establecer la psiquiatría como una ciencia médica basada en la biología de todo el cuerpo.

El retorno de la TEC anunciado por Healy y Shorter, en efecto, parece ser un fenómeno mundial. En paralelo al auge y eventual crisis de los psicofármacos, la Terapia Electroconvulsiva, después de verse desacreditada por varias décadas –aunque no por ello abandonada del todo en su uso a nivel internacional-, empezaría progresivamente a reconsiderarse en su importancia como método terapéutico en psiquiatría. Si bien este retorno requirió décadas de trabajo por parte de sus mayores defensores, sus efectos comenzarían a hacerse evidentes mayoritariamente hacia el siglo XXI.

Intentaré problematizar sobre este y otros procesos -cuyas implicaciones analizaré con mayor detalle en capítulos posteriores- según son desarrollados por Healy y Shorter en su *History of Shock Therapy*. Expondré además algunas de las posiciones sostenidas por figuras académicas y activistas en contra del procedimiento. Estos difieren entre sí en la medida en que atribuyeron distintas funciones a la psiquiatría y a la TEC, que daban pie a soluciones variadas a las problemáticas señaladas respecto a su uso inicial. La forma en que el conflicto entre las miradas y experiencias de estos grupos fueron socialmente tramitadas tendrá consecuencias en la eventual caída en desgracia y “retorno” de la TEC.

Cabe advertir que la historización de la TEC desarrollada en este capítulo no es de manera alguna exhaustiva. Esto pues si bien busca ubicar la TEC en su uso internacional, se centra principalmente en el caso estadounidense; y aún en lo que respecta a este país, se limita a puntualizar algunos eventos –a mi parecer- claves para la problematización de su uso actual. Este sesgo espacial responde en parte a la disponibilidad de investigación histórica en el tema, así como la predominancia de Estados Unidos, hasta el presente, como productor de conocimiento en psiquiatría. Según reportan Malpica et al. (2000) para este año entre un cuarto y un tercio de todos los psiquiatras del mundo vivían y trabajaban en

los Estados Unidos, país que entonces concentraba las 2/3 partes de los recursos mundiales para la investigación psiquiátrica. Costa Rica, por su parte, ha sido históricamente un país consumidor de conocimientos psiquiátricos producidos en el Norte (discutiré las implicaciones y contradicciones de esta dinámica de consumo en otros capítulos); de manera que los cambios históricos atravesados por el discurso y prácticas en torno a la TEC en EE. UU. tienen ramificaciones que resultan determinantes en nuestro contexto. Finalmente, la producción de una historia nacional de la TEC excede los alcances de esta investigación.

2.2. Terapias de shock: la esperanza somática en psiquiatría

La TEC, como he adelantado, surge en un contexto en que los psiquiatras disponían de los cuerpos de sus pacientes con autoridad incontestada, encontrándose en libertad casi absoluta de dar seguimiento a sus hipótesis y hallazgos empíricos por la vía experimental, a costa de la integridad de las personas a su cargo. Era esta una actitud que se enmarcaba en la relación médico-paciente según se la comprendía en la época, esperándose de este/a última una total disposición y obediencia hacia las recomendaciones de su doctor. Sin embargo, además, a través de la categoría de paciente psiquiátrica operaba una deshumanización profunda de la persona, que le colocaba en una posición de vulnerabilidad aumentada y proporcional, argumentaré, a la urgencia de los y las psiquiatras por afirmarse en tanto profesionales de la medicina. Esto significó la administración forzosa de procedimientos a pacientes aun ante su abierto rechazo, a menudo acompañado de terror, hacia los mismos. Bajo estas coordenadas, la autoridad

psiquiátrica se sostenía como irrefutable, predominando el silencio por parte de otros sectores de la sociedad.

Durante la época en que las terapias de shock adquirieron relevancia, los y las psiquiatras publicaban sus experimentos con pacientes en revistas médicas, ofreciendo de ellos una descripción detallada. Posteriormente, se llegaría inclusive a organizar presentaciones públicas en que una audiencia compuesta por médicos y periodistas podía presenciar en vivo cómo se las aplicaba a los y las pacientes. En un evento de esta naturaleza, Manfred Sakel presentó su Terapia Hipoglucémica frente a más de 1000 espectadores en Nueva York (De Young, 2010). En la Clínica de Roma, se convocaba con el sonido de una trompeta al personal médico interesado en mirar, cada vez que se utilizaba la TEC (Healy y Shorter, 2010). No era por tanto secreto lo que entonces ocurría en los hospitales psiquiátricos: la necesidad de un manejo agresivo de los y las pacientes era aceptada de manera general.

Décadas después, en un contexto en que la psiquiatría pretende haber dejado tales prácticas atrás, Healy y Shorter (2010) publican su *History of electroshock therapy* que visibiliza los violentos orígenes de la TEC -la última y más popular terapia de shock- pero que, en tanto apunta a promover el uso del procedimiento, se aboca a insertarlos en una narrativa defensiva. De allí que a lo largo de sus páginas sostengan el mito de una “pequeña banda de migrantes europeos (...) que vieron los méritos de la terapia electroconvulsiva y sostuvieron su uso a pesar de la antipatía profesional y el ostracismo, y los ataques públicos y gubernamentales” compuesta por los “héroes no reconocidos de la historia psiquiátrica del siglo veinte”. Es la efectividad actualmente atribuida a la TEC, su potencial percibido de ofrecer una respuesta a las interrogantes aún no resueltas por la

psiquiatría, la que reivindicará en retrospectiva las imposiciones y arbitrariedades que predominaron en su uso pasado. No obstante los hechos que componen esta historia, hasta el presente, traicionan una segunda narrativa posible: la de una psiquiatría con dificultades para atender a la dimensión social del sufrimiento humano, y su afán compulsivo por afirmar su poder de curación. Intentaré mostrarlo a partir del texto de estos autores.

2.2.1. EL SHOCK HIPOGLICÉMICO

Manfred Sakel será quien acuñe el término *terapias de shock* con su “terapia de shock hipoglicémico”, en Viena de 1933. El psiquiatra ideó su método pues acostumbraba administrar pequeñas dosis de insulina a sus pacientes, con el objetivo de aumentarles el apetito. En una ocasión –de manera presuntamente accidental- provocó una sobredosis insulínica a uno de ellos, haciéndole entrar en un coma hipoglicémico acompañado de convulsiones. Al recuperarse el paciente del trance, Sakel observó que sus síntomas esquizofrénicos habían disminuido. Este resultado, según el psiquiatra reiterado en múltiples pacientes sometidos al mismo procedimiento, pronto daría pie a su noción de terapia de shock. Esta inicialmente contemplaba por igual al coma y las convulsiones –en tanto formas de shock- como agentes terapéuticos.

El shock hipoglicémico era un procedimiento en que reconocidamente se llevaba a los y las pacientes “al borde la muerte”, un proceso “complicado, difícil y peligroso” según describió Sakel en una publicación al respecto (Healy y Shorter, 2010, p.18). El tratamiento se extendía por semanas durante las cuales se intercalaban períodos de shock con períodos de descanso, por lo que requería de personal especializado e instalaciones particulares. Durante el shock, según relatos de periodistas, algunos pacientes se ahogaban,

“emitían sonidos terroríficos como de animal”, se vomitaban y defecaban. El personal de enfermería no tenía tiempo de limpiar el vómito ni cambiar las sábanas, debiendo enfocarse en impedir que el/la paciente cayera de la cama durante las convulsiones (De Young, 2010, p. 200). El procedimiento por tanto no solo era profundamente desagradable para el/la paciente sino que ameritaba además esfuerzos físicos y logísticos de peso, por parte del personal hospitalario.

A la terapia con insulina se atribuía una tasa de mortalidad del 2% (De Young, 2010), añadiéndose al riesgo de muerte la experiencia reiterada de sentirse morir y volver a la vida. Según palabras de William Moore, veterano de la II Guerra Mundial sometido al procedimiento:

“Todos deberían tomar el tratamiento con insulina. Así sabrán de antemano lo que toda la vida se han preguntado –cómo se siente morir, cómo es pasar de esta vida a la siguiente. Dado que el coma al que uno entra durante el tratamiento es lo que pasa cuando la insulina se come el azúcar en la sangre, o algo; es morirse de hambre, más o menos, la única diferencia real siendo que somos traídos de vuelta a la vida, somos devueltos al mundo que dejamos...” (citado por De Young, 2010, p. 202).

No obstante los riesgos evidentes, la experiencia de muerte por hambre provocada al/a la paciente, así como la carga de trabajo que la administración del shock hipoglucémico implicaba, su uso fue acogido con entusiasmo por el gremio psiquiátrico a nivel internacional. Así por ejemplo, en una visita de dos meses a Sakel, el psiquiatra estadounidense Joseph Wortis fue testigo de una muerte y dieciocho egresos exitosos, entre veinticinco pacientes sometidos a shock hipoglucémico. Su balance final de esta

experiencia priorizaba el potencial egreso de cierto tipo de pacientes, por encima inclusive del riesgo de muerte, considerando que “la justificación por las pérdidas han sido los notables resultados en los casos restantes de una enfermedad, de otro modo, casi sin arreglo” (Healy y Shorter, 2010, p.18).

El peligroso entusiasmo en torno al procedimiento resultaba aún más desproporcionado en la medida en que, entre los y las pacientes que recibían terapia hipoglicémica, la mayoría de quienes obtenían el egreso volvían a ser internados. Conscientes de ello, los psiquiatras de la época –no contando con mejores opciones para el tratamiento somático y mostrando una importante dificultad para reconocer las limitaciones de sus procedimientos- propusieron que de dar un tratamiento insulínico agresivo, se le podía brindar a los y las pacientes periodos significativos de bienestar. Una actitud más crítica frente al shock hipoglicémico exponía a los psiquiatras a la pérdida, no solo de un recurso útil para el funcionamiento institucional, sino además de la legitimidad gremial que aportaban las historias de éxito terapéutico. Se sostenía entonces, según propusiera el comisionado de higiene mental de Nueva York Paul Hoch, que a partir de los efectos del shock hipoglicémico sobre los y las receptoras se podía afirmar la naturaleza orgánica de la “esquizofrenia”, haciéndola susceptible de tratarse como cualquier otra enfermedad.

Después de recibir en Viena a múltiples grupos de psiquiatras extranjeros, deseosos de conocer su método, Sakel migró a EE. UU. Allí dio continuidad, hasta el día de su muerte, a la promoción del método. Según planteara su posterior obituario, el psiquiatra sería recordado por inaugurar “el periodo de tratamiento somático activo para muchos

pacientes psiquiátricos”, una tendencia que progresaría en relativa oposición a la *talking cure* propuesta por el psicoanálisis (Healy y Shorter, 2010, p.13).

2.2.2. EL SHOCK CON METRAZOL

A la terapia con insulina sucedió la terapia convulsiva con Metrazol, introducida por László Meduna, y que dominaría el mercado de las terapias de shock por 5 años, antes de ser desplazada por la TEC. Según proponen Healy y Shorter (2010), es posible que Meduna concibiera la terapia con Metrazol sin haberse enterado aún de la propuesta de Sakel, a través de la observación microscópica de los cerebros de sujetos diagnosticados con “esquizofrenia” y epilepsia. Meduna observaría que en los cerebros de “esquizofrénicos” operaba una abolición casi total del funcionamiento de las células gliales, mientras que en cerebros de epilépticos sucedería lo contrario, una proliferación aumentada de estas células. A partir de esta diferencia, el psiquiatra planteó su tesis –ahora desacreditada- de un antagonismo entre la “esquizofrenia” y la epilepsia, a partir del cual propuso la inducción de convulsiones como una forma de eliminar esta primera condición.

Si bien la forma en que Meduna llegó a plantear el tratamiento con Metrazol – desprendiéndose su propuesta de un proceso de pensamiento teórico previo- lo diferencia de Sakel -inclinado a proceder de forma meramente empírica-, ambos acabaron por experimentar sobre sus pacientes. Meduna empezaría utilizando como agente convulsivo el Alcanfor, empleado en la actualidad como repelente de polillas, que inyectó a sus pacientes tras haberlo probado en animales. En 1934 indujo convulsiones de manera exitosa al primer paciente, en estado catatónico. Sobre este se reporta que habría empezado a caminar, moverse, y hablar por primera vez, tras cuatro años de inmovilidad, después de 5

tratamientos similares. El paciente sin embargo experimentaría dos recaídas más, considerándose recuperado en adelante hasta el año 1939, en que Meduna dejó Viena. El psiquiatra se inclinó luego por el uso del Metrazol debido a su tiempo reducido de acción, reportando estadísticas de remisión muy positivas, que sin embargo -al igual que las reportadas por Sakel-, fallaron en ser confirmadas posteriormente por algún otro investigador (Healy y Shorter, 2010).

Al igual que su antecesor, el Metrazol provocaba sensaciones profundamente desagradables, manifestadas en los períodos latentes entre la inyección y el inicio de la inconsciencia; las convulsiones eran además sumamente violentas, exponiendo a los y las receptoras a fracturas óseas, que sin embargo fueron desestimadas por los psiquiatras como efectos secundarios insignificantes. Debido a estas razones, los y las pacientes a menudo rechazaban recibir terapia con Metrazol. Sus resistencias, en EE. UU., con frecuencia eran recibidas con amenazas por parte del personal psiquiátrico, entre ellas la de transferirles a hospitales con peores condiciones. Se concebía entonces la terapia de shock como un trance desagradable pero necesario, la “cura” como un fin a alcanzar por cualquier medio, lógica que inclusive los contemporáneos Healy y Shorter (2010, p.65) reproducen, alegando que “aun así terapias que los pacientes detestan, como la quimioterapia para el cáncer, tienen que tener beneficios convincentes o serán hechas a un lado”. Mientras hubiera consenso entre los y las psiquiatras de que este era un procedimiento beneficioso, la popularidad del Metrazol se justificaba a sí misma, a pesar de que los y las pacientes tuvieran otra idea de lo que les convenía.

2.2.3. EL ELECTROSHOCK

Situaciones similares sentaron las bases del uso del electroshock, cuya historia comienza con el interés de Hugo Cerletti en estudiar la participación del hipocampo en la epilepsia, para lo cual experimentaba induciendo convulsiones a perros. Lucio Bini sería su asistente de investigación en la clínica de Roma, encargándose de construir una máquina para producir convulsiones con dosis controladas de electricidad. Enterándose en 1935 de la cura a la “esquizofrenia” propuesta por Meduna, Cerletti y su equipo llegarían a considerar que su método eléctrico para inducir convulsiones podía emplearse en el tratamiento de pacientes psiquiátricos. Según plantean Healy y Shorter (2010) Cerletti sabía a partir de sus experimentos con perros que la electricidad ocasionaba una pérdida instantánea de consciencia, con lo que estimó que el sufrimiento subjetivo asociado al tratamiento con Metrazol podría reducirse haciendo uso de su método.

Tras una visita a Viena acompañado de sus dos asistentes, Bini y Accornero, Cerletti presenció el uso de la terapia insulínica y con Metrazol. Los psiquiatras además observaron, en el matadero municipal de Roma, cómo reaccionaban los cerdos al administrárseles, con fines sedativos, una descarga eléctrica en las sienes. Este método tenía como efecto secundario, según observaron Bini y Accornero, la aparición de síntomas clásicos de una convulsión epiléptica de gran mal (Healy y Shorter, 2010). La máquina de electroshock resultante se inspiraría en el aparato utilizado en el matadero, un factor que en décadas posteriores no dejaría de inquietar a los y las opositoras de la TEC.

Una vez preparada la máquina, los investigadores la probaron sobre un ingeniero que Healy y Shorter apodan Enrico X. En abril de 1938, los investigadores lograron provocarle una convulsión tónico-clónica de aproximadamente 80 segundos, seguidos por 105 segundos en los que el paciente no respiró. Diez minutos después, según reportan

Healy y Shorter (2010), Enrico recuperaría parcialmente la conciencia, mostrándose capaz de responder preguntas y obedecer instrucciones simples 3 minutos tras la crisis. Posteriormente, los investigadores confirmaron que no conservaba recuerdo alguno de lo que se había hecho con él, pues al mostrársele los electrodos y preguntarle si quería repetir el experimento, el paciente respondió con indiferencia. Este olvido, efecto secundario del electroshock, posteriormente sería explotado por psiquiatras, pues a diferencia de los y las receptoras de shock insulínico o Metrazol, las pacientes sometidas a electroshock olvidaban cuán doloroso había resultado el procedimiento, con lo que se mostraban dispuestas a repetirlo⁵. Este sin embargo no era en lo absoluto inofensivo: los y las receptoras estaban expuestas a algunos de los mismos efectos secundarios de la terapia con Metrazol –fracturas óseas, desgarramientos musculares, pérdida de dientes, desprendimiento de la retina-, aunque de forma disminuida.

A Enrico se administrarían cerca de 11 tratamientos más, según se desprende de los reportes de Bini y Cerletti; finalmente se lo presentaría ante la Academia Real de Medicina de Roma, en una sesión titulada “Un nuevo método de terapia de shock: el electroshock”. Para demostrar que el electroshock era superior al Metrazol, ambos psiquiatras administraron electroshock a Enrico frente a una audiencia, comparando sus reacciones con las de un segundo paciente al que fue dado Metrazol. Al día siguiente, un diario italiano se refería al electroshock como un método “brillante” para tratar la “psicosis”,

⁵Un ejemplo nos lo ofrece el relato de Tom Bolwig en torno a la primera vez que aplicó TEC a una mujer joven diagnosticada con “depresión severa”, reproducido por Healy y Shorter (2010, p. 105): “La paciente fue colocada en una banca y los asistentes sostuvieron sus brazos y mantuvieron sus rodillas abajo. Puse la pieza de hule en su boca para que no se mordiera la lengua” administró la descarga y “ella empezó a gritar, dejándome muy muy débil. No me iba a desmayar, pero estaba muy débil. Lo repetí porque me lo ordenaron y ella tuvo una convulsión de gran mal no-modificada. Tuve que sentarme porque era probablemente la peor cosa que había hecho y estaba convencido de que podría haberla matado”. Más tarde ese día, Bolwig vio a la mujer en el campo de mini-golf del hospital. “No me reconoció pero dijo hola y se veía como que estaba de buen humor”.

afirmando la nota que su demostración había sido recibida con un aplauso entusiasta. Sin embargo, los y las pacientes de electroshock también experimentaban recaídas: dos años después de haber dado a Enrico de alta, su esposa escribió a Bini informándole que este había reingresado a un hospital psiquiátrico en Milán. Bini y Cerletti, quienes no habían dudado al capitalizar la supuesta cura de Enrico, nunca contestaron esta carta (Healy y Shorter, 2010). Pronto, sin embargo, los médicos estarían recibiendo correspondencia de familiares de futuros pacientes, que requerían sus servicios.

A finales de los años 30 e inicios de los 40 las tres nuevas terapias físicas -insulina, Metrazol y electroshock- adquirieron popularidad internacional, llegando en algunos hospitales inclusive a administrarse de manera simultánea al mismo paciente. A mediados de los 40 estas se habían convertido en una parte indispensable del aparato terapéutico en casi todos los hospitales psiquiátricos del mundo occidental, así como en Asia y Latinoamérica, ingresando el electroshock a esta última región por primera vez en un hospital de Buenos Aires de Argentina, hacia finales de 1939. Solo el uso de este procedimiento perduraría hasta los años 50; la terapia insulínica –concebida eventualmente como una cura para la “esquizofrenia”- devendría obsoleta con la aparición de los primeros medicamentos “antipsicóticos” en 1952, mientras que el Metrazol –al que se atribuía mayor efectividad en el tratamiento de la “depresión”- sería desplazado por el electroshock como un método más confiable para provocar convulsiones (Healy y Shorter, 2010).

2.3. Un regalo de Dios para los psiquiatras

La efectividad atribuida a las terapias de shock, durante su auge, parecía confirmar el lugar de la psiquiatría como una rama de la medicina. Con la introducción del electroshock, los y las psiquiatras pasaban a adquirir un rol activo en su profesión, aún si ello implicaba reducir a sus pacientes a la pasividad absoluta. Benjamin Wiesel, psiquiatra de Connecticut, afirmaba en esta línea que:

“fue un regalo de Dios tener terapia de electroshock porque, comparada con nada, fue un enorme alivio (...) fue como un milagro, siempre lo asocié con Lázaro levantándose de la tumba. En esos días no teníamos tratamiento ni nada que pudiéramos hacer, solíamos estar acostumbrados a ver depresiones severas y suicidios. Si el paciente no tenía suficiente dinero para una cobertura médica de 24 horas al día hasta salir del ciclo, la tasa de suicidios era muy, muy alta” (Healy y Shorter, 2010, p.80).

Según se desprende de las palabras de Weisel el uso del electroshock traía alivio al malestar de los y las psiquiatras, quienes vislumbraron con esta modalidad terapéutica una salida a su impotencia habitual: un recurso que los convertía en *hacedores de milagros*, que traían a los y las pacientes de vuelta a la vida, después de provocarles ellos mismos una suerte de muerte. Lothar Kalinowsky, pionero del electroshock en EE. UU., expresaría igualmente respecto a su uso que “para el psiquiatra individual da una satisfacción que le ha hecho falta por mucho tiempo –volverse un terapeuta activo en enfermedades hasta ahora intratables, por tanto, ser un médico en el sentido de la palabra”(Healy y Shorter, 2010, p.80). Destaca además el beneficio económico supuesto por esta terapia a la institución psiquiátrica y posiblemente a la familia del/de la paciente, en tanto ofrecían una

solución rápida a situaciones que anteriormente eran afrontadas con largas estancias en el hospital.

Si bien el electroshock era concebido como el tratamiento por excelencia para casos de “depresión”, alrededor del mundo se lo utilizaría para tratar el alcoholismo, la homosexualidad, la “histeria”, la “esquizofrenia”, las “psiconeurosis” entre otros; además de ser explotado con fines abiertamente disciplinarios. Según lo reconocían tres psiquiatras estadounidenses, Lewis Sharp, Anthony Gabriel, y David Impastato, en 1953 (citados por Frank, 2007):

“Hemos observado en ocasiones numerosas que los pacientes agudamente perturbados se vuelven callados y cooperativos después de unos pocos tratamientos con shock. En función de estas observaciones, hemos decidido administrar electroshock como un “sedativo” a pacientes seleccionados en los pabellones perturbados del Hospital Bellevue. Los pacientes escogidos para el tratamiento fueron aquellos groseramente no-cooperativos, agresivos o que rehusaban comer... El programa seguido era administrar un tratamiento en la mañana y uno en la tarde hasta que el paciente se volviera cooperativo, luego controlarlo con uno o más tratamientos diarios si recaía”.

En Costa Rica la incorporación de procedimientos de shock –introducido el electroshock cerca de 1944-45- se dio en el contexto de una crisis de hacinamiento en el Asilo Chapuí, la cual desde 1939 había llevado al personal a negar la admisión de algunos pacientes, dado un aumento de la mortalidad por las pobres condiciones habitacionales. El Dr. Chacón Paut, director del Asilo, describió esta como una “revolución en la terapéutica de las enfermedades mentales”, si bien llegó a reconocer que estos procedimientos

posiblemente no produjeran curaciones firmes. Su uso continuó celebrándose dada su capacidad para acortar los brotes psicóticos de los y las pacientes, dando respuesta a las preocupaciones por la falta de lugares y recursos (Solís, 2013, p.604).

El beneficio que ofrecían las terapias de shock al Asilo Chapuí se fundaba sobre una lógica en la cual la puesta en circulación de la población psiquiátrica daba pie al reporte de nuevos éxitos terapéuticos: cada vez que la sintomatología inicial de un/a paciente retrocedía momentáneamente, se le egresaba registrándole como “notablemente mejorada” o “mejorada”, repitiéndose este proceso tras cada reingreso, varias veces en los casos de algunos y algunas pacientes. Solís (2013) ofrece como ejemplo el caso siguiente:

“Un joven de 20 años, soltero, ingresó al Chapuí en noviembre de 1942. Fue diagnosticado de esquizofrénico. Venía del Hospital San Juan de Dios, a donde llegó por un golpe. Desde hace un mes y medio presenta risa y llanto. En el Asilo, presenta también estupor, pero comprende lo que se le dice. A principios de diciembre se le hacen los exámenes para desechar enfermedades venéreas y sífilis cerebral. A la altura del 21 de diciembre se reporta que su estado físico era regular y que no contestaba preguntas. Se ordenan choques eléctricos. El 22 de febrero se lee en el expediente: *“Mejóro algo pero quedó en estado de ligera demencia. No se asocia con nadie. Trabaja poco. Con dificultad contestaba las preguntas. Se le dio de alta. Pesó 54 Kgr. Se le entregó a su papá. Sale mejorado”*.

Según registra Solís, el uso combinado o consecutivo de varias terapias de shock se empleaba no solo para eliminar los síntomas de los y las pacientes diagnosticados con “histerias”, “cuadros bipolares”, “esquizofrenias”, “neurosis obsesivas” “cuadros de miedo y angustia” y “psiconeurosis de guerra”, sino además con fines tranquilizantes. Se

administraba estos procedimientos inclusive para disuadir a supuestos simuladores de su afán por permanecer en el hospital. Al ser tomadas las remisiones parciales por curaciones, el número de pacientes atendido en el Hospital Nacional Psiquiátrico llegó casi a duplicarse entre 1937-47, a medida que los reingresos aumentaban (2013, p.604).

De la investigación de Solís (2013) se deriva que el uso de la terapia de shock en Costa Rica, a sus inicios, no solo cumplía funciones de índole clínica, sino algunas otras a nivel institucional: reducir la angustia frente a la falta de lugar y recursos en el H.N.P. y mostrar éxitos curativos ante la Junta de Protección Social, que lo financiaba; gremial: defender la reputación de la psiquiatría frente al resto de la medicina; cultural: en un contexto de guerra civil, “una idea semejante de progreso y sanidad, que justificaba el uso de la violencia, estaba al mismo tiempo en el campo político y el médico” (p.660); y disciplinar: manejar la conducta de los internados.⁶

La terapia de electroshock, sin duda, era beneficiosa para los y las psiquiatras, que por su parte no dejaban de afirmar sus beneficios para los y las pacientes. Algunos de ellos argumentaban inclusive que negar a los y las pacientes el tratamiento, basándose en “razones teóricas abstractas” –tales como considerarlo un método violento-, “era comparable con volver a encadenar a los y las pacientes, deshaciendo las reformas que Phillipe Pinel, el fundador de la psiquiatría moderna, y que había removido las cadenas del Hospital Salpetriere un siglo antes” (Healy y Shorter, 2010, p.71).

⁶La influencia de presiones económicas en la definición de la cura en psiquiatría ha sido denunciada inclusive en sus primeras formas de tratamiento. Según muestra De Young (2010), en Estados Unidos el psiquiatra Plinly Earle registraba en 1848 que 62% de los y las pacientes sometidas a tratamiento moral en el asilo de Bloomingdale se habían visto curadas, o experimentado alguna mejoría en sus síntomas. Aproximadamente 30 años después, se concluyó tras una investigación documental que la tasa de curación reportada por Earle había sido inflada con el conteo de múltiples recuperaciones por parte de los mismos pacientes, que sufrían constantes recaídas. Las cifras infladas no obstante habían ayudado a justificar el financiamiento del Hospital en su momento.

En la medida en que el electroshock permitía el egreso de algunos pacientes de los hospitales, se lo consideraba un método liberador, a pesar de que en muchas ocasiones se usaba de manera forzosa, podía provocar lesiones dolorosas y daños a la memoria, se utilizaba para controlar el comportamiento de los y las internas, y había reingresos frecuentes por parte de los receptores que experimentaban mejorías en sus síntomas; siendo tales mejorías, además, problemáticas en su naturaleza. El testimonio de Janet Frame, sobreviviente neozelandesa al tratamiento con electroshock a mediados del siglo XX, da cuenta del ambiente coercitivo en que los y las pacientes en ocasiones optaban por “mejorar” dentro de los hospitales alrededor del mundo:

“Cada mañana me levantaba horrorizada, esperando por el día en que la enfermera hiciera sus rondas y anunciara de la lista de nombres en su mano si yo estaba o no para recibir tratamiento de shock, el medio nuevo y de moda para callar a la gente y hacerle entender que las órdenes están para ser obedecidas y los pisos para ser pulidos sin que nadie proteste y que las caras están hechas para fijarse en sonrisas y que llorar es un crimen” (Frank, 2007, p.27).

Inclusive en aquellos casos en que el electroshock no se administrara con fines explícitamente conductuales, para castigar, por ejemplo, la “depresión”, al utilizárselo para eliminar las expresiones de tristeza e insatisfacción en los y las pacientes, era experimentado por algunas como un instrumento represivo. Esto particularmente en el caso de las mujeres, debido a que las nociones de salud mental dominantes en la época estaban profundamente atravesadas por prejuicios machistas. El electroshock era utilizado en esa instancia para forzarlas a cumplir con sus roles de esposas y madres.

Así por ejemplo, en 1951 el Dr. Steinfeld y sus colegas comentaban respecto a una paciente “significativamente mejorada” después del electroshock: “la paciente, por primera vez desde su matrimonio, aceptó a su esposo completamente y no rechazó su deseo de embarazarla” (Frank, 2007, p.26).

Posiciones políticas o religiosas disidentes encontraron respuestas similares por parte de los practicantes del electroshock. Leonard Roy Frank, posterior exponente del movimiento de supervivientes a la psiquiatría, habría sido ingresado al hospital por sus padres, quienes estaban preocupados por los cambios que este hiciera en su vida –volverse vegetariano, abandonar los estudios e interesarse en la religión-. En California Frank fue diagnosticado como “esquizofrénico paranoico” y tratado con 50 sesiones de coma hipoglucémico y 35 de electroshock, que tuvieron efectos devastadores en su capacidad memorística (Healy y Shorter, 2010).

En aquel entonces, los médicos –si lo hacían- informaban a sus pacientes únicamente con el objetivo de educarles, sin que estos tuvieran opción de negarse al tratamiento o conocer alternativas. Su accionar no obstante de manera usual se fundaba en el modelo beneficencia, desde el cual se asumía que si la verdad no iba a favorecer al paciente, entonces sería anti-ético comunicársela. En este contexto era inclusive posible administrar electroshock a niños pequeños de hasta tres a cuatro años, según la iniciativa promovida por Laretta Bender en Nueva York (Healy y Shorter, 2010).

El discurso psicoanalítico por su parte no era necesariamente incompatible con el empleo de este procedimiento. Así lo muestra, para el caso costarricense, el psiquiatra Virgilio Mora en su novela *Cachaza* (1978). A través de la mirada del protagonista, un paciente psiquiátrico, Mora muestra cómo, indiferentemente del lenguaje técnico utilizado

para justificarlo, el electroshock se constituyó en el principal recurso con que contaban los psiquiatras para mantener el funcionamiento institucional en el Asilo Chapuí, y controlar el comportamiento de los y las pacientes allí internados bajo los más variados diagnósticos. Inclusive entre los pioneros del psicoanálisis en Europa Ernest Jones, colaborador y biógrafo de Freud, defendió desde el psicoanálisis el uso del procedimiento (Healy y Shorter, 2010).

Entonces era frecuente, según destacan Healy y Shorter (2010), que algunos de los mismos psicoanalistas que defendían la psicoterapia como única manera de llegar a las causas inconscientes de la enfermedad se sirvieran de la TEC en el ámbito privado, para hacer hablar a pacientes sumidos en estados de mutismo. No obstante, psicoanalistas como Donald Winnicott se opusieron tajantemente al uso del electroshock, sosteniendo que implicaba, al ofrecerle un alivio mecánico de sus síntomas, un escape para el/la paciente respecto a la psicología del inconsciente. Otros psiquiatras se oponían al procedimiento encontrando que a través suyo se realizaba una suerte de amputación emocional a los y las pacientes (Frank, 2007). Estas reservas carecían sin embargo de credibilidad para quienes veían en el electroshock la solución al sufrimiento de los y las pacientes. Así, el Dr. Aubrey Lewis, del Hospital Maudsley, respondió a Winnicott diciendo que “las miserias de la depresión son tales que ningún argumento teórico de este tipo justifica la retención de un tratamiento que puede terminar la miseria” (Healy y Shorter, 2010, p 20).

Las primeras teorías acerca de lo que sucedía con el electroshock en todo caso fueron psicoanalíticas, y planteaban la confusión y amnesia producidas por el procedimiento como manifestaciones de un proceso represivo. También se sugirió desde este marco que el electroshock pudiera experimentarse por los y las pacientes como una

suerte de castigo que les aliviaba de una culpa inconsciente. Por su parte, desde un punto de vista conductista se propuso que el miedo inducido a los y las pacientes era el elemento terapéutico al cual atribuir la efectividad del electroshock. Otra posibilidad esbozada a partir del conductismo fue que los y las receptoras estuvieran en realidad aprendiendo una amnesia protectora, no así sufriendo un daño a su capacidad memorística. De esta forma, a partir de distintos enfoques teóricos –o inclusive a través de la supresión de toda consideración teórica-, algunos psiquiatras sostuvieron la deseabilidad terapéutica de la pérdida de memoria tras el tratamiento (Healy y Shorter, 2010).

2.4. La amnesia como recurso terapéutico

El efecto amnésico resultaba particularmente conveniente durante el desarrollo del tratamiento para los psiquiatras. Este fue inicialmente atribuido a la falta de oxigenación durante las convulsiones: los y las pacientes de electroshock solían ponerse azules. Si bien desde la década del 40 surgieron esfuerzos por disminuir la amnesia post-electroshock (entre ellos la oxigenación artificial, el colocamiento unilateral de los electrodos, y el uso de pulsos breves para inducir la convulsión; desarrolladas por algunos de los muchos psiquiatras que se opusieron a la noción del daño cerebral como factor terapéutico); en paralelo se idearon e implementaron programas que aspiraban a instrumentalizar este efecto.

No fue sino hasta 1960 en que Jan Otto-Ottoson posicionó la convulsión como el agente terapéutico del electroshock, descartando el aporte clínico de la confusión y pérdida de memoria agravadas por el exceso de electricidad. A partir de entonces, la perturbación a la capacidad memorística devino, oficialmente, efecto secundario, y la terapia de

electroshock, al enfatizarse su función convulsiva, pasó a denominarse Terapia electroconvulsiva. Antes de que esto sucediera, no obstante, se sostenía la creencia entre psiquiatras de que, de conservarse la memoria, la efectividad del tratamiento se vería disminuida. En 1942 Abraham Myerson, psiquiatra y neurólogo estadounidense, afirmaba:

“Yo creo que tiene que haber cambios orgánicos o perturbaciones orgánicas en la fisiología del cerebro para que la cura –con electroshock- tenga lugar. Creo que la perturbación de la memoria es probablemente una parte integral del proceso de recuperación. Creo que puede ser cierto que estas personas tienen en el momento presente en alguna medida más inteligencia de la que pueden manejar y que la reducción de la inteligencia es un factor importante en el proceso curativo. Digo esto sin cinismo. El hecho es que algunas de las mejores curas que uno tiene son en esos individuos a los que reduce casi a la deficiencia mental” (Frank, 2006, p.15).

A la pérdida de memoria y confusión se sumaba otro efecto perturbador del electroshock, reconocido por el pionero del procedimiento Lothar Kalinowsky, y el comisionado de Higiene Mental de Nueva York, Paul Hoch: la experiencia del *yo destrozado* (“shattered self”), que provocaba en los y las pacientes un miedo intenso al electroshock hacia el final de su tratamiento (Healy y Shorter, 2010). La supresión de emociones negativas, en algunas instancias, facilitaba precisamente esta sensación de pérdida de sí mismo. De ello hacía denuncia Ernest Hemingway, quien recibió dos series de electroshock, una poco antes de suicidarse:

“Lo que estos doctores no saben es acerca de los escritores y de tales cosas como el remordimiento y la contrición y lo que hacen con ellos. Deberían hacer que todos los psiquiatras tomen un curso en escritura creativa para que supieran de los

escritores... Bueno, ¿cuál es el sentido de arruinar mi cabeza y borrar mi memoria, que es mi capital, y ponerme fuera de servicio? Fue una cura brillante pero perdimos al paciente” (Frank, 2006, p. 46).

Las actitudes hacia estos efectos variaban entre psiquiatras, algunos de los cuales trataban de disminuirlos con innovaciones tecnológicas a los aparatos -en lo referido a la afectación de funciones cognitivas-, o atenuarlos con el uso de barbitúricos –utilizados para aminorar la aprehensión de los y las pacientes-; mientras que otros psiquiatras los intensificaron de manera intencionada, apuntando a totalizar las premisas que hasta el momento habían justificado el uso del electroshock.

2.5. Electroshock regresivo

Motivados por el objetivo manifiesto de erradicar el sufrimiento “patológico” de los y las pacientes, y ante la falta de respuesta de algunos de ellos, modalidades progresivamente agresivas de tratamiento con shock fueron promovidas e implementadas por psiquiatras en los años posteriores a su invención. En esta línea Anton von Braunmhl propondría su “método del bloqueo” consistente en la administración de Cardiazol durante un coma insulínico por días seguidos. W. Lindell Milligan, psiquiatra inglés, iniciaría su “método intensivo” en 1941, administrando hasta cuatro tratamientos electroconvulsivos al día a sus pacientes. Lindell planteaba que en ocasiones era necesario reducir a los y las pacientes hasta un nivel infantil, en que estuvieran completamente indefensos y doblemente incontinentes. Utilizaba este método para tratar la “psiconeurosis” y aseguraba tener excelentes resultados, sin pérdida de memoria (Healy y Shorter, 2010).

En el 44 el mismo Bini propondría la llamada “terapia de aniquilación”, que consistía en tratamientos diarios con electroshock, dados a personas diagnosticadas con “psiconeurosis” e “histeria”. Laretta Bender en Nueva York extendería este método a la población infantil. La fundadora de los estudios en “esquizofrenia” infantil en EE. UU. reportó en 1947 haber administrado tratamientos diarios a aproximadamente 98 menores, de cuatro a once años de edad. A pesar de que el malestar de base no había sido resuelto, Bender aseguraba que estos se habían tornado más sociables, compuestos, y capaces de integrarse en la terapia grupal (De Young, 2010).

Ted Chabasinski fue uno de estos niños, en el 44. Su testimonio da cuenta de la vulnerabilidad en que se encontraban las personas que, con mediación de un diagnóstico psiquiátrico, se sometían a este tipo de experimentos: no sólo el diagnóstico daba permiso a los y las psiquiatras de intervenir sobre los cuerpos de estas personas, sino que les eximía de toda responsabilidad por sobre las consecuencias de sus tratamientos, en este caso con la complicidad –pasiva- de parte de los padres y –activa- del Departamento de Higiene de Nueva York, otros psiquiatras, e inclusive una trabajadora social.

“Me arrastraron por el pasillo llorando, con un pañuelo metido en la boca para que no me mordiera la lengua. Me levanté [después del electroshock] sin saber dónde estaba ni quién era, pero sintiendo como si hubiera atravesado la experiencia de la muerte. Después de cuatro meses de esto, fui devuelto a mi casa adoptiva. El tratamiento con shock me había transformado de un pequeño niño tímido, al que le gustaba sentarse en una esquina y leer, a un niño aterrorizado que solo se aferraba a su madre y lloraba. No podía recordar a mis maestras. No podía recordar el niño del

que se me había dicho era mi mejor amigo. No podía siquiera ubicarme en mi propio vecindario. La trabajadora social que visitaba todos los meses les dijo a mis padres adoptivos que mi pérdida de memoria era un síntoma de mi enfermedad mental. Unos meses después, fui enviado a un hospital estatal a pasar los siguientes 10 años de mi vida. ¿Fue este el trabajo de un sadista aislado, algún científico loco practicando en un closet? No, la psiquiatra que me hizo esto y a cientos de niños es todavía una líder en su campo, con muchos artículos publicados en revistas psiquiátricas prestigiosas; todavía recibe un salario por el departamento de Higiene Mental de Nueva York. Y ni una sola voz se ha levantado de entre toda la profesión psiquiátrica para protestar por lo que ha hecho (Frank, 2006).

Esta, en efecto, no era una práctica aislada, en tanto otros psiquiatras propusieron programas terapéuticos similares. En el 48, Cyril Kennedy y David Anchel de Nueva York, inspirándose en Lindell, definirían el grado de regresividad requerido de sus pacientes: aquel punto en que se orinaran y defecaran, o actuaran y hablaran como un niño de cuatro años, y hasta que requirieran ser alimentados con cuchara. La posteriormente denominada “TEC regresiva”, propuesta por Hans Lowenbach, se basaba sobre el principio de que si el/la paciente retornaba a su vieja forma de ser poco después del tratamiento, este había sido en vano. Los psiquiatras adheridos a esta modalidad de tratamiento consideraban que los y las pacientes con una confusión post-convulsiva extendida tendían a experimentar una mayor mejoría que aquellos en los que este efecto estaba ausente. El “descerebramiento” temporal del/de la paciente en este contexto era concebido como un elemento terapéutico, según relatan Healy y Shoter (p.136):

Poco después de la Segunda Guerra Mundial, la madre de una princesa hindú acudió a la clínica privada de Oscar Forel en Suiza, tras haber visitado a los mejores neurólogos y psiquiatras de Inglaterra en busca de una cura para su hija, y bajo la preocupación de que esta fuese abandonada por su esposo. A las súplicas de la madre, Forel respondió: “Señora, me gustaría salvar a su hija, pero le voy a pedir que comparta conmigo algunos riesgos. Estoy proponiendo que deje a su hija con nosotros y que luego viaje a otro lugar por tres semanas. Con su permiso vamos a darle unas sesiones de electroshock. En cierto sentido, vamos a descerebrarla. Es un tratamiento brutal, pero en casos desesperados tiene algunas posibilidades de éxito”. Con el permiso de la madre, Forel redujo a la paciente a sus funciones vegetativas durante varios días. Progresivamente, la actividad mental de la paciente se habría restablecido al igual que su memoria. Finalmente esta, según reportes de Forel, se habría recuperado “a pesar del traumatismo provocado por su vida marital... que la había trastornado completamente”.

En intervenciones de esta índole se adivinaban implicaciones aún más radicales a la noción de pérdida de memoria/confusión como agentes terapéuticos. En los siguientes años, el electroshock llegaría inclusive a plantearse como un instrumento para arrasar con la personalidad de algunos sujetos, a quienes se pretendía dotar de nuevos patrones “funcionales” de comportamiento.

Este experimento fue llevado a cabo por Ewen Cameron, quien fungió como presidente de la APA, la Asociación Canadiense de Psiquiatría, la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Psiquiátrica de Quebec, la Asociación Psicopatológica Americana, y la Sociedad de Psiquiatría Biológica. Cameron demostró un interés temprano por las terapias de shock, introduciendo, en 1936, el coma insulínico en el Hospital Estatal

de Worcester de Massachusetts, y contribuyendo a su promoción en los EE. UU. A mediados del siglo XX, desarrolló un proyecto de “desprogramación” con electroshock, con el que pretendía re-diseñar subjetivamente a sus pacientes. La desprogramación (“depatterning”) se refería a una profunda ruptura de los patrones de comportamiento, tanto normal como “patológico”, de pacientes diagnosticadas/os con “esquizofrenia”, “adicción intratable al alcohol”, y “psiconeurosis crónica” (Frank, 2006).

Con este fin Cameron utilizaba una máquina llamada Page-Rusell, que podía administrar hasta seis descargas eléctricas seguidas, en vez de una. Para desorientar aún más a sus pacientes, el psiquiatra además utilizaba estimulantes, sedantes y alucinógenos. El resultado deseado era la amnesia de todos los eventos de la propia vida, una existencia limitada al presente inmediato. Habiendo reducido a sus pacientes a un estado casi vegetativo, el psiquiatra les forzaba a escuchar de forma repetitiva, hasta por 101 días consecutivos, mensajes de audio en los cuales se les indicaba quiénes y cómo iban a ser en el futuro, por ejemplo: “eres una buena madre y esposa y la gente disfruta tu compañía” (Klein, 2007, p.33).

Posteriormente, Cameron aplicaría su esquema de “desprogramación” – intensificado por medio de la privación sensorial y ciclos de sueño inducido de hasta 65 días seguidos- sobre pacientes que, en ocasiones, habían llegado a su hospital con un motivo de consulta leve. Esto sucedió en el contexto del proyecto MK-Ultra, y con el apoyo financiero de la CIA, que pretendía en el marco de la Guerra Fría desentrañar posibles formas de “lavado de cerebro”, y teniendo resultados desastrosos en la vida de las personas involucradas. Naomi Klein (2007, p.27), quien entrevistó a una de las víctimas de Cameron, relata:

“A lo largo de toda su vida adulta, la mente de Gail le ha fallado; los hechos se evaporan instantáneamente, las memorias, si las hay (no hay muchas), son como fotos instantáneas esparcidas en el piso. A veces va a recordar un incidente perfectamente (...) pero cuando se le pregunta una fecha, se va a equivocar hasta por dos décadas. “En 1968,” dirá. “No, en 1983”. Entonces hace listas y guarda todo, prueba de que su vida realmente sucedió. Al inicio se disculpa por el desorden. Pero luego dice, “¡Él me hizo esto! ¡Este apartamento es parte de la tortura!”.

Las funciones políticas y militares imaginadas por Cameron para la TEC, habían sido enunciadas desde el 1946, cuando propuso tras la guerra que cada alemán sobreviviente mayor de 12 años debía recibir un ciclo corto de electroshock, para borrar cualquier vestigio sobreviviente de nazismo (Frank, 2006). La CIA financió los experimentos de Cameron hasta 1961. El psiquiatra, durante su desarrollo, compartió observaciones frente a auditorios compuestos por militares y psiquiatras.

2.6. Sentimientos de omnipotencia

Si bien las prácticas de Cameron representan un caso extraordinario en la historia de la TEC, estas no obstante se fundaron sobre algunas de las mismas nociones que justificaban su uso más común –tales como el valor terapéutico de la pérdida de memoria-, así como las premisas de la modalidad regresiva algo más moderada. Suprimir los síntomas de los y las pacientes era prioritario para el gremio psiquiátrico, que se reafirmaba en la demostración de su capacidad de “curar” o remodelar a sus pacientes, con la clara complicidad de diversas instituciones gubernamentales, en respuesta a demandas

personales, familiares o sociales, sin importar de qué forma o a qué costo. Según lo denunciara George J. Wayne, psiquiatra, en 1955:

“La actitud omnipotente en su forma más evidente toma la forma de la necesidad de tener poder sobre la vida y muerte de sus sujetos. Con el tratamiento electroconvulsivo todas las apariencias de producir un golpe mortífero, seguido por el “renacimiento”, están ahí. La necesidad de curar rápidamente, mágicamente, de manera ritualista, puede ser vista en una intensa “ambición terapéutica”. Los métodos lentos, desprovistos de efectos y atractivos especiales, pueden ser difíciles de tolerar. Este celo puede causar una inhabilidad de tolerar mesetas o regresiones en la condición del paciente con la consecuente generación de ansiedad e ira en el doctor. Él puede reaccionar inconscientemente con un castigo vengativo del interno o el niño decepcionante. El tratamiento electroconvulsivo entonces podría volverse un instrumento conveniente para ventilar la propia rabia” (Frank, 2006, p. 36).

Esta disposición, a su vez, ha de comprenderse dentro del marco socio-histórico en que estos procedimientos adquirieron popularidad. Ya en 1938 Meduna compartiría públicamente, en este sentido, sus reflexiones en torno al carácter violento de los procedimientos de shock, refiriéndose al intercambio con un colega:

“Tuvo lugar en los primeros días del tratamiento con Cardiazol, pues yo estaba todavía lleno de dudas respecto a si sería sabio publicar mi método. El profesor Balo me comentó que en todas las áreas de actividad intelectual hay un paralelismo singular. Entonces no es de sorprenderse que ahora, debido a las tendencias violentas en desarrollo en nuestra sociedad [el ascenso del fascismo en Hungría y el Nazismo en Alemania de mediados de los 1930s] en medicina también estén

surgiendo métodos que parecen ser continuamente más violentos, de manera que casi estamos forzados a expulsar al Diablo, de nuestros pacientes, con Belcebú” (Healy y Shorter, 2010, p.29-30).

En EE. UU., para los años 40, cerca de 18 000 pacientes habían sido involuntariamente esterilizados en asilos del estado (De Young, 2010). La ley estadounidense que permitió llevar este proyecto a cabo fue tomada como modelo por la Alemania Nazi, en que más de 400, 000 personas con alguna clase de discapacidad fueron forzosamente esterilizadas. Leyes similares fueron aprobadas en Dinamarca, Finlandia, y Suecia durante los años 30 (Read y Masson, 2006). Durante la guerra, un aproximado de medio millón de pacientes psiquiátricos/os adultos fue asesinado en Alemania. Inicialmente, esta matanza formó parte de un proceso centralizado a cargo del gobierno; sin embargo, el exterminio de personas “enfermas mentales” pasó posteriormente, de manera extra oficial, a manos de los dirigentes de cada hospital (Noack y Fangerau, 2007). Adolf Wahlmann, responsable de correr la voz respecto al método de Meduna en 1935, formó parte de este segundo grupo, transformando el hospital de Hadamar en una facilidad de “eutanasia”. Allí se asesinó a cerca de 15 000 pacientes, utilizando para este propósito el electroshock (Healy y Shorter, 2010). Casos similares se dieron en Austria, donde Erwin Jekelius instaló en dos hospitales máquinas levemente ajustadas de electroshock, con que se asesinó a cientos de pacientes (Frank, 2006).⁷

⁷ La eugenesia, por lo demás, era una ideología compartida por psiquiatras alrededor del mundo. Eugen Bleuler, quien acuñó el término “esquizofrenia”, escribió desde 1911: “La mayoría de nuestras medidas más restrictivas serían innecesarias si no nos viéramos obligados a aplicarlas para preservar la vida de los pacientes, que tanto para ellos mismos como para los demás, sólo tienen un valor negativo ... incluso si algunos más se suicidaran ¿justificaría ello que torturemos a cientos de pacientes y agravemos su enfermedad? Actualmente, nosotros, los psiquiatras, debemos soportar la trágica responsabilidad de acuerdo con el cruel punto de vista imperante en la sociedad, pero es nuestro deber hacer todo lo posible para que en el futuro se produzca un cambio de enfoque” (citado por Read y Masson, 2006, p. 42). La aspiración a eliminar a la población “enferma mental”, como vía para mejorar la raza o la nación, estaba presente a través

La eliminación física del/de la paciente psiquiátrica vía electroshock representa, considero, un paso más allá, en una misma línea, respecto a las propuestas de algunos de los promotores del procedimiento. Los segundos, aunque no contemplaban el homicidio como una solución, sí apuntaban a realizar una suerte de exterminio subjetivo –parcial o total- de los y las pacientes. En el centro de una iniciativa y las otras subyace el ímpetu por erradicar, a costa del sujeto mismo, determinadas manifestaciones de desviación afectiva, cognitiva o relacional⁸.

Un cambio de sensibilidad operaría a nivel internacional tras eventos como la Segunda Guerra Mundial, Mayo del 68, los movimientos por la igualdad de género y contra el racismo de los 60's, y el surgimiento de la antipsiquiatría en países como Italia, que junto con el desarrollo de los psicofármacos resultarían en un profundo rechazo, a nivel internacional, no sólo del electroshock regresivo sino de su uso en general. Para el año 1970, el electroshock regresivo se hizo imposible de llevar a cabo, según plantean Healy y Shorter (2010), debido a “razones políticas” y “alegatos” de un amplio abuso del procedimiento por parte de Ewen Cameron.

de distintas sociedades, con modelos de gobierno inclusive opuestos. Alrededor de los 1900, según describen Noack y Fangerau (2007), la burguesía intelectual de países industrializados como Inglaterra, Francia, Alemania y Estados Unidos, -e inclusive las élites económicas en Costa Rica, según describe Solís (2013)-, veía la sociedad como un sistema biológico; concibiendo la salud, la estructura social, y los roles de los individuos en ella como fenómenos predeterminados. La eugenesia, en este contexto, era concebida como un método para combatir la degeneración a nivel social, y así prevenir desórdenes psiquiátricos. La idea de la “eutanasia”, utilizada en este sentido, tuvo su origen en los 4 países ya mencionados. Sin embargo, a partir de nociones eugenésicas se produjeron políticas más o menos radicales a través de los distintos países. Estas involucraban medidas tanto “positivas” –promover la reproducción de los más “aptos”-, como “negativas” –impedir la reproducción de los “deficientes”-, desarrollándose las negativas principalmente en Estados Unidos y Alemania, aunque también en Dinamarca, Finlandia y Suecia.

⁸ Según lo expresó Benno Muller-Hill en su libro *Murderous Science*, esta actitud subyace a la psiquiatría biomédica como un todo, desde sus orígenes: “La psiquiatría “científica” no sirve de consuelo para los desesperados, sino que les llama deprimidos. Tampoco trata de aclarar los embrollados procesos mentales de las personas que se sienten confusas, sino que les llama esquizofrénicos... Esta actitud reduce a las personas a objetos despersonalizados y serviles. Un proceso de este tipo es el que construyó los vínculos que mantuvieron unidos a los psiquiatras, los antropólogos, y Hitler” (Muller-Hill, citado por Read y Masson, 2006, p. 49).

Los autores no obstante consideran el electroshock regresivo como una de las “últimas innovaciones” en TEC, una técnica potencialmente reveladora en el ámbito del tratamiento de la “esquizofrenia”, que aunque se desenvolvía en condiciones “fantasmagóricas, parecía funcionar en pacientes que de otra forma habrían sido candidatos a lobotomía”. De esta forma, Healy y Shorter rehúsan reconocer cualquier posición política u objetivo disciplinario a los impulsores de este procedimiento, a los que atribuyen apenas una sana curiosidad científica, acompañada de un interés por los y las pacientes. Asimismo Max Fink, cuya opinión reproducen los autores (Healy y Shorter, 2010, p.140) asegura que:

“El problema al inicio era qué es necesario para un efecto. Era muy fácil obtener convulsiones. Pero no sabían qué era importante, así que trataron subconvulsiva, trataron convulsiva, trataron múltiples convulsiones, trataron diferentes pares de electrodos, con fármacos, sin fármacos, tratamientos diarios, dos al día (...) no había comités institucionales para valorar el aspecto ético en esos días, no había protocolos minuciosamente determinados. Estos investigadores tempranos no se daban cuenta de que la historia luego juzgaría sus esfuerzos como “abusos”- y condenar la terapia entera”.

Si bien es claro que los “investigadores tempranos” de la TEC actuaban guiados por la sensibilidad y parámetros dominantes en su gremio durante la época, y tenían, posiblemente, un genuino interés en saber “qué es necesario para un efecto” en el caso del electroshock, esto no impide que en la actualidad se les interrogue ¿qué efecto era ese? ¿por qué era deseable? y ¿a qué costo se obtenía?

Según he discutido ya, mediaban extra oficialmente en el uso de las terapias de shock intereses de índole económica y política. Por otra parte, el interés clínico por los y las pacientes se encontraba atravesado por definiciones paternalistas y autoritarias del rol del psiquiatra, el cual contaba con la potestad de imponer su noción de lo “bueno” a los y las pacientes, a quienes a grandes rasgos se concebía como seres humanos deficientes y carentes de todo derecho, a no ser el derecho irrenunciable de recibir electroshock. A esto se agrega la urgencia de la psiquiatría de posicionarse como ciencia médica, y la incapacidad de algunos psiquiatras para reconocer un límite en el otro a quien instrumentalizaban para alcanzar este fin. La vulnerabilidad de los y las pacientes psiquiátricos se veía exacerbada por las dificultades económicas ocasionadas por la guerra, un contexto geopolítico en que además afloraron los totalitarismos y hostilidades basadas en criterios raciales, políticos y nacionales, generalizándose la respuesta violenta dirigida al exterminio del otro.

La insistencia de Healy y Shorter en la efectividad despolitizada del electroshock, su opción por negar la mediación de los intereses del gremio psiquiátrico, así como su indisposición a discutir la complicidad entre las prácticas psiquiátricas y un orden social violento y excluyente, mitifica la “cura” en psiquiatría, naturalizando sus abusos y arbitrariedades. Las justificaciones esbozadas por estos autores dan cuenta de una continuidad, hasta el momento presente, de la urgencia por legitimar a una psiquiatría cuyo fundamento médico continúa siendo precario, y la consecuente incapacidad de dimensionarla en su función represiva. Los autores desestiman las “preocupaciones angustiadas respecto a la pérdida de memoria”, los “grupos antipsiquiátricos protestando por el daño cerebral permanente”, y los “delicados psicólogos y trabajadores sociales

rehuyéndole a una terapia “brutal” que estaban por venir, y a quienes reclaman haber impedido el desarrollo de investigación en TEC. Según plantean, el declive en el uso del procedimiento “es como si la penicilina de repente hubiera experimentado un declive en la ausencia de alguna circunstancia objetiva que pudiera desmotivar a los médicos de prescribirla o a los pacientes de aceptarla” (2010, p. 82). El proyecto del “retorno” de la TEC descansa, veremos, sobre este pretendido monopolio de las “causas objetivas” por parte de la psiquiatría.

2.7. Causas subjetivas: el rechazo a la TEC como apuesta por el sujeto

Después de su auge, la TEC atravesaría una disminución en su uso, a nivel internacional, de aproximadamente 30 años (Healy y Shorter, 2010). A pesar de que muchos/as psiquiatras tenían suficientes razones para perpetuar su uso extendido, no así lo encontraron posible en las décadas de la posguerra, en que la respuesta de los y las pacientes, así como de terceros (academia, psiquiatras disidentes, periodistas, novelistas, psicólogos y psicólogas) a la autoridad psiquiátrica se manifestó con mayor fuerza en el ámbito legal, intelectual y mediático. Estas críticas a su vez tuvieron impacto en una psiquiatría cuyas divisiones epistemológicas empezaban a hacerse más visibles. No sólo los y las psicoanalistas y practicantes de TEC tuvieron diferencias, sino que el surgimiento de los psicofármacos posibilitó la emergencia de otra psiquiatría biomédica, cuyos procedimientos se concebían como menos invasivos y en ocasiones más efectivos. Todo esto contribuyó a que la TEC se convirtiera en un procedimiento de bajo perfil durante varios años, no obstante durante los cuales defensores del procedimiento no dejaron de trabajar para volver a hacer de este un recurso presentable.

Un primer resquebrajamiento de la autoridad médica global ocurrió durante la década del 50, siguiendo la redacción en 1947 del Código de Nuremberg, tras la Segunda Guerra Mundial. Este documento, que supuso la primera internacionalización de preocupaciones bioéticas, surgió a partir de los juicios de Nuremberg, en que se acusó, junto a dirigentes del partido, a médicos nazis que durante la guerra habían realizado experimentos con personas, incluyendo a pacientes. Durante los juicios, estos argumentaron que los experimentos desarrollados en el contexto de la guerra no diferían sustancialmente de la experimentación llevada a cabo en el campo médico a nivel internacional. De ahí que se establecieran en el Código, en adelante, como requisitos de la investigación legítima con humanos el consentimiento voluntario, la libertad de interrumpir el experimento, el interés social, y la disminución al máximo de todo sufrimiento mental y físico para los sujetos experimentales, entre otros.

Según argumenta Zylinska (2009) el Código de Nuremberg marcó un hito en la emergencia de la bioética, surgiendo esta en clara asociación con una crisis de autorregulación de la comunidad médica, y ante la necesidad de implementar un marco de regulación externa para la misma. Como resultado de su redacción, a partir de la década del 50, el principio de que toda investigación médica debería beneficiar a los y las pacientes fue adoptado en diferentes versiones por muchas escuelas médicas alrededor del mundo occidental. Estas regulaciones se extenderían progresivamente a la práctica médica cotidiana. A esto se suma la adopción a nivel internacional de la Declaración Universal de los Derechos humanos, redactada en diciembre de 1948, y que también se inspiró en los eventos de la guerra. En esta se establecía, entre otros, el derecho de todas las personas a ser libres, estar seguras, no ser sometidas a tratos crueles, ni a distintas formas de

esclavitud. Si bien los instrumentos jurídicos concernientes a los derechos humanos en el ámbito psiquiátrico aún estaban por redactarse, esto no impidió la apropiación del discurso de derechos por parte de movimientos de ex pacientes sometidas a abusos en psiquiatría.

Durante los 60's, se gestaron cambios culturales impulsados por un deseo de ruptura con las instituciones del pasado reciente. En este contexto, la legitimidad de la psiquiatría se vio cuestionada por distintos sectores de la sociedad. Desde un punto de vista académico, a nivel internacional autores como Ronald Laing y David Cooper (Inglaterra), Thomas Szasz, Erving Goffman y Herbert Marcuse (EE. UU.), Michel Foucault y Franz Fanon (Francia), Franco Basaglia (Italia), y Alfredo Moffat (Argentina) por mencionar algunos, pusieron en entredicho el fundamento médico de las prácticas psiquiátricas, evidenciando su carácter disciplinario. Con ello, rechazaban además el modelo de sujeto y sus relaciones (con la realidad, la familia, la comunidad, el sistema económico, etc.) promovido y sancionado por la psiquiatría.

En una línea similar, el rechazo a los roles de género tradicionales se articuló con la oposición a la psiquiatría (Hirshbein, 2012). Así por ejemplo Phyllis Chesler en su libro *Women and Madness* de 1972 denunciaba el uso de la TEC, administrada habitualmente por hombres, sobre mujeres patologizadas en función de su incapacidad para desempeñarse como tales, según un esquema patriarcal de comportamiento (Healy y Shorter, 2010). El cuestionamiento a la psiquiatría, de esta forma, abarcaba no sólo sus métodos o el trato de los y las pacientes al interior del hospital, sino también el proyecto social a que respondían sus estándares de salud y enfermedad.

El movimiento que Cooper denominó “antipsiquiatría”, y que pretendía englobar distintos ejes de resistencia a las definiciones psiquiatrizadas del sufrimiento humano, se

planteaba a grandes rasgos que “la psiquiatría, en un área principal de su campo de acción social, coopera en la invalidación sistemática de una vasta categoría de personas”, mediando la “bendición de la ciencia médica” (1976, p. 9-10). En este sentido

“Quizá la más notable forma de violencia en este campo sea nada menos que la violencia *de* la psiquiatría, en la medida en que esta disciplina opta por refractar, condensar y dirigir hacia sus pacientes identificados la violencia sutil de la sociedad; con mucha frecuencia, la psiquiatría no hace más que representar a la sociedad contra estos pacientes” (Cooper, 1976, p.11).

Las propuestas identificadas como parte de la antipsiquiatría diferían de otras formas de crítica a la psiquiatría, tradicionalmente dirigidas a señalar las deplorables condiciones dentro del asilo, sin llegar a interrogarse respecto a la consistencia del conocimiento psiquiátrico en tanto adscrito a la medicina. Para los y las autores considerados parte del movimiento antipsiquiátrico, el problema de la “enfermedad mental” ameritaba una discusión en términos políticos, no médicos. Los tratamientos psiquiátricos, en este sentido, eran pensados desde las formas de relacionalidad en que se fundaban y los efectos subjetivantes que tenían, por ejemplo según planteara Moffat:

“En los hospitales psiquiátricos existen dos instrumentos que por lo siniestros, y comunes, sobresalen en el campo psicológico del internado: el electro-shock y el chaleco. Son las imágenes a que se recurre para lograr una rápida adaptación a ese mundo empobrecido. La frase más común para imponer obediencia que usa el personal subalterno es “no te hagas el loco que te damos un maquinazo” (un electro-shock). El profesional, por supuesto, no emplea esta frase, pero “encuentra

que el paciente está excitado y es conveniente administrarle una terapia intensiva”... (es decir “un maquinazo”)” (Moffat, 1974, p.14).

De esta forma, según el autor, la efectividad atribuida al procedimiento respondía a una modalidad de terror tecnificado, no así una cura. En lo que respecta al tratamiento de algunas formas de “esquizofrenia”

“En los casos que “desaparece” el delirio fantaseado es simplemente porque el internado termina teniéndole más terror al electro-shock (y al personal) que a sus antiguos perseguidores internos. Acepta, así, sumisamente, la “realidad cuerda” que le ofrecen (de lo contrario “hay más electro-shock”...)” (Moffat, s.f., p. 18).

Desde este rechazo a las terapias psiquiátricas biomédicas, las visiones de algunos de los representantes de la antipsiquiatría, como Alfredo Moffat, Ronald Laing, David Cooper y Franco Basaglia, se articularon en proyectos terapéuticos que buscaban ofrecer alternativas. Así, en 1965, Laing y Cooper fundaron la Philadelphia Association, una iniciativa de atención terapéutica que abarcaba entre sus opciones el modelo comunitario para personas con dificultades graves, encargada además de dar formación a terapeutas. Moffat por su parte ensayó alternativas localizadas y centradas en la cultura popular, tales como la Comunidad Popular de la Peña “Carlos Gardel”, surgida de fondo al Hospital Nacional Borda en 1971. Sin embargo quizás el proyecto terapéutico alternativo mejor consolidado durante estos años fue el italiano.

En Italia, cuna del electroshock, la reforma psiquiátrica formó parte del ímpetu revolucionario que durante los 60's movilizó masivamente a estudiantes y trabajadores, articulándose alrededor de la figura de Franco Basaglia para el caso de la antipsiquiatría. Más allá de los esfuerzos tradicionales por humanizar el hospital psiquiátrico, Basaglia

abogó por un desmantelamiento del sistema asilar, considerándolo inherentemente deshumanizante e incapaz de producir curas. Este objetivo dio pie al famoso experimento desarrollado en el hospital de Gorizia, donde se abolió el uso del electroshock, así como algunas de las limitaciones físicas, espaciales, y participativas que típicamente se imponían a los y las pacientes. Esta experiencia democratizante fue discutida y complejizada en el libro *La institución negada*, escrito por el personal médico del hospital.

A pesar de que este proyecto despertó el interés de estudiantes universitarios y alcanzó a movilizar la participación activa de los y las pacientes -dando paso a logros importantes en términos no sólo de egresos sino del funcionamiento institucional como tal- no por ello el modelo estaba exento de contradicciones.

En la medida en que se requería sostener buenas relaciones con los y las enfermeros, los y las psiquiatras en ocasiones debían ceder a su demanda de medicar, e inclusive sobremedicar, a los y las pacientes ahora libradas de la sujeción física. No se puede por tanto minimizar la importancia para el desarrollo del proyecto que, a pesar de las convicciones de los promotores del nuevo modelo, tuvieron los psicofármacos (la oferta paradójica de libertad física a cambio de sujeción psicofarmacológica se verá reproducida en la implementación de reformas en psiquiatría alrededor del mundo, incluyendo la de Costa Rica, según discutiré en otros capítulos).

Cabe tener en cuenta en este sentido, además, que el hospital contaba con problemas de financiamiento, los cuales finalmente forzaron a buena parte del personal médico a dejar Gorizia, llevando el modelo a otros hospitales de Italia. Los esfuerzos del movimiento tuvieron, no obstante, implicaciones en la legislación nacional. En 1978, Basaglia participó en la conformación de una nueva ley en salud mental para Italia; esta

mandaba la transferencia gradual de los y las pacientes psiquiátricas a una red de servicios comunitarios, así como la predominancia del internamiento voluntario (Dumont y Dumont, 2009). El plan de acción para el cumplimiento de la ley sin embargo fue establecido hasta 1994.

En el caso estadounidense, por su parte, la fallida reforma en psiquiatría llevó a la desprotección social de los y las ex pacientes, desprestigiando así el proyecto comunitario –promovido desde las autoridades gubernamentales, no así el gremio psiquiátrico. Con esto se facilitó, a pesar de los intentos de algunos sectores por posicionar concepciones desmedicalizadas del sufrimiento psíquico, la consolidación en el país de un nuevo modelo biomédico. Por otra parte a pesar del surgimiento de un robusto movimiento de ex pacientes durante los 70s, que logró incidir en la imagen pública de la TEC y la psiquiatría en general, las iniciativas de estas agrupaciones se vieron eventualmente cooptadas por burócratas del estado, dando paso a la exclusión de las negociaciones de los y las activistas más radicales.

A diferencia de los movimientos abajo-arriba que impulsaron cambios en Italia, algunas de las reformas psiquiátricas desarrolladas en EE. UU. -particularmente aquellas dirigidas a permitir una transición institucional del modelo biomédico al comunitario en salud mental- no contaron con una articulación de base ni se fundaron sobre ideologías de izquierda. Según argumentan Dumont y Dumont (2009), la psiquiatría estadounidense, a pesar de verse enriquecida por el trabajo de psicoanalistas desplazados por la ocupación Nazi, conservó no obstante un carácter anti-izquierdista o al menos despolitizado en su mayoría. De manera tal que al buscar alternativas al sistema asilar, en condiciones de hacinamiento, decaimiento de la infraestructura, y carente de recursos, la mayoría de los y

las psiquiatras estadounidenses, aun adoptando un ideal comunitario, no articularon estos cambios con otras transformaciones sociales en curso.

La red de centros comunitarios impulsada por el gobierno de Kennedy, en 1964, pronto quedaría desfinanciada. Si bien esta pretendía que los hospitales estatales fueran cerrados tras el establecimiento de los centros comunitarios –muchos de los cuales jamás llegaron a construirse-, los estados se encontraron progresivamente bajo la presión de hacerse cargo de poblaciones de pacientes para cuya atención no tenían fondos. Después de 1968, Richard Nixon suspendió y posteriormente terminó con el financiamiento a estas reformas, ocasionando que los y las psiquiatras se orientaran a prácticas más convencionales. Como efecto de la interrupción de esta política, grandes proporciones de pacientes acabaron engrosando las estadísticas de indigencia en el país, mostrando tasas altísimas de morbilidad y mortalidad (Dumont y Dumont, 2009).

Inclusive entre aquellos y las psiquiatras que apoyaron a pacientes en sus protestas en contra del sistema asilar en EE. UU., la reproducción de relaciones de poder al interior de las organizaciones dio pie a la eventual separación de unos y otros actores. Un ejemplo de ello es la coalición temporal entre ex pacientes, abogados y abogadas, personal de enfermería y profesionales en salud mental que tuvo lugar en 1972, a través de la *Madness Network News* de San Francisco. Este fue un proyecto colaborativo inicialmente financiado por el Sindicato de empleados en servicio social, orientado al activismo por los derechos, la concientización respecto a la injusticia y la opresión, así como el desafío a la autoridad experta de los y las psiquiatras (Morrison, 2003).

La publicación incluía como sus temas principales los derechos de los y las pacientes, protestas en contra de la hospitalización involuntaria y medicación forzada,

enfoques alternativos a la salud mental, el sentido de la locura y el crecimiento personal. En el ámbito legal, la MNN conformó grupos de Fuerzas especiales para la representación del colectivo en eventos relativos a los derechos de las mujeres y los y las pacientes mentales, asociándose además con el Centro para los estudios de autoridad legal y el estatus de paciente mental (LAMP en sus siglas en inglés). Sin embargo la aparición de “nuevos expertos” entre los y las psiquiatras aliadas, cuya agenda temática a menudo dejaba por fuera la organización de ex pacientes, llevaría a que los y las trabajadores en salud mental fueran expulsados del movimiento en 1975 (Morrison, 2003).

La tercera Conferencia Anual de Derechos Humanos y Opresión Psiquiátrica fue el escenario donde estas tensiones se tornaron más visibles. Según la descripción de Judi Chamberlin, citada por Morrison (2003), las conferencias previas habían mantenido una agenda abierta, mientras que la tercera “fue transformada en un formato en que las “personas de recursos” presentaban temas, y “facilitadores” guiaban las discusiones... la omisión más deslumbrante... fue cualquier discusión específica respecto a la liberación de los pacientes mentales y la organización de los pacientes mentales” (p. 101). Chamberlin expresó haberse sentido menospreciada por los y las profesionales en salud mental, quienes mostraron mayor interés en ser “maestros” y “líderes” de los y las pacientes mentales que en “confrontar el poder psiquiátrico” (citada por Morrison, 2003, p.102).

Según plantea Morrison (2003) la separación de los y las trabajadores en salud mental permitió al movimiento adquirir una voz propia, canalizada a través de figuras como Judi Chamberlin (1977), Howie the Harp (1984), Sally Zinman (1987), y Leonard Roy Frank (1978), entre otros, la mayor parte de las cuales continuaron su trabajo de activismo hasta por 30 años en adelante. Conglomerándose alrededor de movimientos por

los derechos, los y las ex pacientes cuestionaron no solo las prácticas psiquiátricas, sino las coordinadas simbólicas que, a través de la patologización de sus experiencias, les forzaban a la subalternidad: reclamaban con ello la potestad de decirse a sí mismas y dar sentido a sus experiencias, en un contexto en que los y las psiquiatras a menudo hablaban y decidían por ellas.

Inicialmente, este movimiento -inspirado en los y las activistas por los derechos civiles y movimientos feministas- recogía premisas radicalmente anti-psiquiátricas tanto como intereses más moderados. Entre estos últimos, la lucha por el debido proceso en la hospitalización y el tratamiento, así como el consentimiento informado para diversos procedimientos entre los cuales estaba la TEC, consiguiendo el movimiento a través de demandas a doctores que las disposiciones cambiaran progresivamente. Así, a partir de la década del 60 en EE. UU., los y las pacientes al ser informados de los riesgos tenían la posibilidad de rehusar el tratamiento ofrecido por el doctor (Healy y Shorter, 2010).

Algunos representantes más radicales, a su vez, harían esfuerzos importantes para deslegitimar el uso de la TEC, circulando historias y tratados políticos a través de sus revistas, llevando a cabo demostraciones públicas afuera de los asilos, testificando ante entidades legislativas, y publicando los nombres y afiliaciones institucionales de los psiquiatras que administraban el procedimiento (De Young, 2010). Esta perspectiva difería de manera importante de la sostenida por los y las ex pacientes moderadas, quienes a grandes rasgos sostenían la existencia de las enfermedades mentales y la necesidad de servicios en salud mental, e inclusive en ocasiones la posible utilidad del electroshock, aunque abogaban por un balance de poder menos pronunciado en la relación médico-paciente.

Partiendo de nociones disímiles en torno a la psiquiatría y el uso de la TEC, los sectores moderado y radical del movimiento proseguirían a través de los 70's dedicándose tanto al activismo como al desarrollo de opciones terapéuticas alternativas guiadas por el cliente. Sin embargo al madurar la organización se evidenciaría la incompatibilidad de sus propuestas de cambio y sus estrategias para posicionarse políticamente.

Desde una posición de resistencia, Leonard Roy Frank y Wade Hudson fundaron la Network Against Psychiatric Assault (Red contra el asalto psiquiátrico) en San Francisco, en 1975. Este fue uno de los grupos activistas más efectivos en el movimiento estadounidense en contra el abuso psiquiátrico. A través suyo, se aprobaron leyes que limitaban el uso del electroshock involuntario en California, se detuvo por completo el uso del mismo en San Francisco, y se prohibió en Berkeley. En 1980, por su parte, surgió la Asociación Nacional para la Protección y Abogacía de Derechos, fundada por Ted Chabasinski (sometido a electroshock regresivo durante su niñez), y que se proponía como misión promover los derechos de los y las pacientes psiquiátricas, así como conseguir la prohibición de la TEC. A partir de 1973, se empezaron a emitir regulaciones administrativas para la TEC en Massachusetts. Para 1983 veintiséis estados habían aprobado estatutos respecto a la TEC y seis más habían implementado reglamentaciones.

Los y las ex pacientes moderadas buscaban reconocimiento oficial como actores del sistema de salud mental, amparándose en el apoyo por parte de burócratas del gobierno. La actitud de esta facción facilitó el acceso de pacientes a juntas comunales, audiencias y comités. No obstante, el financiamiento de entidades gubernamentales a los centros de auto-ayuda fundados por esta agrupación comprometió la autonomía del movimiento, que al depender en su materialidad de fondos externos se vio sujeto a las prioridades de estas

entidades. Las clínicas dirigidas por pacientes fueron instrumentadas con fines políticos y presupuestarios: los republicanos les ofrecieron su apoyo económico por ser estas opciones de bajo costo, permitiendo recortes a la inversión en salud mental. El activismo de consumidor, con su carácter reformista, desplazó así las opciones de cambio más radicales (Morrison, 2003).

La TEC se convirtió en objeto de críticas y protestas por parte de grupos intelectuales, medios de comunicación masiva, y agrupaciones de ex pacientes debido, argumentan Healy y Shorter (2010), a su visibilidad, valor simbólico, y el hecho de que muchos de los y las opositoras más coherentes a la psiquiatría habían recibido electroshocks. Un número creciente de novelistas populares expresaron también su insatisfacción con la psiquiatría durante estas décadas, como Ken Kesey con *One Flew Over The Cuckoo's Nest* (1962) lanzada en su versión cinematográfica en la década de los 70's, Doris Lessing con su novela *Briefing for a Descent into Hell* (1971), y en el marco nacional Virgilio Mora con *Cachaza* (1974); todos los cuales mostraron la TEC en una luz desfavorable. A partir de esta época, además, la representación de la TEC en revistas populares a nivel estadounidense empezó a enfocarse más en los efectos que esta tenía en los pacientes, tornándose una metáfora para explorar las relaciones de poder entre la psiquiatría y la sociedad (Hirshbein, 2008).

2.8. Un cambio en las coordenadas discursivas

Además de las críticas, protestas, y alternativas posicionadas por diversos sectores de la sociedad, existían contradicciones al interior de la psiquiatría, progresivamente dividida en torno al electroshock. Las diferencias surgidas entre psiquiatras daban cuenta

de una transición en los estándares de validez científica y ética a los que la psiquiatría estaría sujeta, en adelante, en tanto rama de la medicina. La polémica se desarrolló en el ámbito teórico, desde el cual los y las psiquiatras pro-TEC empezaron a discutir el que concebían como un abismo entre psicoanalistas y practicantes de TEC. Con ello se instauró entre ellos el rechazo a las explicaciones psicoanalíticas de su mecanismo de funcionamiento –consideradas faltas de validez científica-, el cual fue respondido por los y las psicoanalistas con la condena de la TEC (Hirshbein, 2012). Además, existían conflictos en términos prácticos entre aquellos y las psiquiatras que aplicaban, desde el ámbito privado, el procedimiento de manera selectiva, contra aquellos afanados en propagar la modalidad regresiva, y los y las psiquiatras de hospitales públicos que hacían un uso generalizado de la TEC a través de los más variados diagnósticos (De Young, 2010).

Se sumaba a este conflicto una fuerza que empezaría a perfilarse a partir de los años 50, y que daría pie a una nueva psiquiatría biológica, fundada en el uso de psicofármacos. Los “antipsicóticos” desplazaron a la TEC en el tratamiento de la “esquizofrenia”, llevando a que inclusive aquellas instituciones donde se contaba con la máquina esta no fuera usualmente utilizada como tratamiento de elección para dicho diagnóstico. Para el año 1969 existían al menos 19 psicofármacos importantes para la “esquizofrenia” en el mercado estadounidense. Respecto a los “antidepresivos”, Healy y Shorter (2010) afirman que estos nunca superaron a la TEC en cuanto a efectividad, y su uso fue privilegiado solo a partir de que se “invisibilizó” la TEC como alternativa.

Nuevamente, estos cambios muestran transformaciones en las coordenadas discursivas a las que debía responder la psiquiatría, y que impulsaron la demanda por una transición del uso de la TEC hacia el de psicofármacos, no sólo concebidos como

alternativas menos invasivas, sino que además representaban la promesa de nuevas y más precisas explicaciones de las causas de la “enfermedad mental”, situadas en los neurotransmisores y moléculas receptoras. Esta tesis dominó sobre aquella que pretendía explicar el funcionamiento de la TEC, propuesta por Max Fink y Jan-Otto Ottoson, y que planteaba que una descarga hormonal del hipotálamo y la pituitaria provocaban la mejoría en los y las receptoras del procedimiento.

No obstante décadas después, según argumentan Healy y Shorter (2010), las limitaciones evidentes de los psicofármacos harían del “retorno” de la TEC un proyecto factible. El descubrimiento de que algunos psicofármacos son inefectivos para aliviar el malestar de muchos pacientes, cuyas condiciones se asegura la TEC puede tratar efectivamente, sería la principal circunstancia a favor de una reconsideración del procedimiento.

2.9. Reconduciendo el malestar: hacia una nueva legitimidad de la TEC

Desde la década del 70 y hasta el presente, practicantes de la TEC desplegaron una serie de estrategias discursivas en respuesta al creciente rechazo hacia el procedimiento, incorporando esfuerzos tanto legales como científicos. Desde el ámbito legal, en Massachusetts y California, la lucha por traer de vuelta la TEC se desarrolló en oposición a las restricciones que limitaban su uso. Sin embargo aquí me centraré principalmente en la vía asumida por los defensores de la TEC en Nueva York, y encabezada por Max Fink, Richard Abrams y otros, orientada a demostrar con nuevos estándares de evidencia que la TEC es segura y efectiva. Esta es una tendencia que ha encontrado respaldo por parte de grandes asociaciones de psiquiatras, particularmente la APA, y se ha traducido en la producción de lineamientos y manuales de uso que han tenido alcance internacional (Healy

y Shorter, 2010). A continuación, describiré algunas de las medidas tomadas por los defensores de la TEC en este sentido, cuyas consecuencias más amplias analizaré en los capítulos siguientes.

A partir de los 60s se posicionó en las discusiones públicas alrededor de la psiquiatría lo que de esta disciplina falla en cumplir o excedía, los estándares asociados al quehacer médico. Desde los movimientos antipsiquiátricos se visibilizaron las funciones ideológicas tras el lenguaje especializado en psiquiatría, así como los efectos represivos de aquellas prácticas de las que daba cuenta. El desarrollo de la bioética y la adopción de los derechos humanos alrededor del mundo, asimismo, brindaron un marco normativo y legal ante el cual la psiquiatría habría de responder, forzándole progresivamente a racionalizar sus prácticas en términos de beneficio al/a la paciente y la garantía de sus derechos. Los y las psiquiatras practicantes de la TEC en respuesta se acogieron a una modalidad discursiva que pretende librarse de la influencia de opciones personales, intereses gremiales, y/o proyectos políticos a través del método, posicionando como su principal criterio de acción el conocimiento científico. Esta pretendida neutralidad a su vez diferenciaba a los y las psiquiatras de los y las pacientes, en tanto estas últimas emitirían juicios basados en su historia personal, valores y expectativas –además, percibidas como patológicas-, no así esgrimiendo un discurso de verdad pretendidamente universal y respaldado por la evidencia.

Ante las quejas de pérdida de memoria por parte de receptores y receptoras de la TEC, en las publicaciones psiquiátricas se destacó el potencial daño que las manifestaciones en contra del procedimiento significarían para quienes, al verse disuadidos de someterse al mismo, podían ver su condición agravada. Los y las psiquiatras pro-TEC

no obstante incluyeron algunos de los puntos de vista de los y las pacientes en la literatura en torno al procedimiento, si bien en sus propios términos: registrando los efectos de la TEC a través de escalas de evaluación, instrumentos psicométricos, y sometiendo sus respuestas a análisis estadísticos. Con ello, se restó fuerza a los argumentos basados en la experiencia personal de los y las pacientes, delimitando la forma y contenidos relevantes en la valoración de sus efectos, y la significancia que se debía atribuir a los eventos y opiniones poco frecuentes.

Al respecto en retrospectiva Richard Weiner afirmaría que “con toda la mala prensa que ha recibido la TEC, así como la impía trinidad de electricidad, convulsión, y pérdida de memoria, algunos podrían preguntarse cómo la TEC sigue utilizándose del todo”; concluyendo que “las experiencias de la mayoría silenciosa de los pacientes de TEC, que se sienten ayudados en vez de dañados por la TEC, calladamente están alentando a una actitud más liberal” (p.159). Esta es una conclusión, según discutiré en el próximo capítulo, a la que los y las defensores de la TEC quizá no habrían podido llegar de no ostentar el gremio el control sobre lo que se pregunta a los y las pacientes, cómo, y de qué manera han de presentarse los hallazgos, en investigaciones en torno al tema.

Bajo el supuesto de que el exceso de corriente provocaba los daños a la memoria, durante los 70s y 80s el uso de los pulsos breves en TEC sustituyó el de la corriente sinusoidal. A finales de los 80s y bajo la influencia de Harold Sackeim, se estableció como norma que la dosis de electricidad solo habría de superar levemente el umbral convulsivo (Healy y Shorter. 2010). Estos cambios, si bien implican transformaciones tecnológicas, están atravesados igualmente por un discurso técnico que les atribuye significado. De esta forma, detallaré en el capítulo que sigue, psiquiatras han querido posicionar estas medidas

como soluciones definitivas a los efectos amnésicos del procedimiento, desestimando las quejas de pacientes que siguen experimentando dificultades memorísticas.

La defensa y promoción de la TEC, además, procuró sostener un carácter oficial. Durante los 70's, Fink y otros apuntaron a ampliar las indicaciones para la TEC, cuyo uso había sido restringido para la “depresión” refractaria en hospitales públicos de EE. UU. En 1975, la APA conformó una Fuerza Especial para estudiar la TEC, cuyo reporte de 1978 habría impulsado a un nuevo acercamiento científico a la pregunta por la TEC y su debido manejo, además de oficializar el apoyo de la APA a su uso. Borradores iniciales del reporte, según describen Healy y Shorter (2010), mantuvieron una actitud mucho más precavida hacia la TEC que su versión final, ofreciendo especificaciones detalladas respecto al consentimiento informado. Los y las psiquiatras que conformaban la Fuerza Especial, intentando responder a los nuevos preceptos éticos, propusieron en los borradores inclusive filmar el procedimiento de consentimiento informado con todos los y las pacientes, incluyendo de ser posible la presencia de un abogado. Otro aspecto que el equipo decidió dejar de lado fueron algunos de los criterios exigidos por el reporte en la aplicación técnica de TEC.

El informe publicado por la Fuerza Especial concluía, basándose en el consenso profesional, que la TEC era apropiada para la “depresión” severa con riesgo suicida, “psicosis” severas con riesgo a la seguridad del paciente o terceros, “catatonia” severa en que el/la paciente no respondiera a medicamentos, y “manía” severa con fallo medicamentoso. Aún, consideraba la TEC como “probablemente efectiva” en casos de “depresión endógena”, siendo esta la indicación clásica para el procedimiento por cuarenta años; y de valor cuestionado en “psicosis” refractarias.

Esta postura se basó, según he mencionado ya, en un acuerdo entre los psiquiatras que componían el equipo –los cuales inclusive, al consultar a otros psiquiatras, encontraron que muchos de ellos rechazaban profundamente la TEC. Tampoco se participó a pacientes en la elaboración del reporte. Este informe sin embargo posicionaba de manera efectiva el apoyo de la APA a los y las psiquiatras hospitalarios que quisieran abrir instalaciones para TEC en sus lugares de trabajo, desestimando las sospechas en torno al daño cerebral y las perturbaciones masivas a la memoria. Con ello, según plantean Healy y Shorter (2010) se alentó además a los y las psiquiatras a realizar investigaciones científicas en torno al procedimiento.

La APA también se abocó a redefinir la TEC como un procedimiento seguro, instaurando criterios para su uso ampliado que serían acogidos a nivel internacional. Después del reporte de 1978, la asociación mantuvo una Fuerza Especial en el Desarrollo de un estándar de seguridad y desempeño para los aparatos de TEC, dirigida por Richard Weiner. Posteriormente, el comité se encargaría de la producción de lineamientos para la TEC. En octubre del 88, el grupo había desarrollado una serie de recomendaciones dirigidas a expandir el acceso al procedimiento, sugiriendo por ejemplo que los y las psiquiatras podían administrar ellos mismos la anestesia, la TEC ambulatoria era aceptable, la TEC de mantenimiento estaba permitida, y que la corriente de pulso breve era preferible sobre la sinusoidal. El volumen publicado sobre la base de este reporte fue un éxito de ventas, ante lo cual Weiner concluyó que la APA había alcanzado a establecer un modelo de uso de TEC para el resto del mundo.

En paralelo a estas iniciativas, Fink y otros médicos publicaron investigaciones relativas a TEC. Posterior a su participación en la Fuerza Especial de la APA, Fink (1999)

publicó el primer libro de texto en torno a la TEC desde 1946, en que ofrecía una base científica para su uso. Junto con Abrams y Taylor, el psiquiatra se uniría en un grupo de trabajo posicionado en contra del DSM, destacando la inconsistencia de la nosología dispuesta por el sistema diagnóstico estadístico (Healy y Shorter, 2010). Gran parte de la investigación en TEC sin embargo, según detallaré en el siguiente capítulo, se ha desarrollado partiendo precisamente de estas categorías diagnósticas.

Por su parte el NIMH (Instituto Nacional para la Salud Mental) había manifestado su interés en la TEC desde 1971, en que el jefe de la “Sección de Depresión” convocó a una conferencia sobre la TEC, y en cuya planificación Max Fink participó igualmente. Los artículos de la conferencia se publicaron en 1974, estableciendo la TEC como un procedimiento estadísticamente efectivo y con efectos secundarios mínimos. Para 1981 Matthew Rudorfer, nombrado experto en TEC, organizó una conferencia de consenso para discutir y resolver los conflictos en torno a su uso. El panel concluyó en aquel entonces que la TEC es demostrablemente efectiva para un rango limitado de desórdenes psiquiátricos en un número restringido de categorías diagnósticas, a saber, “depresión” endógena y delirante, “manía”, y algunos “síndromes esquizofrénicos”. Nuevamente, los estándares institucionales a que se llegó respecto al procedimiento estuvieron basados no en la evidencia científica, sino en el consenso. Más adelante, discutiré cómo esto se debe precisamente a que la evidencia con que se cuenta respecto a la TEC no se presta para la generalización en lineamientos claros de acción, si bien esta es utilizada de manera selectiva para justificar algunas decisiones institucionales.

Pronto otros organismos se pronunciarían a favor del procedimiento. En 1999, la oficina General de Cirujanos de EE. UU. se pronunció a favor de la TEC después de un

intento –fallido- de medicación. En este documento se citaba evidencia de ensayos aleatorios controlados que comparaban la TEC real con la TEC simulada, y asegurando que ningún otro tratamiento ha mostrado tanta efectividad en casos de “depresión”. En el año 2001, en la Revista de la Asociación Médica Americana, una editorial acerca de la TEC planteaba que era momento de sacar el procedimiento de las sombras, afirmando que este no tenía efectos a largo plazo en la memoria, y que a pesar de que los y las pacientes a menudo experimentaban recaídas tras el tratamiento, podían ser exitosamente mantenidas con medicación antidepresiva (Healy y Shorter, 2010).

La TEC pasó a ser mostrada de manera más positiva por los medios de comunicación masiva en EE. UU. desde finales de los años 80, siendo unánimemente aceptada por los escritores de temas científicos del New York Times para la década del 90; para el año 2010 un reportaje de la BBC defendería su uso (Healy y Shorter, 2010). En Costa Rica, donde pocas personas son conscientes de que este procedimiento continúa utilizándose, se publicó en el año 2004, en la *Revista Dominical* del diario La Nación, un artículo donde se lo describía como un procedimiento efectivo y seguro, agregándose sin mayor escándalo que durante el 2003 el H.N.P. habría administrado 4.278 electrochoques – más de 11 tratamientos diarios en promedio.

Asimismo varios países, algunos de los cuales expresaron un profundo rechazo hacia la TEC en el pasado, pronto empezaron a aceptarla de vuelta. En la década de 1990, los y las psiquiatras de Alemania y Austria empezaron a comprar aparatos de TEC Thymatron, mientras que en el año 2004 un grupo de autores austriacos publicó un libro de texto sobre la técnica. En Inglaterra, donde hubo un movimiento agresivo de supervivientes a la psiquiatría, existía mayor rechazo que en EE. UU., sin embargo en 2003 el Instituto

Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido publicó un reporte acerca del procedimiento, en que planteaba que podía ser utilizado efectivamente en algunas circunstancias. En Italia, donde la TEC estuvo prohibida en algunas provincias, se fundó la Asociación Italiana para la TEC en febrero del 2006. En Rusia, por su parte, se publicaría un libro de texto en el año 2005, que la recomendaba para el tratamiento de adicciones. Por tanto, es innegable que la estrategia de Fink y otros ha tenido impacto a nivel internacional, si bien según he mencionado ya, existen otras condiciones económicas, institucionales y sociales, tales como el fallo medicamentoso, que facilitarían el “retorno” de la TEC y que serán abordadas a lo largo de esta investigación.

Reflexiones finales

A lo largo de este capítulo he tratado de visibilizar algunos de los intereses que, desde la psiquiatría, se han materializado en la promoción y defensa de las terapias de shock, en general, y la TEC en particular. Para ello, he tratado de ubicar el uso de este procedimiento dentro de una continuidad histórica en la que se suceden múltiples intentos, de parte de la disciplina, por ubicar la etiología y tratamiento adecuado para distintas formas de malestar psíquico y/o conductas que se desvían de la norma social a través de contextos variados. Estos esfuerzos han sido acompañados, desde los orígenes de la disciplina, por cierta incapacidad desde la psiquiatría de pensarse en sus funciones políticas, traducida en una disposición autoritaria que desestima a través del lenguaje técnico, y reprime a través de sus prácticas, el conflicto y el desacuerdo.

No obstante, han existido desde que se generalizó el tratamiento moral y hasta el presente instancias de resistencia y cuestionamiento al quehacer psiquiátrico, y que eventualmente han incidido en la opinión pública respecto a sus terapéuticas. En el caso de

la TEC esto es particularmente evidente. El resto de esta investigación se centrará en analizar cómo se las ve la psiquiatría con estas críticas y demandas, las rupturas y continuidades que esto supone en sus prácticas y discurso, así como sus implicaciones sociales y subjetivantes.

Capítulo 2. La TEC revitalizada desde la razón farmacológica: una reivindicación paradójica

“Alguien dijo, creo que fue el doctor Mesén, que al Tenorio le habían dado electrochoques y que, si está confundido, si no sabe ni su nombre, todo se debe al tratamiento que recibió. Yo no sabía que a los alcohólicos, especialmente en la condición en que este paciente llegó, se les tratara con electrochoque. La señorita Pineda me dijo que le dieron por lo menos diez. Creo que este es un factor por considerar en este caso (...) este deterioro inusitado en cuestión de semanas, no puede ser más que el resultado de los maquinazos que le aplicó el doctor Montuno (...) El hombre perdió toda su capacidad intelectual, no puede sumar dos más dos, se le olvidó comer... el cambio es atroz. (...) Colegas, creo que ha llegado el momento de definir cuáles son aquellas entidades psiquiátricas en las que el electrochoque es el tratamiento de elección”

-Virgilio Mora, *Cachaza*

En un artículo titulado *Sesgos universalistas: Cómo triunfan las teorías acerca de la naturaleza humana*, Hornstein y Leigh Star (2009) se refieren a la jerarquía de valores que guía el trabajo de las disciplinas científicas en nuestra época, problematizando una perspectiva que prioriza la generalizabilidad por sobre otros valores tales como la precisión o la completitud. En lo referido a la psiquiatría biomédica, que tiene como su objeto al ser humano, este sesgo se traduce en la superioridad asumida de aquellas teorías que sostienen ser aplicables para todas las personas, a través de todos los contextos y periodos históricos. Para defender el estatus universalista de una concepción de persona, no obstante, se

requiere de estrategias y mecanismos de encubrimiento de la contradicción, el desacuerdo, los vacíos en el conocimiento, etc. Con respecto al uso de la TEC, se presenta a la psiquiatría el reto de integrar los usos pasados y presentes del procedimiento dentro de una narrativa coherente y conciliadora, así como incorporar el uso de esta técnica dentro de una teoría psiquiátrica fundada en el uso de psicofármacos.

Ante la tarea de dar cuenta del uso de la TEC en la actualidad, y dadas las críticas que se han realizado a este procedimiento en décadas anteriores, una de las principales estrategias desde el punto de vista psiquiátrico consiste en contrastar todo uso pasado de la misma con el que se le da al presente, insertando este balance en una narrativa modernista de progreso. El discurso psiquiátrico que se aboca a defender la TEC, veremos, se articula en una inevitable tensión con los orígenes de esta práctica y los usos que se le ha dado históricamente, viéndose forzado a responder por el accionar de un poder psiquiátrico que no obedecía a los criterios de legitimidad que ahora lo delimitan. En este sentido el uso actual de la TEC, desde la psiquiatría, debe diferenciarse y distanciarse de aquel del pasado, manteniendo sin embargo —en aras de sostener una lógica del avance y el perfeccionamiento de las técnicas y procedimientos- algún vínculo.

No podemos perder de vista, no obstante, que los términos en que se pretende justificar la TEC como un procedimiento moderno y científicamente apropiado obedecen a una lógica psiquiátrica en principio externa a su funcionamiento, a saber, la psicofarmacológica. Dado que la TEC antecedió y fue desplazada por los psicofármacos, los cuales catalizaron una “revolución” que transformaría a la psiquiatría no sólo en su práctica, sino además en su episteme, el discurso del progreso en torno a este

procedimiento topa con una segunda tensión en la medida en que debe dar cuenta de sí ante la llamada “razón farmacológica” (Lakoff, 2005).

En el presente capítulo intentaré abordar las contradicciones que surgen a partir de estos puntos de tensión, así como las estrategias con que se sortean y los productos – discursivos e investigativos- que se ensamblan en función de la continuidad del uso de la TEC. Con este propósito examinaré los distintos argumentos que los y las psiquiatras entrevistadas⁹ ofrecieron para justificar el uso de la TEC y que aquí he dividido en: *disminución de los riesgos, efectividad, indicaciones, y refractariedad*. Profundizaré sobre estos argumentos haciendo uso de artículos científicos, libros de texto, y manuales, relativos a la TEC, que a su vez me permiten acercarme, progresivamente, a la lógica psiquiátrica tras la cual se utiliza este procedimiento (para quiénes, en qué casos, y con qué expectativas se aplica). La pretendida universalidad de la psiquiatría biomédica es la que aquí me permite vincular ambos niveles, el local, reflejado en las entrevistas a psiquiatras, y el internacional, presente en la producción académica internacional -si bien según discutiré más adelante en esta tesis, existen contradicciones y apropiaciones estratégicas, desde lo local, de los estándares de uso de la TEC a nivel internacional. Finalmente, las premisas desde las cuales se legitima el uso del procedimiento serán problematizadas a partir de los aportes teóricos y empíricos, recuperados de psiquiatras que se oponen al procedimiento, profesionales en antropología, sociología, psicología, y otros.

3.1. La disminución de los riesgos en la TEC modificada: un espacio de conflicto entre psiquiatras y pacientes que la reciben

⁹ Para un perfil de los y las entrevistadas, consultar el apartado de Metodología.

En narrativa de la evolución positiva en la administración de la TEC, entran a jugar como factores a favor de su uso –y en necesaria oposición al de épocas previas- las modificaciones tecnológicas hechas a la terapia, que han disminuido el dolor y el daño físico sufrido por los y las receptoras. Según un psiquiatra entrevistado:

“(…) sí creo que se hace de una forma más adecuada, creo que hay una mejor preparación del paciente, y de los requisitos que antes no había, creo que eso ha hecho que no haya complicaciones desde el punto de vista físico, ha minimizado el riesgo digamos físico del paciente, y que se le ha dado un mejor seguimiento al paciente en el periodo post-TEC” (N, psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

Dentro de estas transformaciones se citan el uso de anestesia, el monitoreo cardíaco durante el procedimiento, la oxigenación, y los controles médicos previos y posteriores a su aplicación –pruebas por parte de medicina general, odontología, y cardiología (Chavarría, 2013). A nivel internacional, se asegura que la mortalidad por TEC modificada está entre dos y cuatro por 100.000 sesiones, similar a aquella por inducción de anestesia para cualquier cirugía menor (Valenti et al. 2007) –hay que anotar que, aún si esto es así, la mortalidad aumentaría en la TEC hasta 7-10 veces, según el número de sesiones a que se someta a la persona. La TEC modificada en general, mediada por controles desde distintas ramas de la medicina, y aplicada con tecnologías novedosas, es referida por algunos y algunas psiquiatras como un procedimiento seguro e inclusive casi inocuo:

“Anteriormente la terapia se daba sin anestesia (...) esto provocaba que hubiera fracturas patológicas (...) a nivel de vértebras espinales, también había desprendimiento de piezas dentales (...) en el H.N.P., desde 1983 se usa profesionales en anestesia para dar la terapia. Y además de eso, antes de que todos nuestros pacientes vayan a la terapia, hay una valoración por odontología para asegurarse que no haya esas pérdidas dentales. Otros efectos secundarios menores: puede haber mialgia -que son dolores de los músculos-, después del procedimiento, y dolores de cabeza también, pero esto se puede resolver con medicamentos anti-inflamatorios mínimos, acetaminofén, y ya para el plazo de dos días ya están resueltos” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo de 2015).

Sin embargo, y a pesar de la efectiva reducción de daños óseos y musculares, así como el nivel de dolor físico al cual se expone a las pacientes, críticos al procedimiento alegan que no se ha realizado suficientes estudios para confirmar que la TEC sea segura. Según Breggin (2010), psiquiatra, todo tratamiento con TEC produce un trauma cerebral que se traduce en un período de coma que puede durar varios minutos, ocasionando que el/la receptora al despertar presente síntomas similares a los provocados por una contusión cerebral (euforia, apatía, delirios, confusión). Los efectos negativos en el cerebro se agravarían, procede Breggin, según la fragilidad del sujeto, colocando a la población adulta mayor en un riesgo significativo. El autor inclusive propone que la TEC aumenta la tasa de mortalidad en las personas adultas mayores, citando como evidencia un estudio que daba seguimiento a 65 pacientes de 80 años o más, hospitalizados por “depresión”: el porcentaje de sobrevivientes al primer, segundo y tercer año fue más reducido en la población que

recibió TEC (73%, 54% y 51% respectivamente) en comparación con aquella que fue tratada con psicofármacos (96%, 90% y 75%). A partir de ello Breggin ha demandado que se realice pruebas con animales grandes, antes de continuar avalando el uso de la TEC.

Más allá del riesgo de muerte, no obstante, una preocupación central para algunas receptoras/es de TEC es el daño que esta pueda implicarle a sus facultades mentales, según encontraron Rose, Fleischmann y Wykes, psiquiatras, en sus entrevistas a pacientes (2004). Esta es una crítica con la que los y las defensoras del procedimiento tienen que lidiar a menudo. Según argumentan Criado, Fernández y Ortiz:

“[los psiquiatras] conocemos desde hace más de 60 años que las características de la amnesia asociada con la TEC son paralelas a aquellas de cualquier otra amnesia que tenga un origen orgánico. Esto significa dificultad para retener nuevo material aprendido (amnesia anterógrada) y para recordar eventos pasados (amnesia retrógrada)” (2007, p.45).

Desde el punto de vista técnico se ha introducido dos implementaciones a la máquina de TEC, para controlar y minimizar estos efectos: el posicionamiento unilateral de los electrodos –TEC unilateral, utilizada a nivel público en nuestro país- y las máquinas de pulsos breves.

Según Weiner describe en el *Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy* (2010) de la APA, la TEC inicialmente fue diseñada para utilizar corrientes de ondas sinusoidales -el tipo de forma de onda que se puede extraer de los tomacorrientes de pared- para mayor conveniencia. Estas ondas se caracterizan por darse en una descarga continua de electricidad que fluye en direcciones alternantes. A partir del 1970, la forma de onda de

pulsos breves reemplazó el estímulo sinusoidal, usado en la TEC, en la mayoría de los países. Este tipo de onda es también bidireccional, sin embargo a diferencia de la onda sinusoidal que es ondulada, esta consiste en una serie de pulsos rectangulares que suben y bajan instantáneamente, con pulsos adyacentes separados por periodos breves sin actividad eléctrica, por lo que requiere menos electricidad para provocar una convulsión.

En lo que respecta al posicionamiento de los electrodos, Weiner de la APA (2010) describe que para la TEC existen tres posibilidades, a saber, bilateral o bitemporal – posicionamiento clásico en que los electrodos se sitúan tres centímetros por encima de la línea media imaginaria comprendida entre el epicanto ocular externo y el trago ocular; por sobre los lóbulos temporales, encargados del procesamiento de la memoria-, la bifrontal – en que los electrodos se colocan arriba de los globos oculares, liberando la descarga sobre los lóbulos frontales y con la intención de evitar daños a los lóbulos temporales-, y la unilateral –en que ambos electrodos se sitúan, habitualmente, del lado derecho, pues se ha visto que la mayoría de las personas tienen su centro de procesamiento de memoria y almacenamiento de información lingüística en el lóbulo temporal izquierdo. Las disposiciones bilateral (izquierda) y unilateral (derecha) de los electrodos, que son usadas con mayor frecuencia, se muestran en la siguiente imagen:

Imagen 1.1. Disposición bilateral y unilateral de los electrodos

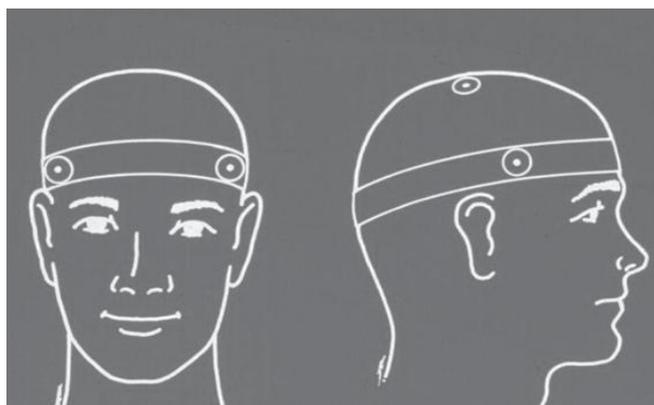


Imagen extraída de Weiner (2010, p.73)

La TEC unilateral empezó a ser vista como la alternativa de elección, en Europa, a partir de los años 50. Varios estudios entonces valoraron menores daños a la memoria, en comparación con la versión bilateral, en receptores de TEC unilateral. En función de estos resultados, detallan Healy y Shorter (2010), se empezó a recomendar el uso de la TEC unilateral para tratar a la población adulta mayor, así como los y las pacientes con inteligencias “superiores”, que dependieran de su conocimiento acumulado para ganarse la vida. Al contrario, en cuanto a las personas de inteligencia “promedio” o dificultades de aprendizaje, se consideraba que el mayor potencial de daño a la memoria no era razón suficiente para descartar el uso de TEC bilateral, considerada más efectiva.

Estas reservas respecto a la TEC unilateral, y la lógica tras este balance daño-beneficio, parecen extenderse hasta la psiquiatría contemporánea. El APA, por ejemplo, indica que para alcanzar los mismos niveles de efectividad que la versión bilateral, la TEC unilateral requiere de dosis eléctricas 6 veces mayores (citado por Chavarría, 2013); mientras que algunos consideran que si la TEC bilateral no es utilizada desde el inicio del tratamiento, esta terapia no está siendo “usada en todo su potencial” (Nordenskjöld, Knorrning, Brus y Engström, 2013, p.332). Si bien algunos artículos académicos defienden esta perspectiva, también existen grupos de investigadores que han concluido que es la TEC bilateral la que requiere mayores descargas para ser efectiva, y aún otros que no encuentran diferencias en el efecto según dónde se posicionen los electrodos.

A pesar de las ambigüedades presentes a través de estudios en torno a estas innovaciones, la introducción de la TEC unilateral y de pulsos breves han tenido, según lo reportan diversos psiquiatras, un impacto para la práctica incluso a nivel epistemológico, movilizándolo un proceso de revisión de los supuestos tras los cuales se explicaba la TEC. Según argumenta Chavarría, psiquiatra costarricense, en su tesis acerca de la TEC:

“Al principio se postularon teorías sobre los circuitos de la memoria, formulando que la TEC podría provocar “amnesia” en ideas de culpa, suicidas, psicóticas, o en la melancolía. Con el advenimiento de la TEC unilateral y el manejo del deterioro cognitivo, la eficacia no relacionada a la amnesia trajo abajo el postulado” (Chavarría, 2013, p.13).

En la misma línea Healy y Shorter (2010) argumentan que con la introducción del estímulo de pulsos breves, y la consecutiva disminución de los efectos secundarios cognitivos, se habría concluido que el principio terapéutico yacía en la convulsión. Esto permitió que se superara la idea -extendida entre psiquiatras de la época- de que, si se protegía la memoria del o de la paciente, era a costa de la efectividad terapéutica del tratamiento. Se generalizó a partir de allí la premisa de que se debía utilizar la menor dosis de electricidad posible para inducir las convulsiones. No obstante, Cameron (1994) señala que los fabricantes de TEC, conscientes de que las convulsiones de pulsos breves por sí mismas son inefectivas, han compensado las interrupciones a la corriente ampliando los componentes eléctricos restantes en las máquinas, de manera que los aparatos de pulsos breves son ahora equivalentes, en sus descargas eléctricas acumulativas, a las máquinas de onda sinusoidal fabricadas por Bini y Cerletti. Cameron propone que dicha compensación se consigue:

a) Aumentando la frecuencia de los pulsos, de 120 pulsos por segundo en las máquinas tradicionales a cerca de 180 en las de pulso breve modernas (ajuste presente, por ejemplo, en los modelos SR-2 y JR-2 de la compañía MECTA).

b) Aumentando la corriente, de cerca de 500-600 miliamperios a aproximadamente 900 (la Thymatron DG de la empresa Somatics alcanza los 900 mA, y la SR/JR de MECTA los 800).

c) Aumentando la duración del flujo de la corriente en el cerebro. Las máquinas nuevas de pulsos breves superarían por cuatro a seis veces la duración máxima de los aparatos originales.

d) Ofreciendo la posibilidad de extender la longitud de onda.

e) Haciendo uso de la corriente alternante.

Además de estos ajustes, procede Cameron, las máquinas modernas de pulsos breves exceden a los viejos modelos en cuanto a la energía emitida, medida en julios. No sólo aparatos como la Thymatron DG de Somatics y la SR/JR de MECTA utilizan un mayor voltaje (500 y 444 voltios respectivamente) que las máquinas de onda sinusoidal tradicionales y modernas (120 y 170 voltios respectivamente); sino que las máquinas modernas de pulsos breves además permiten, a diferencia de las de ondas sinusoidales, una corriente constante, que no declina en su intensidad a través de 4-6 segundos en que es emitida. Cameron por tanto denuncia el discurso de la TEC “nueva y segura”, afirmando que los aparatos así mercadeados no alcanzan a paliar, en lo absoluto, los peligros presentes en las versiones iniciales del procedimiento.

Inclusive desde posiciones más conservadoras a favor de la TEC modificada, se admite que la adopción del posicionamiento unilateral y de las descargas de pulsos breves

no ha eliminado en su totalidad los efectos negativos del procedimiento en la memoria. Weiner de la APA (2010) asegura por ejemplo que “*la mayoría* de las funciones de la memoria *parecen* restaurarse en *la mayoría* de los pacientes 6 meses después de la TEC”, sin embargo “las quejas persistentes en torno a la memoria son más comunes en pacientes que reciben TEC bilateral” (p.75, cursivas mías). Debido a ello, se ha incluido en los protocolos de TEC baterías de pruebas para valorar la memoria del/de la paciente a lo largo del proceso, a manera de disminuir la posibilidad de provocar daños cognitivos a largo plazo.

El uso de pruebas psicométricas para valorar el daño a la memoria no obstante ha dado lugar a conflictos en torno a la gravedad y extensión que tendrían estas perturbaciones. Según lo describen Criado, Fernández y Ortiz (2007), estudios clínicos llevados a cabo por psiquiatras han mostrado que la capacidad memorística de los y las receptoras vuelve a la normalidad de 4 días a unas cuantas semanas después de la última TEC. Los y las psiquiatras entrevistadas por su parte reportan haber observado en sus pacientes únicamente alteraciones cognitivas a corto plazo. Sin embargo algunas de ellas destacan que esto puede deberse a que no estuvieron en la posibilidad dar seguimiento a varios de los casos a los que aplicaron TEC¹⁰:

“(...) bueno, cuando yo realmente estuve aplicándola fue en residencia, en primer año, y digamos, los efectos a corto plazo son alteraciones más a nivel cognitivo, de memoria, atención, de conciencia... pero a largo plazo desconozco, porque yo

¹⁰Los y las psiquiatras residentes, durante su primer año de estudios, son los encargados de aplicar la TEC a pacientes enviados desde los distintos pabellones, cuyos casos muchas veces no conocen a profundidad, y cuya evolución no pueden observar en su práctica. Espero abordar más a profundidad este tema en el siguiente capítulo.

nunca pude darle seguimiento a un caso así, mío, a largo plazo” (L., psiquiatra, entrevista personal, 6 de julio del 2015).

Al respecto B., del Comité de TEC en el H.N.P., asegura que si bien la TEC puede provocar amnesia anterógrada en un “porcentaje pequeño” de pacientes “la bibliografía nos dice ahora que es reversible a partir de dos o tres meses” (B., psiquiatra, entrevista personal, 18 de mayo del 2015). Asimismo, W., quien asegura no haber aplicado el procedimiento desde cerca del 2008, expresa que los efectos negativos en la memoria no han sido tan frecuentes como lo indica la literatura, para aquellos pacientes a los que él ha atendido y dado algún seguimiento (W., psiquiatra, entrevista personal, 19 de octubre del 2015). Otros psiquiatras entrevistados, que reportaban haber utilizado el procedimiento pocas veces en su práctica clínica, afirmaron de igual forma no haber observado daños a largo plazo.

Si bien estudios clínicos y psiquiatras practicantes parecen coincidir en que la TEC modificada representa riesgos disminuidos de pérdida de memoria, Criado et al. (2007) destacan que los resultados de las investigaciones en torno a la amnesia provocada por TEC no se corresponden con la apreciación de pacientes respecto a su propia capacidad para recuperar la información, por lo que “no se debe olvidar que algunos pacientes mantienen sus quejas respecto a la memoria años después de completar el tratamiento con TEC, y que en algunos casos, este problema les impide tener una vida normal” (p.45).

Lo anterior se ve reflejado en algunas investigaciones en que se pidió a los y las pacientes que se expresaran respecto a su experiencia subjetiva en el tratamiento con TEC. Así, Rayneri, Kershaw, Hannai y Chaplin (2009) aplicaron cuestionarios a 389 pacientes

que recibieron TEC, de los cuales 49% hicieron referencia, entre los efectos negativos percibidos tras la terapia, a la pérdida de memoria. Entre estos, los grados de deterioro sufrido variaban desde una pérdida pequeña de memoria (28 pacientes), pérdida temporal (14 pacientes), pérdida a corto plazo (36 pacientes), y pérdida a largo plazo (13 pacientes), con 12 reportando una pérdida severa y persistente a nivel memorístico. Estas últimas personas referían tener dificultades recordando aspectos importantes de sus vidas, como los primeros años de sus hijos o eventos de su historia personal, mientras otros alegaban presentar múltiples dificultades para desempeñarse en el que anteriormente era su trabajo:

“Nunca voy a acceder a recibir TEC otra vez porque he perdido tanta memoria. Muchas de las memorias que he perdido son memorias muy valiosas. He perdido por ejemplo gran parte de la memoria de mis hijos creciendo. Hasta soy incapaz de recordar con precisión la muerte de mi padre, solo quedan algunos retazos sueltos. Sin duda, encuentro esta pérdida de memoria muy perturbadora” (paciente citada por Rayneri, Kershaw, Hannai y Chaplin, 2009, p.383).

La Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos también ha dado a conocer quejas emitidas por receptores y receptoras de TEC. En el año 2009, al Panel de Aparatos Neurológicos de la FDA le fue asignada la tarea de re-evaluar la clasificación del nivel de riesgo de la TEC, catalogada por la agencia como un aparato Clase III, el rango de mayor peligrosidad¹¹, implicando la posible re-clasificación el que la TEC pudiera empezar

¹¹Las empresas de manufactura de aparatos de la Clase III, según reglamentos de la FDA, deben ofrecer a la agencia pruebas científicas suficientes que apoyen su seguridad y efectividad, antes de lanzar su producto al mercado. Sin embargo, en el 2009 la FDA todavía no había establecido los parámetros según los cuales las dos empresas encargadas de fabricar aparatos de TEC en EEUU, Somatics, Inc. y MECTA, habrían de cumplir este requisito. Debido a ello, la Oficina de Contaduría del Gobierno le solicitó a la FDA que definiera los requerimientos para la aprobación pre-mercado de las máquinas de TEC, o re-clasificara estos aparatos como Clase II (FDA, 2011).

a administrarse ampliamente como tratamiento de primera línea. A partir de la solicitud, la FDA desarrolló una valoración de la TEC en la que incorporó: a) informes entregados por las empresas manufactureras MECTA y Somatics, Inc. acerca de los riesgos del uso de sus máquinas y las medidas a tomar para mitigarlos, b) literatura científica –ensayos clínicos estandarizados y aleatorizados- en torno a la seguridad y efectividad de la TEC, c) reportes de experiencias negativas recogidos en una base de datos de la FDA, y e) testimonios y opiniones del público general respecto a la posible re-clasificación del procedimiento.

Según el resumen ejecutivo publicado por el Panel de Aparatos Neurológicos de la FDA en el año 2011, el equipo recibió 3 045 entradas por parte del público -compuesto en un 59% por personas sin relación directa con la profesión médica, un 12% familiares de receptores y receptoras, y un 11% profesionales en medicina-, posicionándose este colectivo en un 79% (6 462 personas) en contra de la re-clasificación del procedimiento, mientras que un 14% (462 personas) se pronunció a favor de su re-clasificación.

El Panel (FDA, 2011) asimismo describe que la mayoría de las respuestas obtenidas del público referían eventos adversos relacionados con la TEC, siendo las quejas por daños a la memoria (529 reportes), disfunción cognitiva (413 reportes) y daño cerebral (298 reportes) las más frecuentes. Sin embargo, tras una revisión bibliográfica que incluyó 68 estudios clínicos aleatorizados, 4 meta-análisis y 7 revisiones sistemáticas, la FDA concluyó que *no existe suficiente evidencia* para apoyar la existencia de impedimentos cognitivos *a largo plazo*, complicaciones en el funcionamiento ejecutivo, y disminución de la memoria anterógrada verbal y no verbal *a largo plazo* relacionadas con la TEC; mientras que reconoció la existencia de *alguna evidencia* de la disminución por TEC de la memoria retrógrada impersonal, y de la memoria autobiográfica dos semanas tras el procedimiento.

El Panel en última instancia se abstuvo de re-clasificar la TEC, que continúa siendo considerada por esta entidad, dada la insuficiente evidencia de lo contrario, como un procedimiento de alto riesgo.

Otros reportes de pacientes han sido recogidos por Rose, Fleischmann y Wykes, quienes recopilaron los testimonios de 139 receptores y receptoras de TEC, de las cuales 71% alegó pérdida de memoria relacionada al tratamiento, y un 62% reportó pérdida permanente de la memoria, usualmente en la forma de vacíos en los recuerdos. Finalmente, Koopowitz, Chur Hansen, Reid y Blashki (2002) realizaron entrevistas con ocho pacientes sometidos y sometidas a TEC, de los cuales siete se quejaron espontáneamente de algún daño a la memoria que atribuían al procedimiento. En este estudio, aun aquellas personas que se quejaban de pérdidas de memoria limitadas en el tiempo referían esta experiencia como una agudamente angustiante, por ejemplo un paciente narra: “Me convertí en un vegetal... No podía cuidar de mí mismo. Me convertía en un zombie entre TECs” (citado por Koopowitz, Chur Hansen, Reid y Blashki, 2002). Sin embargo, como ya he mencionado, algunos psiquiatras sostienen que el daño a la memoria no es un riesgo importante de la TEC, dado que es mínimo y a corto plazo.

Los hallazgos hasta aquí descritos en gran medida reiteran la existencia de una disparidad entre las apreciaciones de los y las pacientes respecto a su propia memoria, y las evaluaciones, hechas por la vía psicométrica, hechas por los y las psiquiatras. Dada esta disonancia, las posiciones de algunos psiquiatras respecto a las vivencias de los y las pacientes inclusive llegan a ser incrédulas y desconfiadas.¹² Tal y como lo proponen Healy

¹²Es importante mencionar que algunos de los y las pacientes entrevistadas en las investigaciones en torno a los efectos secundarios de la TEC, a pesar de haber experimentado pérdidas significativas a la memoria,

y Shorter (2010), múltiples especialistas en TEC desde hace ya varias décadas han expresado preocupación respecto a la posibilidad de tratar al “tipo equivocado de paciente”, a los “psiconeuróticos”, con TEC, debido a que estos “se aferrarían al reclamo de memorias eliminadas” (p.141). Los autores proceden argumentando que no se debe dar el tratamiento a pacientes con ansiedad o “desórdenes de la personalidad”, pues la TEC crearía la apariencia de un mayor desorden en la memoria del “realmente ocurrido”.

Se hace patente pues el conflicto, a nivel de la psiquiatría biomédica y frente a la verdad de los y las pacientes, respecto a qué es una pérdida de memoria real y qué no lo es. Desde la óptica psiquiátrica, la pérdida de memoria existe en la medida en que pueda constatarse vía el aparato psicométrico, de manera que podría darse la vivencia subjetiva de dificultades para recordar sin que, por ello, existiese una pérdida verdadera de esta capacidad –si esta no se registra en la prueba-. Por otra parte, para considerar estos registros como indicadores válidos de un daño post-TEC a las funciones cognitivas, se espera desde este marco que el efecto pueda ser aislable y dársele seguimiento a través del tiempo. Según lo muestra B.:

“(…) nosotros evaluamos la condición cognitiva del paciente (...) a las dos horas de recibir la terapia es la primera evaluación, y a las primeras 24 horas se hace la segunda evaluación. Cuando al paciente se le termina el ciclo de terapia se le hace otra evaluación adicional, para ver si hay problemas en la adquisición de la

reportaban estar en total disposición de recibir nuevamente el procedimiento, pues consideraban que era el único tratamiento que les ayudaba; su principal queja en torno a la TEC en este caso era el carácter limitado en el tiempo de sus efectos positivos y la dificultad de convencer a los doctores de que les enviaran a TEC nuevamente (Rayneri et al.2009). Sin embargo asimismo hubo un número significativo de personas (83 de 139 en el estudio de Rose et al. 2004) que afirmaron no volverían a recibir el tratamiento, o que valoraban su experiencia con TEC de manera negativa.

memoria anterógrada (...) no es un efecto común, es un efecto que no aparece tan seguido como uno se esperaría (...) también hay que tener en contexto que depresiones severas o psicosis que están intratables van a tener en sí mismas dificultades a la hora de la parte de función cognitiva (...) tenemos que estar muy seguros de que ese deterioro haya sido por la terapia para poder certificarlo como tal (...) tenemos que ver que la condición se agrave para decir que fue por la terapia” (B. psiquiatra, miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

La forma de obtener la que sería una línea base de la capacidad memorística de los y las pacientes resulta aquí problemática, dado que algunas de ellas reciben la TEC de manera involuntaria, pues debido a su estado psíquico se les considera incapaces de tomar decisiones propias al momento de indicarse el procedimiento. Esta técnica, lo discutiré a continuación, se recomienda internacionalmente para “trastornos severos” y se usa en Costa Rica en situaciones límite, en que la vida de la persona receptora pueda verse comprometida. De esta forma, las condiciones en que se recogerían las medidas iniciales de memoria, y a comparar con los resultados post-TEC, serían desde la paciente estados de desorganización, inhibición, rabia, desconsuelo, delirio, etc., en los que administrar una prueba psicométrica sería a veces hasta imposible, perturbador o carente de sentido para el o la paciente. Sin embargo, desde un marco médico que privilegia el uso de estudios clínicos como mecanismos de generación de conocimiento se requiere, para otorgar un estatuto de realidad al deterioro cognitivo, la posibilidad de aislarlo y cuantificarlo, comparando a una memoria objetivamente delimitada –distinguible de otras dimensiones

de la persona y ajena incluso a la vivencia de poder recordar o no- consigo misma a través de los distintos momentos del procedimiento.

La dimensión temporal (pre y post TEC) no es la única variable independiente que los y las psiquiatras tendrían en cuenta a la hora de determinar si la TEC provoca o no daños cognitivos. Algunos psiquiatras aún consideran que no basta con que haya un deterioro post-TEC, verificado por la vía psicométrica, para que este sea atribuido al procedimiento. Según asegura X, resulta dificultoso para los y las psiquiatras confirmar o descartar los efectos secundarios atribuidos a la TEC, dado que los y las candidatas a recibirla a nivel institucional, tienden a ser aquellas que presentan cuadros de más difícil manejo:

“(...) la población usualmente a la que se le da TEC no son los de mejor perfil o de mejor evolución, entonces si esos posteriormente le evolucionan a usted mal, con sintomatología negativa por ejemplo, síntomas deficitarios, yo no sabría... yo lo pensaría mucho para decir que fue necesariamente por el TEC que evolucionaron mal (...) porque de todas formas ya eran pacientes de muy difícil abordaje, que probablemente si igual no les hubiéramos dado TEC, hubieran evolucionado así”
(X. psiquiatra, entrevista personal, 29 de octubre del 2015).

Para resolver esta problemática X. propone, nuevamente, el desarrollo de estudios clínicos, esta vez de corte transversal:

“(...) un estudio donde se tendría que no darle TEC a algunos de estos pacientes para ver cómo evolucionan, y darle TEC a otros. Lo que pasa es que éticamente es un estudio difícil de plantear, porque entonces usted deja a pacientes evolucionar

sin darles el mejor tratamiento que puede, sólo para ver cómo evolucionan, y eso está callosísimo (sic) de poder plantearlo a la CCSS” (X. psiquiatra, entrevista personal, 29 de octubre del 2015).

Aun ante estas dificultades, Sackeim, Prudic, Fuller Keil, Lavori y Olfson (2007) realizaron el “primer estudio prospectivo, a gran escala de los resultados cognitivos después de la TEC” (p.244) con 347 pacientes a lo largo de 6 meses, aplicando medidas del estatus cognitivo global y amnesia retrógrada. Los resultados sugieren que si bien los estímulos de ondas sinusoidales y el colocamiento de electrodos bilateral se asocian con mayores déficits, tanto a corto como a largo plazo (particularmente en velocidad de respuesta psicomotora y amnesia de eventos autobiográficos), “los hallazgos no indican que los tratamientos con resultados más benignos” -TEC unilateral y de pulsos breves- “estén libres de efectos a largo plazo” (p.252). Los autores concluyeron que su estudio “provee la primera evidencia (...) de que los efectos cognitivos adversos pueden persistir por un periodo extendido de tiempo...” (p.253), citando entre las consecuencias de la TEC no solo la pérdida de memoria autobiográfica, sino además dificultades para retener información recién aprendida, deterioro en el tiempo de reacción simple, y del estatus cognitivo global.

Paradójicamente, y a pesar de que algunos defensores de la TEC niegan los efectos de procedimiento en la memoria, persiste aún a nivel internacional para algunas la posibilidad de que los fenómenos amnésicos atribuidos al tratamiento, debidamente dirigidos, encierren un potencial terapéutico explotable. Un ejemplo de ello lo exponen la neurocientífica Marijn Kroes y colaboradores, de la Universidad de Nijmegen en los Países Bajos, quienes alegan haber descubierto que, si se programan estratégicamente las

descargas de TEC, es posible localizar y alterar la memoria de los y las pacientes respecto a un episodio perturbador. Para ello, el equipo realizó un estudio en que se indicó a las personas que recordaran un evento traumático –debidamente desarrollado con imágenes y narraciones, la semana previa-, justo antes de la sesión de TEC, encontrando que tales recuerdos se veían afectados por el procedimiento (Delistraty, 2014). A partir de lo anterior, se ha sugerido que la TEC podría utilizarse para casos de “estrés postraumático” y “depressiones” en que los y las pacientes presenten dificultades para superar el dolor asociado a episodios negativos de su historia personal.

Aún desde un punto de vista menos instrumental, los efectos secundarios perjudiciales de la TEC modificada se ven atenuados generalmente, desde el discurso psiquiátrico que la defiende, dado que en relación con los efectos obtenidos en décadas anteriores, se consideran menos graves:

“La Terapia Electroconvulsiva originalmente, el tipo que se daba, era (...) de ciclos continuos, ¿y eso qué significa? El estímulo eléctrico era un estímulo que duraba un tiempo largo, y eso se veía asociado a efectos secundarios desde la parte cognitiva, efectos mayores. (...) Ahora la terapia es de pulsos breves, (...) Sin embargo sí hay un efecto menor en lo que es principalmente la dificultad a la hora de adquisición de memoria anterógrada. Ese efecto si bien es cierto aparece en un porcentaje pues pequeño de los pacientes, aparece (...)” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

En general, existe incertidumbre entre algunos psiquiatras respecto al grado de daño cognitivo, y su extensión a través del tiempo, provocado por la TEC modificada. Sin embargo, este riesgo continúa presente en el discurso alrededor de la TEC, y es tramitado

por aquellos que se pronuncian a su favor desde diversas estrategias que implican no sólo giros retóricos, sino además la disponibilidad de una serie de aparatos conceptuales, de generación de conocimiento y evaluación de los procedimientos, que dotan de autoridad su versión de esta terapia.

Algunos psiquiatras optan por desmentir los auto-reportes y testimonios de la población receptora en torno a su propia memoria. En esta instancia, la memoria es construida como una entidad susceptible de ser valorada de manera válida y responsable únicamente a través de la vía psicométrica; en este sentido, la experticia de los y las profesionales psi, especializados en producir, aplicar e interpretar los resultados de las pruebas, excluye y se sobrepone a la denuncia de la inconsistencia en el conocimiento en torno a sus efectos, representada por las quejas de los y las pacientes.

En pos de sostener su argumento, algunos de los y las psiquiatras aquí citados atribuyen los reportes personales de deterioro cognitivo a síntomas neuróticos, de sugestión o relativos al deterioro psíquico general de la persona. La desconfianza es circunscrita por tanto a la palabra de los y las receptoras de la TEC, quienes carecen de acceso a estos medios de verificación o a los recursos para hacer una crítica de estos, en los términos desde los cuales se producen y utilizan. A su vez, se niega cualquier posibilidad de sesgo por parte de los y las psiquiatras, quienes se suponen abstraídos de sus valoraciones en torno a la memoria de los y las pacientes, en la medida en que sigan las instrucciones para la aplicación de la prueba y el método comparativo. Si bien Sackeim et al. (2007) han mostrado que, inclusive dentro de un marco investigativo sujeto a las exigencias de lo cuantificable, ha sido posible identificar efectos negativos de la TEC sobre la cognición, desde hace varias décadas ha habido psiquiatras y pacientes que han denunciado estos

mismos efectos a partir de su experiencia cotidiana, sin que se atribuya un peso equivalente a su palabra.

Por otra parte, algunos psiquiatras que se pronuncian a favor de la TEC, y que reconocen algunos de sus efectos amnésicos, abogan por instrumentar el daño a la memoria. El borramiento somático dirigido de memorias es propuesto en este caso como un recurso terapéutico aprovechable, resignificando la amnesia no como un error o un signo de falta de dominio, por parte de la psiquiatría hegemónica, de las consecuencias de sus métodos de intervención, sino como un producto potencialmente benéfico susceptible de ser programado. Esta propuesta reactualiza las hipótesis en torno a la forma en que funciona el procedimiento, que se sostenían en las primeras décadas de su uso, evidenciando cierta circularidad en los recursos discursivos de los que sirve este tipo de psiquiatría.

Finalmente otros defensores de la TEC, a la hora de dar cuenta de los posibles daños a la memoria, apelan a la proporcionalidad, balanceando los efectos secundarios provocados por la TEC no-modificada con las secuelas que implica la TEC actual. Ante esta comparación, los efectos de la TEC modificada aparecen como daños “menores”, si bien podrían resultar altamente incapacitantes para una persona.

3.2. Apelando a una efectividad políticamente ingenua

Conviene a la solidez del discurso psiquiátrico ubicar el origen de sus prácticas en pasados inclusive remotos, en recursos hoy considerados hasta barbáricos, a manera de

fijar su objeto –la enfermedad mental entendida como un fenómeno natural, biológico- como uno que trasciende las contingencias socio-históricas, haciendo de esta forma de tratamiento una evidente e históricamente necesaria:

“El TEC y la psiquiatría han sido históricamente mecanismos de control social. Eso no quiere decir que no sea del todo efectivo. De hecho el TEC comienza a utilizarse en los romanos cuando agarraban las anguilas y los pacientes recibían una descarga eléctrica y sabían que algunos pacientes psicóticos reducían su psicosis, o por lo menos los síntomas positivos –en esos momentos no se hablaba de eso. Y de esa observación es que se empieza como el uso del TEC. Que se desvarió, que se hizo corrupta, todo lo que usted quiera, como mecanismo de control social y político después (...)” (T., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

En el extracto anterior T. ubica la psicosis como una realidad humana extra-temporal, presente –aunque no debidamente identificada como tal- durante el imperio romano, y, en tanto ocasionada por el mismo mecanismo bioquímico subyacente a la psicosis contemporánea, susceptible de ser tratada con los mismos métodos que ésta –si bien en su versión arcaica. Con este movimiento T. abstrae el procedimiento de las condiciones históricas y las relaciones sociales en las que surgió, de manera que la violencia ejercida por los y las psiquiatras durante el siglo XX y al presente aparece como una corrupción de un procedimiento en principio políticamente ingenuo, ajeno a cualquier disparidad de poder o a efectos de control social.

En la misma línea, la Sociedad Española de Psiquiatría, en el Consenso Español Sobre la TEC (1999, p.10), establece como antecedente de la terapia el uso que hicieran

misioneros jesuitas en Etiopía de descargas del pez torpedo, para expulsar demonios, sobre “probables pacientes psiquiátricos” durante el S XVI. Nuevamente el argumento se centra no en las condiciones en que se aplicaran estas descargas –el colonialismo racista que da su contexto a la iniciativa, o el carácter místico de la intervención, el cual en sí mismo según estándares clínicos actuales podría ser considerado psicopatológico-, sino en identificar una evidencia históricamente reiterada de la efectividad terapéutica de esta modalidad de tratamiento, a través de una reapropiación anacrónica de las experiencias de personas violentadas, asumidas como pacientes psiquiátricos en potencia.

Es posible, partiendo de lo hasta aquí comentado, que lo que permite tanto a T. como a la Sociedad Española de Psiquiatría interpretar a estas personas como “psicóticos” o “probables pacientes psiquiátricos” sea la pretendida respuesta que habrían tenido a los estímulos eléctricos que les fueron administrados –es decir, fueron pacientes psiquiátricos en potencia en la medida que habrían resuelto los que son pensados como síntomas de trastornos mentales, entonces desconocidos como tales, tras recibir un tratamiento proto-psiquiátrico. En este sentido, bajo una lógica circular psicofarmacológica –veremos-, la enfermedad mental es definida como aquello que responde a la intervención psiquiátrica, en este caso con TEC.

El procedimiento, a su vez, aparece como uno cuya capacidad para producir una respuesta clínica positiva ha sido comprobada en múltiples momentos históricos:

“Hay que entender que las teorías respecto a cómo mejora el paciente después de la convulsión tienen más de 100 años, y han ido evolucionando en el tiempo, antes de la TEC hubo otro modelo de terapia como por ejemplo el shock insulínico, o hubo

terapias de inducción de fiebre, que bien conocemos que era mayor el riesgo al beneficio que había en el paciente. Lo que pasa es que tampoco podemos negar que la inducción de la convulsión mejoraba la condición clínica de los pacientes. Y es ahí donde nosotros nos avocamos a que, al haber un beneficio probado sobre la convulsión, es tratar de dar esa convulsión con la menor cantidad de daños posible (...)” (B, psiquiatra, miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

El vínculo de la TEC actual con los que se consideran sus antecedentes es sostenido desde el discurso psiquiátrico, según se desprende de lo anterior, a partir del que sería el dato crudo –aislable de toda contingencia histórica o relación de poder, de toda violencia, de todo desplazamiento en los campos de acción deseada o de conocimiento construido- de la efectividad terapéutica en la inducción de convulsiones. Efectividad absoluta sería esta, igual a sí misma a través del tiempo, paradójicamente ajena a los fines a los que habría de apuntar el acto de administrar descargas eléctricas sobre una persona en su momento específico. Esta abstracción contrasta con los objetivos variados en función de los cuales se ha planteado la administración de la TEC en distintos escenarios sociohistóricos e institucionales.

Tal y como lo destaca Pérez (2013), la TEC fue inventada para tratar la “esquizofrenia”, sin embargo llegó a considerarse solo eficaz para la “depresión mayor”, y ha pasado en la actualidad a ser concebida como un tratamiento útil a nivel internacional para casi todas las formas de “depresión” media o severa, el mal de Parkinson, y nuevamente la “esquizofrenia”. Según lo acepta Chavarría (2013) en su tesis de licenciatura, en que se pronuncia a favor del procedimiento, la TEC en décadas anteriores

fue utilizada para tratar a personas con toda suerte de diagnósticos, tales como la “ludopatía”, el “alcoholismo”, el retraso mental” y hasta la homosexualidad (considerada por la psiquiatría como una patología hasta la publicación del DSM-III R). Por su parte Hegedús (1992), escéptico frente a la utilidad de la TEC, aseguraba en su artículo de *Acta Médica* que en el Hospital Nacional Psiquiátrico, aún a inicios de la década del 90, se la utilizaba como un medio de control comportamental para pacientes opositoristas.

Ambos psiquiatras –Chavarría y Hegedús-, al reconocer o denunciar estos usos del procedimiento en sus textos, dan cuenta de un desplazamiento histórica y geográficamente localizado en la definición de las funciones social y disciplinalmente legítimas en las cuales emplearlo, manifestando así que estas (ya, aquí) no son funciones cuya supresión vía TEC la psiquiatría costarricense quiera o pueda atribuirse –sin embargo por ejemplo, en Taiwan se acepta aún la indicación de la TEC para pacientes “agresivos” según lo manifiestan Nien-Mu, Yu y Wen-Kuei (2011). En este sentido cabe destacar que, aun si la forma en que los y las psiquiatras sitúan la TEC como un procedimiento dirigido por principios transhistóricos -desde los cuales la enfermedad mental ya se trataba desde hace siglos- es haciendo referencia a la supuesta cura de la “esquizofrenia” en diferentes contextos proto-psiquiátricos, el tratamiento no es considerado a nivel global y local, en la actualidad, tan efectivo para esta condición. Una señal de ello está en que la categorización de la “catatonia” como una manifestación de “esquizofrenia” fue cuestionada alrededor de los años 80 por su respuesta positiva a la TEC: algunos propusieron entonces que la “catatonia” más probablemente fuera un trastorno del estado de ánimo, dado que la TEC se mostraba más efectiva en este espectro de desórdenes (Healy, 2002, p.73). ¿Cómo sostener entonces el argumento de una efectividad reiteradamente constatada a nivel histórico?

3.3. El problema de la generalización en los estudios clínicos

“Entonces ¿cuál es el movimiento histórico? Bueno, para mí: hay un movimiento desde una cuestión que sí me parece casi que de tortura, por no decir, aseverarlo, a una cuestión donde las indicaciones son las que regulan las acciones médicas en este marco actual”.

-O. psiquiatra entrevistado

La TEC actual, en contraste con el electroshock, se caracteriza según el discurso de los y las psiquiatras entrevistadas –aún si sus posiciones frente al procedimiento no son homogéneas-, no sólo por las implementaciones tecnológicas y médicas que la hacen más segura y menos dolorosa sino, de manera incluso preponderante, por la racionalidad según la cual se administra:

“Tradicionalmente la TEC se creía que funcionaba para toda alteración mental (...) que no respondiera al tratamiento estándar. Desde el punto de vista de su génesis en los 40, la terapia se usó un tanto en modo empírico, porque en ese momento no se conocían indicaciones terapéuticas (...)” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

“Rescato de todo esto que haya un protocolo, por lo menos (...) que le dé una guía a los psiquiatras de (...) el uso del TEC (...) que no sea tan indiscriminado, y que no sea tan a la ocurrencia, sino que haya ahí un protocolo en que se revisó la

literatura existente acerca de la experiencia del TEC, y es una línea, porque a veces se da de manera antojadiza, y sin indicación (...)” (T., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015)

“(...) el cambio hacia una terapia basada en la evidencia fue la que nos dio que la terapia se siga utilizando. Nosotros (...) tratamos en la medida de lo posible de no darle terapia a aquellos pacientes donde sabemos que la terapia no va a ser beneficiosa (...) si pensamos en 40-50 años atrás, probablemente era muy diferente (...) no había un consenso clínico sobre qué condiciones eran necesarias para dar la terapia, y ahí era donde había los problemas, le daban terapia a pacientes que no la requerían” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

Según se desprende de lo propuesto por ambos entrevistados, el saber psiquiátrico respecto a la TEC ha alcanzado un mayor nivel de discernimiento predictivo que le permite, en contraste con épocas anteriores, seleccionar de manera más objetiva, y basada en la evidencia, los y las pacientes para las cuales la TEC pueda ser efectiva. Este nuevo conocimiento se construye sobre la sustitución de la observación clínica -anteriormente tomada como evidencia suficiente de la idoneidad de un tratamiento o psicofármaco-, por los ensayos clínicos usualmente controlados y aleatorizados. La medicina basada en la evidencia se propone como el uso juicioso, consciente y explícito de la mejor evidencia actual para tomar decisiones acerca del cuidado de pacientes individuales, y supone una jerarquía de la evidencia en la cima de la cual se posicionan los meta-análisis y los ensayos

controlados aleatorizados, relegando el consenso de expertos al eslabón más bajo (Mulder, Frampton, Joyce y Porter, 2002)¹³.

Los ensayos controlados y aleatorizados se introducen bajo la pretensión de resolver posibles sesgos y errores presentes en la investigación psiquiátrica (Porter, Frampton, Joyce y Mulder, 2002). En primera instancia, estos buscarían diferenciar el efecto de un tratamiento X, cuya efectividad está en cuestión, de otros posibles factores que podrían mejorar la condición de los pacientes, incluyendo la remisión espontánea. Para ello se conforma un grupo experimental (al que se trata con X) y un grupo “control” (al que se administra un tratamiento ya aceptado para el trastorno en cuestión Y, o un placebo Z). Los efectos de estos tratamientos son valorados según –idealmente– una medida predeterminada y comparados entre sí, siendo frecuente el uso de escalas estandarizadas para este propósito. Si el grupo al que se administró X muestra una reducción estadísticamente significativa de síntomas en comparación con el grupo “control” de placebo Z, o/e igual o mayor a la del grupo “control” con un tratamiento aceptado Y, se puede concluir que X funciona.

Sin embargo, para alcanzar esta conclusión desde un ensayo clínico además se espera que los sujetos sean asignados a las distintas condiciones de manera aleatoria, con el fin de evitar que el/la clínica afecte los resultados al escoger según su juicio personal a qué tratamiento debe someterse cada quién. También, para descartar que los resultados del estudio respondan a diferencias entre los individuos, y no a la condición experimental a la que estos fueron asignados, se establece en cada ensayo criterios de selección según los

¹³Paradójicamente, no existe evidencia de que los tipos de evidencia privilegiados por este modelo garanticen un mejor tratamiento a los y las pacientes: esta jerarquía se ha definido por consenso.

cuales se excluye de la investigación a aquellos sujetos con características que amenazan la homogeneidad al interior y entre los grupos. Debido a que el objetivo de estos estudios es ofrecer resultados replicables, los criterios de selección deben ser aclarados en los informes, de manera que sean tomados en cuenta en futuras investigaciones. Por idénticas razones, los detalles respecto a los tratamientos comparados –frecuencia, dosis, secuencia, etc.- deben ser protocolizados y explicitados a la hora de reportar los resultados.

Según Healy (2009), quien ha desarrollado una amplia crítica a esta tendencia, la investigación psiquiátrica desde 1955 se ha inclinado a favor de los estudios controlados aleatorizados y en detrimento de los reportes anecdóticos, siendo esta transformación apoyada por desarrollos en materia regulatoria, que desde la década del 60 en Estados Unidos, habrían forzado a las compañías farmacéuticas a ofrecer evidencia científica de que sus nuevos medicamentos funcionan. Esta modalidad de investigación ingresó inicialmente, argumenta Healy, en un mundo médico en que los juicios de los clínicos estaban basados en la experiencia médica, difícilmente cuestionada. En este marco, el personal médico raramente leía revistas especializadas, tendiendo a mostrar preferencia por los tratamientos por ellos conocidos, actitud que se traducía en una lenta introducción de medicamentos nuevos a la práctica psiquiátrica. Sin embargo, al imponerse el uso de estudios clínicos controlados como método por excelencia para la legitimación de los tratamientos medicamentosos, los psiquiatras empezaron a tomar sus decisiones clínicas basándose en las investigaciones más recientes, y construyendo sus expectativas respecto a efectos beneficiosos o perjudiciales de los tratamientos en función de los resultados reportados en artículos científicos. El triunfo de los ensayos clínicos por tanto representa un desplazamiento de la confianza conferida a los y las profesionales en medicina, la cual

progresivamente se deposita en el método, la formalización, cuantificación y estandarización de los procedimientos.

Las empresas farmacológicas por su parte, viéndose obligadas a comprobar que sus psicofármacos son útiles para una patología en concreto, han respondido diseñando sus ensayos clínicos de manera tal que aumenten la productividad de las prescripciones, permitiendo la venta de más fármacos, para más consumidores, y por periodos más extensos, en función de lo cual se ha desarrollado un catálogo de amplias categorías diagnósticas —e instrumentos psicométricos para diagnosticarlas¹⁴— que abarcan los síntomas en los que los distintos fármacos parecieran tener un efecto (Healy, 2009; Bielli, 2011). La incorporación de los ensayos clínicos en la investigación psiquiátrica por tanto se relaciona íntimamente con el crecimiento de la industria farmacéutica y tiene implicaciones en la forma en que se define y se valora la enfermedad mental. Esta confianza en lo estandarizado y cuantificable ha sido llevada al ámbito clínico de forma palpable en el contexto costarricense, según sugiere B.:

“Dentro de la comisión de la terapia electroconvulsiva nosotros siempre pedimos que si al paciente se le va a dar la terapia por un episodio maníaco, se hagan escalas correspondientes a la sintomatología maníaca para poder objetivizar esa respuesta (...) anteriormente, hace muchos años, la terapia se hacía a ojo clínico, entonces depende de si el clínico veía mejor o peor al paciente, se seguía o no dando la

¹⁴Dado que las escalas diagnósticas han sido progresivamente importadas a la práctica clínica, bajo la pretensión de reducir la variabilidad del encuentro clínico y aumentar su carácter científico, las compañías farmacéuticas ahora desarrollan simposios en encuentros profesionales importantes, con el único objetivo de introducir a los y las psiquiatras al uso de estos instrumentos. Las escalas diagnósticas, en este sentido, funcionan como instrumentos promocionales para aquellas enfermedades mentales que la industria farmacéutica mercadea (Healy, 2009).

terapia...”.(B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

Según se sigue el argumento de la TEC basada en la evidencia, aquellos usos pasados del procedimiento, considerados ilegítimos al momento presente, responderían a una falta de conocimiento respecto a las condiciones clínicas que requieren o no la TEC, identificadas actualmente a través de ensayos clínicos. En esta línea Chavarría (2013), psiquiatra nacional, argumenta que “durante muchos años, se incurrió en el error de abusar [tanto] de la técnica como de los pacientes utilizados para su perfil, lo que a la fecha le ha valido una mala reputación entre la población psiquiátrica y sus familiares” (p.61). Como prueba de ello, el autor cita un estudio realizado en 1987 según el cual la TEC, en el contexto del H.N.P., habría adquirido una mala fama debido a su indicación prematura, así como a “pacientes que no calificaban para ese procedimiento”, aduciendo inclusive que los síntomas de una gran mayoría no cumplían con los criterios establecidos en el DSM-III (Manual Diagnóstico Estadístico de Desórdenes Mentales III) para ser considerados signos de un trastorno mental (p.12). Siguiendo esta línea argumentativa, y en función de lo hasta aquí discutido, intentaré mostrar en lo que resta de este capítulo cómo el discurso pro-TEC actual se apoya, a la vez que se contradice, en la llamada “razón farmacológica”.

3.4. La TEC revitalizada desde la razón farmacológica: una reivindicación paradójica

El término “razón farmacológica” fue introducido por Lakoff (2005), haciendo referencia a la racionalidad subyacente a la intervención psicofarmacológica en la “nueva psiquiatría biomédica”. Esta supone que un tratamiento farmacológico, dirigido a tratar una

condición neuroquímica específica, restablecerá al sujeto a una condición “normal” de cognición, afecto, o volición. Para sostenerse como tal esta racionalidad ha requerido, según he ido adelantando, de la estandarización de categorías y procedimientos, que a su vez reproducen y sustentan sus premisas.

Tal y como describe Andrea Bielli (2011), la aprobación de un medicamento propuesto para el tratamiento de una condición, a la que se atribuye síntomas y causas específicas, implica para la industria farmacéutica la confirmación de la existencia de un trastorno psiquiátrico que puede ser mercadeado. Dentro de esta dinámica en la que participan no sólo la industria farmacéutica, sino además personal clínico, academia, así como el gobierno, sus instancias de regulación, y el sector financiero, la enfermedad pasa a ser progresivamente definida en términos de aquello a lo cual “responde” (Lakoff, 2005)¹⁵.

La meta de ligar el fármaco directamente con un diagnóstico da pie a una serie de proyectos entre profesionales, investigadores y administradores para articular nuevas técnicas de representación e intervención, entre ellos según nos dice Lakoff, la estandarización diagnóstica. Sin embargo, señala el autor, las categorías diagnósticas que resultan de estos esfuerzos no siempre responden a la realidad práctica: dado que los objetos de la psiquiatría emergen del encuentro entre los reportes subjetivos de pacientes y los esquemas interpretativos de los y las clínicas, la psiquiatría ha mostrado históricamente dificultades para trasladar los desórdenes con que trabaja conceptualmente a objetos

¹⁵Este es una limitación al conocimiento psiquiátrico actual reconocida por los y las psiquiatras entrevistadas. T., por ejemplo, expresa: “(...) muchos de los fármacos son de un hallazgo incidental, que se dieron cuenta que funcionaban. Y luego después del tiempo se dieron cuenta del mecanismo de acción por el cual actuaba ese fármaco y entonces fueron explicando algunas enfermedades. Lo que pasa es que a nivel cerebral ahorita no tenemos ninguna técnica, verdad, ni de imágenes ni de medidores bioquímicos, ni nada que nos logre explicar de forma completa (...) también uno dice ¿hasta dónde la psique se va a poder medir? (...) lo que pasa es que uno sí ve respuesta a los fármacos” (T., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

estables en el mundo. Esta dificultad se hace patente en los cambios introducidos en los Manuales Diagnósticos Estadísticos de Desórdenes Mentales (DSM en sus siglas en inglés).

Los Manuales Estadísticos de Diagnóstico son, según se describe en la página oficial de la Asociación Americana de Psiquiatría, clasificaciones estándar de desórdenes mentales usadas por profesionales de salud mental, que han sido creadas para ser aplicables a través de un amplio rango de contextos, y utilizadas por clínicos e investigadores de todas las orientaciones y diversas profesiones (incluyendo a trabajadores y trabajadoras sociales, personal de enfermería, y profesionales en psicología). Los manuales son actualmente utilizados a nivel internacional como una guía para la “comunicación entre profesionales”, y sobre todo en lo que respecta a la investigación. Estos han atravesado múltiples modificaciones las cuales han dado origen a siete versiones del DSM: DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III R –revisado- (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV TR –revisado- (2000), y DSM-V (2013). Cada ejemplar contiene una clasificación diagnóstica (que agrupa síntomas bajo categorías específicas), criterios diagnósticos (incluyen los síntomas que la persona debe presentar, así como los que no debe presentar, para aplicar a determinado diagnóstico), y un texto descriptivo (exponiendo las principales características asociadas al trastorno en cuestión). Estos contenidos han sido actualizados a través de las versiones del manual, mostrando cambios en el modelo epistemológico desde el cual interviene la psiquiatría. Al respecto destacan Lisa Crosgrave y Emily Wheeler:

“Cuando la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicó la primera edición del Manual Diagnóstico Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM) en 1952, no

había agentes ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos en el mercado, y la psiquiatría asumía un modelo psicoanalítico. Fuera de los círculos psicoanalíticos, los diagnósticos del DSM (de los que había pocos) tenían poca actualidad profesional y nula actualidad cultural. Pero el manual del que pocos habían escuchado en 1952 ahora es frecuentemente referido como “La Biblia” de los desórdenes mentales, y su edición más reciente, el DSM-5, es integral para el sostenimiento del mercado multimillonario de la psicofarmacología. En efecto, el DSM, a través de su creciente congruencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades –el sistema de clasificación usado por más países- afecta los servicios de salud globalmente” (Crosgrave y Wheeler, 2013, p.634).

Según refieren las autoras, fue Robert Spitzer (1980), director del DSM-III, quien manifestó en primera instancia su compromiso con el reemplazo del marco “pseudocientífico” de las ediciones primera y segunda por un énfasis en la validez empírica y la confiabilidad, mediado por el desarrollo de una nosología enfocada en la enfermedad, en vez de una meramente descriptiva. Fue entonces que el DSM adoptó el modelo bio-psicosocial, el cual liga explícitamente lo biológico y lo psicológico. Asimismo, Spitzer eliminaría las referencias a la teoría psicoanalítica, y en vez de ellas incluiría síntomas específicos y criterios umbrales para aumentar la confiabilidad diagnóstica. Este cambio marcó un viraje en la conceptualización del diagnóstico psiquiátrico, que resultó ser beneficioso para las compañías farmacéuticas (Crosgrave y Wheeler, 2013).

Crosgrave y Wheeler (2013) plantean además que el DSM es una fuente importante de ingresos para la APA, significando un 46% de sus ganancias por publicaciones del 2011, además de tener un profundo impacto monetario que se extiende más allá de las

ventas, debido a su efecto en diversos ámbitos, entre ellos: el DSM juega un rol importante en el proceso de aprobación de nuevos medicamentos y en los procesos regulatorios para extender patentes de medicaciones previamente aprobadas. La Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos requiere de una condición psiquiátrica identificable antes de poder otorgar aprobación para la aplicación de un nuevo psicotrópico, lo cual ha dado paso a una “economía de la influencia” entre los autores de las guías diagnósticas y de tratamiento, los entes reguladores de fármacos, y las empresas farmacéuticas.

Teniendo lo anterior en cuenta no ha sorprender el que cada nueva publicación del DSM se haya traducido en un aumento del número de categorías diagnósticas: mientras el primer DSM identificaba 106 trastornos, el DSM-IV en su versión revisada, publicado en el año 2000, ofrecía un número casi triplicado de desórdenes psiquiátricos. Estos desórdenes a su vez fueron objeto de disputas y transformaciones a través de las distintas versiones del manual, por ejemplo:

La sustitución del DSM-III R por el DSM-IV implicó un replanteamiento y complejización de las categorías referentes a varios “trastornos del estado de ánimo” (que como veremos, pueden ser tratados con TEC): así, el “episodio depresivo mayor” fue diferenciado del duelo, y el “trastorno bipolar tipo II” fue creado para identificar trastornos bipolares en que no hubiera episodios maníacos, pero sí hipomaniacos. Asimismo se agregó una serie de especificadores tales como “severidad”, “psicótico”, “remisión”, entre otros, para perfilar el pronóstico de algunos de estos trastornos, añadiendo además el término de “depresión postparto” (Hohenshil, 1994). Algunos otros trastornos inclusive fueron totalmente eliminados tal como el “trastorno de personalidad pasivo-agresiva”.

Recientemente el DSM-V ha sido publicado. En este los criterios para el diagnóstico de la “esquizofrenia” (también tratada con TEC), si bien se mantienen, son balanceados de una forma distinta. Así, si antes bastaba con que el/la paciente presentara alucinaciones auditivas de Schneider (de dos o más voces a la vez) o “delirios bizarros” para cumplir con los criterios A del diagnóstico¹⁶, ahora debe cumplir con al menos otro de los síntomas planteados por el manual. Por otra parte, los subtipos de “esquizofrenia” planteados en el DSM-IV fueron suprimidos por completo, apostándose ahora por un enfoque desde la medición de la severidad en los síntomas, pertenecientes a la que sería una sola entidad nosológica. Los criterios a cumplir para diagnosticar “catatonía” (otra indicación para TEC) aumentaron para todos los casos (asociada a trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, o condición médica), implicando que el/la paciente deba presentar tres o más síntomas para ser considerada catatónica (en oposición a uno, cuando estaba asociada a trastornos mentales, según el DSM-IV). El DSM-V además incluye algunos nuevos trastornos depresivos, tales como el “desorden de desregulación disruptiva del ánimo” y el “desorden disfórico premenstrual”¹⁷. Asimismo, el trastorno referido como “distimia” en el DSM-IV, pasó a combinarse con la “depresión mayor crónica” bajo la categoría “desorden depresivo persistente”; se concluyó que el diagnóstico de “depresión mayor” aplicaba aun para personas que presentasen hasta 3 síntomas maníacos, agregando para este propósito el

¹⁶Los criterios A listan en los manuales diagnósticos DSM a los “síntomas característicos” del trastorno. Otros criterios contemplados en el diagnóstico de la esquizofrenia incluyen: B “disfunción social/laboral”, C “duración”, D “Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado ánimo”, etc.

¹⁷Crosgrave y Wheeler (2013) destacan que posterior a la inclusión de esta categoría diagnóstica en el manual, la empresa farmacéutica Eli Lilly relanzó su Prozac bajo el nombre de Sarafem, como el tratamiento de elección para el tratamiento de dicho desorden, y al momento en que la patente de la compañía sobre el Prozac estaba por expirar, siendo este un ejemplo de cómo los productos nosológicos del DSM se pueden conjugar con intereses económicos directos de conglomerados farmacéuticos. En este sentido cabe tener en cuenta que 69% de los miembros de los miembros de la Fuerza Especial de la APA para el DSM-V reportaron mantener vínculos financieros con la industria farmacéutica.

especificador “con rasgos mixtos”; se anuló la previa diferenciación entre “episodio depresivo mayor” y duelo¹⁸, etc.

Hasta qué punto los cambios introducidos en los Manuales Diagnósticos han incidido directamente en la administración de la TEC a poblaciones específicas, es un cuestionamiento cuya respuesta excede las posibilidades de esta investigación; la respuesta a esta pregunta implicaría no sólo el estudio de los procesos de recepción de los manuales entre el personal clínico, sino además la forma en que el consumo de estas innovaciones conceptuales se traduce en prácticas específicas a nivel institucional, y en interacción con las normativas regional e institucionalmente localizadas –según veremos a continuación– que rigen la administración del procedimiento. Sin embargo, las categorías finales, los arreglos y acomodos que se hacen a la terminología en estos textos, son productos visibles de tensiones a nivel académico y económico, en torno no solo a la definición de qué es un trastorno y qué no, sino además respecto a los límites entre un diagnóstico y otro: qué debe denominarse como tal trastorno, qué síntoma y en qué intensidad debe darse, con cuáles otros síntomas se puede agrupar y en qué medida dependen los unos de los otros, para poder atribuirse a una misma entidad, cuyo tratamiento se lleve en una dirección particular.

Estas negociaciones, sujetas como ya he discutido hasta aquí a necesidades del mercado, aparatos de verificación propios de la razón farmacológica, funcionalidad institucional, etc., y dado que se articulan en su respuesta sobre soluciones de compromiso entre distintos grupos de interés, forman objetos epistemológicamente heterogéneos y

¹⁸Esta decisión ha sido criticada inclusive por el presidente de la Fuerza Especial del DSM-IV, Allen Frances, quien expresa que de no distinguirse la etiología tras los síntomas “depresivos” de personas que atraviesan un duelo, frente a aquellas que no (cuya “depresión” en tal caso, se supone, estaría ocasionada por desbalances a nivel neuroquímico), se crea un problema de “falsos positivos”, conllevando un aumento en las prescripciones de antidepresivos a pacientes que en principio no los requieren (Crosgrave y Wheeler, 2013).

fluctuantes desde los cuales se debe, a su vez, guiar investigaciones orientadas a afinar la administración de tratamientos psiquiátricos. En este sentido, los estudios clínicos en torno a la TEC, que dependen en su matriz de esta clasificación diagnóstica, producen en sus resultados contradicciones, a su vez resueltas con diferenciaciones cada vez más complejas dentro de las mismas categorías¹⁹, veamos:

Bertolín, Sáez, Hernández y Peiró (2004) realizaron una revisión sistemática de bibliografía científica en torno a la eficacia de la TEC, excluyendo aquellos estudios que 1) no compararan a la TEC con otros procedimientos; 2) no tuvieran como objetivo principal ponderar la efectividad del tratamiento, y 3) no fueran estudios clínicos aleatorizados; alcanzando una muestra total de 62 artículos publicados del año 1965 a junio del 2003. Mucha de la información recabada por las investigaciones por ellos analizadas, sin embargo, es difícil de integrar en una globalidad. Los resultados en su conjunto son desplegados inicialmente, en su artículo, en distintos ejes diagnósticos desde los cuales la efectividad de la TEC se puede comparar con algún otro tratamiento –usualmente psicofármacos- o consigo misma –en sus distintas versiones. En este sentido el apartado en torno a la “depresión” abarca las siguientes comparaciones: 1. TEC vs antidepresivos; 2. TEC real vs TEC simulada, 3. TEC unilateral vs TEC bilateral; y 4. TEC vs otros tratamientos. El apartado de “esquizofrenia”: 1. TEC vs neurolépticos; 2. TEC real vs TEC

¹⁹Por ejemplo en el caso de la “Depresión”, Bielli (2011, p.99) afirma: “La noción de depresión ha presentado durante todo el siglo XX una cierta resistencia a su especificación, manifiesta en la propia oscilación que las distintas clasificaciones psiquiátricas presentan en el uso singular o plural del término, y observable también en la heterogeneidad de los malestares que engloba, referidos como estados, síndromes depresivos o trastornos del humor con distintas subcategorizaciones. Definir con precisión qué es la depresión resulta una tarea improbable. Por esta razón se habla más frecuentemente de «depresiones» que de «depresión», para poder abarcar la heterogeneidad de estados que la categoría engloba. La proliferación de sistemas nosológicos en psiquiatría también ha recogido esta heterogeneidad, y sea cual sea el sistema de la clasificación de enfermedades mentales que se utilice, siempre se encontrará una pluralidad de categorías para abarcar el fenómeno depresivo”.

simulada; 3. TEC unilateral vs TEC bilateral; y 4. TEC vs otros tratamientos. Finalmente, la sección dedicada a la manía: 1. TEC vs litio; y 2. TEC real vs TEC simulada.

Sin embargo, conforme se avanza en la lectura, las variables independientes involucradas en los estudios empiezan a proliferar. Tomaré por ejemplo los resultados de 43 estudios clínicos que exploraron el uso de la TEC en “depresión” retomados por Bertolín et al. (2004).

| Grupo de variables independientes A: Tratamientos comparados | Grupo de variables independientes B: modalidades de los tratamientos | Grupo de variables independientes C: criterios de selección |
|--|---|---|
| TEC, antidepresivos, estabilizadores de ánimo, antipsicóticos, “otros” | <p>TEC: bifrontal-temporal, unilateral derecha, unilateral izquierda, tempoparietal, simulada, bifrontal, en dosis altas o bajas, frecuencia.</p> <p>Antidepresivos: Imipramina, Fenelzina, Amitriptilina, Paroxetina, placebo</p> <p>Estabilizadores de ánimo: Litio</p> <p>Antipsicóticos: Clorpromazina</p> <p>Otros: L-triptófano, Narcoterapia, Terapia Magnética Transcraneal, Surdashaan Kriya Yoga, mesilatos ergoloides</p> | <p>Depresión:</p> <p>Secundaria a un desorden de ansiedad</p> <p>Endógena</p> <p>Mixta</p> <p>Resistente a medicamentos</p> <p>Severa</p> <p>En hombres</p> <p>En mujeres</p> <p>Bipolar</p> <p>Unipolar</p> <p>Según ICD 9</p> <p>Según ICD 10</p> <p>Según DSM III</p> <p>Según DSM IV</p> <p>Según Test Schedule of affective disorders</p> <p>Según Present State Examination</p> <p>Según Criterios diagnósticos de Investigación</p> <p>En adultos mayores</p> <p>Que requiere hospitalización</p> |

Cuadro de elaboración propia, con base en Bertolín et al. (2004)

Según críticos de los ensayos clínicos, las muestras que estos utilizan tienden a ser poco representativas de las poblaciones a las que se destinan los tratamientos dado que, con la intención de minimizar los factores “contaminantes” que puedan influir en los resultados, los investigadores a menudo deben recurrir a sujetos que –a diferencia de buena parte de los y las pacientes psiquiátricas- no presenten comorbilidades, no consuman otros medicamentos o drogas que puedan interactuar con su tratamiento, no presenten enfermedades físicas, y en general tengan niveles de severidad en sus síntomas inferiores, así como la disposición a dar continuidad al consumo de los medicamentos (Seeman, 2001). Aún a pesar de estas restricciones, dirigidas a homogenizar los grupos al interior de las investigaciones, no obstante las muestras varían a través de los distintos estudios, en función no sólo de sus hipótesis, sino de los participantes accesibles en sus contextos locales.

En los 43 ensayos clínicos de TEC-“depresión” citados de Bertolín et al. (2004), las condiciones cambiantes en que se realizan las investigaciones se traducen en diferentes criterios de selección, utilizados en diversas combinaciones, que dificultan la generalización de los resultados en su conjunto, entre ellos: “depresión” endógena, “depresión” mixta, “depresión” resistente a medicamentos, “depresión” unipolar, “depresión” bipolar, “depresión” secundaria a un trastorno de ansiedad, “depresión” severa, “depresión” que requiere hospitalización, “depresión” en hombres, “depresión” en mujeres y “depresión” en ancianos. Las manifestaciones específicas de “depresión” contempladas a su vez fueron valoradas a través de los estudios según siete diferentes

instrumentos: los manuales diagnósticos DSM-III, DSM-IV, ICD9 e ICD10, así como las pruebas psicométricas PSE, CDI y SADS.

Por otra parte, los psicofármacos que se comparan con la TEC no solo varían según el compuesto químico, sino en la dosis administrada y la combinación con otros a través de los estudios. A su vez, la TEC se diferencia en la colocación de los electrodos, la frecuencia y secuencia en la que se administra, la dosis, y si se combina o no con otro tratamiento. En total, los estudios aquí citados contemplan más de 40 variables independientes –es decir, 40 posibles elementos causales a tener en cuenta a la hora de explicar los resultados reportados. De ahí que resulte dificultoso rastrear las posibles causas de las conclusiones contradictorias a las que señalan estos ensayos. Veamos.

Tan solo en el caso de la “depresión”, 6 estudios sugieren que *la TEC bilateral y la unilateral son igualmente efectivas*, sin embargo otro estudio indica que *la TEC bifrontal y la bilateral son superiores a la unilateral*; 5 estudios indican que *la TEC bifrontal temporal es superior a la unilateral*, y otro indica que *no hay diferencias entre la TEC bifrontal y la unilateral*. Dos estudios señalan que *la TEC bifrontal temporal es más efectiva que la TEC simulada*, pero otro propone que *no existen diferencias entre la TEC bifrontal temporal y la simulada*. Respecto a los estudios en que se reporta una superioridad de la TEC real –en cualquiera de sus versiones-, y la TEC simulada agregan Bertolín et. al (2004) que, matizando los resultados, esta suele ser una diferencia poco significativa y que se desvanece conforme pasa el tiempo. Cuatro estudios sugieren que *la TEC es más efectiva que diversos psicofármacos* (Imipramina, Fenilizina, Paroxetina –“antidepresivos”- y Litio –“estabilizador de ánimo”-), mientras que dos investigaciones sugieren que *la TEC y algunos psicofármacos son igualmente efectivos* (Paroxetina y Litio,

en contradicción directa con lo anterior); una investigación señala que *la Imipramina es más efectiva que la TEC*; y en otra se propone que *no hay diferencias en la efectividad entre la TEC, los ejercicios de respiración basados en yoga, y la Imipramina*; otro estudio aún sugiere que *no hay diferencias significativas en la efectividad entre la TEC real, la TEC simulada, la Amitriptilina, y el placebo*, y un último que *la Narcoterapia es más efectiva que la TEC*.

Debido a la multiplicidad de factores causales posiblemente involucrados en estos resultados –aún si tomamos en cuenta apenas aquellas variables independientes consideradas relevantes en los estudios-, resulta virtualmente imposible, a través de esta matriz de datos, explicar las diferencias en los resultados de unas y otras, pues esto implicaría tener en cuenta y contrastar a través de numerosos ensayos las distintas condiciones detalladas arriba no sólo entre sí, sino también en sus múltiples combinaciones posibles. De esta forma, resulta difícil obtener conclusiones que fundamenten el uso ampliado de la TEC en casos de “depresión”, y que vayan más allá de los criterios de selección y los métodos disponibles citados en artículos científicos puntuales que ofrecen evidencia de una efectividad significativa del procedimiento, siendo que aún estos efectos pueden variar en su prolongación a través del tiempo.

En lo referido a la “esquizofrenia”, el patrón es similar: los resultados de los estudios revisados por Bertolín et al. (2004) sugieren por ejemplo que la TEC no aventaja de ninguna forma a los neurolépticos –considerados “antipsicóticos”-, a su vez, que la TEC puede ser un tratamiento coadyuvante positivo para casos de “esquizofrenia” con síntomas depresivos y mala respuesta a los medicamentos, y finalmente, que la TEC puede utilizarse para sustituir parte de la dosis del neuroléptico Clorpromazina. En pacientes crónicos, se

encuentra que la TEC es un buen tratamiento en combinación con Resperina, pero solo por algunas semanas. Como opción de mantenimiento, se encontró que la TEC combinada con otro neuroléptico, Flupentixol, era significativamente más efectiva que el psicofármaco por sí solo. Se propone además que la TEC unilateral y bilateral son igualmente efectivas si se acompañan de Tioridazina. Se ha encontrado tanto diferencias significativas como ninguna diferencia entre el tratamiento con TEC simulada y TEC real.

Finalmente, en cuanto a la “manía” la revisión sistemática de Bertolín et al. (2004) indica que la TEC se ha mostrado igualmente efectiva que el Litio, y más efectiva que el Litio en pacientes bipolares en fase maníaca o mixta, teniendo la severidad de la “depresión” en línea base como el mejor predictor de los resultados de este tratamiento. La TEC real en combinación con Clorpromazina se muestra más efectiva que la TEC simulada con Clorpromazina, pero ambas provocan mejoras.

Se añade a partir de las otras dos categorías diagnósticas –“esquizofrenia” y “manía”- nuevas variables a tomar en cuenta para guiar la decisión de administrar TEC, tales como cronicidad, con/sin síntomas depresivos, en fase maniaca o mixta, y la severidad variable de la depresión de línea base; además de aquellas referidas a las modalidades de los tratamientos.

La lectura de la sistematización por Bertolín et al. (2004) nos muestra que existe una paradoja inherente a los estudios clínicos en torno a la TEC: la efectividad del procedimiento es difícil de probar en términos generales, referidos a la “depresión”, “esquizofrenia”, etc., dado que estos trastornos pueden englobar distintos diagnósticos, asignados a poblaciones sumamente heterogéneas, entre las cuales los efectos beneficiosos

de la TEC –si los hay- permanecerían estadísticamente ocultos (es decir, dado que la TEC podría mostrarse efectiva solo para algunos “deprimidos”, por ejemplo, mientras que para otros podría ser inútil o perjudicial, incluir a unos y otros en la misma muestra provocaría que los resultados se promedien entre sí, ocultando el efecto “positivo” que esta tenía en una porción de los participantes), además de perjudicar la replicabilidad de los resultados. Sin embargo, al especificar de forma cada vez más detallada los “criterios de selección” utilizados en cada ensayo, se producen resultados fragmentarios y en ocasiones contradictorios, de difícil integración en líneas generales de acción. La predicción en este caso se vuelve aún más difícil de alcanzar dado que, como ya hemos visto, las mismas categorías diagnósticas desde las que se pretende delimitar la acción psiquiátrica pueden ser determinadas desde distintos lineamientos a la vez.

Indicaciones tan generales para la TEC como lo son “depresión”, “catatonia” o “manía” solo se justifican parcialmente desde un análisis *macro* de la evidencia disponible en ensayos clínicos, según sugiere la FDA. El Panel de Aparatos Neurológicos de la FDA hizo entre los años 2009 y 2011, con la intención de valorar la posible re-clasificación del nivel de peligrosidad de la TEC, una revisión de artículos que abordaban la efectividad del procedimiento, basándose en 10 revisiones sistemáticas, 7 meta-análisis, y 76 ensayos controlados y aleatorizados. Algunas conclusiones a las que llegó el Panel por este medio fueron (FDA, 2011):

- Depresión: a) solo existe evidencia de la efectividad de la TEC en sus efectos agudos -inmediatamente después de la TEC hasta un mes en adelante-; b) hay poca evidencia de la efectividad a largo plazo de la TEC; c) ganancias en la efectividad de la TEC en el tratamiento de “depresión” se pueden obtener solo a

costa de un riesgo aumentado de efectos secundarios cognitivos; d) dos de las revisiones sistemáticas tomadas en cuenta por la FDA cuestionan la efectividad de la TEC en el tratamiento de la “depresión”, una argumentando que no existe evidencia de una diferencia significativa entre TEC real y TEC simulada a un mes post-tratamiento, y la otra señalando los grandes índices de respuesta a la TEC simulada y la respuesta diferencial a subtipos depresivos²⁰.

- Esquizofrenia: a) evidencia de la efectividad de la TEC existe solo para los efectos agudos; b) hay evidencia conflictiva de que la TEC pueda ser más efectiva que la medicación antipsicótica para un episodio agudo de “esquizofrenia”, según los subtipos²¹; d) hay evidencia limitada de que la TEC pueda reducir las recaídas; e) el uso de la TEC posiblemente resulta en una mayor probabilidad de ser egresado/a del hospital.
- Manía Bipolar: existe evidencia limitada de que la TEC pueda ser efectiva en el tratamiento de la Manía.
- Estados Bipolares Mixtos: existe evidencia limitada de que la TEC pueda ser un tratamiento efectivo para los estados mixtos.
- Desorden Esquizoafectivo y Catatonia: no hay evidencia de que la TEC sea efectiva en el tratamiento de alguno de estos trastornos.

Según argumentan Mulder et al. (2002), si bien la medicina basada en la evidencia supone que todo tratamiento clínico preferiblemente se base en datos producidos por

²⁰ A pesar de esto, es un lugar común en los libros de texto para psiquiatras el describir la TEC como el tratamiento más efectivo para la “depresión mayor” (Kaplan y Sadock, 2007; Gómez et al. 2008).

²¹ Según he mencionado ya los subtipos de “esquizofrenia”, sin embargo, fueron suprimidos en el DSM-V (2013), considerándose insuficiente la evidencia existente para apoyar la existencia de distintas categorías.

ensayos controlados y aleatorizados, la práctica psiquiátrica raramente se basa en este tipo de evidencia, dado que: 1) los ensayos clínicos tienen pocas probabilidades de impactar la práctica psiquiátrica a menos de que aporten a un área de incertidumbre percibida: en este sentido, si existe un consenso que funciona, el ensayo no será visto como útil; 2) los ensayos son frecuentemente motivados por el interés comercial; 3) la psiquiatría cuenta con pocas bases de datos de ensayos clínicos para la mayoría de las condiciones; y 4) muchos psiquiatras se sienten más cómodos no desarrollando su práctica en referencia a investigaciones que podrían refinar e inclusive cambiar sus tratamientos, considerando que éstas no responden a preguntas reales de la clínica cotidiana.

A partir de lo anterior, cabe destacar que los criterios según los cuales se administraría la TEC, tal y como se sigue de protocolos nacionales e internacionales, obedecen a categorías diagnósticas amplias o a situaciones clínicas puntuales, que no reflejan una integración de las especificaciones sugeridas por diversos estudios clínicos, las cuales quizás indicarían un uso demasiado restringido del procedimiento, cuando no incoherente. Chavarría (2013) en su tesis compara el protocolo del Hospital Nacional Psiquiátrico del 2009, el Colegio Real de Psiquiatras, y la Asociación Americana de Psiquiatría, dando origen al siguiente cuadro en el que se aprecian algunos de los elementos que estos tienen en común, así como sus diferencias:

Tabla 1.5. Indicaciones para la TEC según el H.N.P., el RCP y la APA²²

| Indicaciones | Hospital Nacional Psiquiátrico (protocolo 2009) | Royal College of Psychiatrists (Inglaterra) | Asociación Americana de Psiquiatría APA |
|----------------------|--|---|--|
| Primarias* | Riesgo vital Refractariedad | Trastorno Depresivo Mayor **** Manías **** Condición de Riesgo **** | Depresión **** Manía **** Esquizofrenia**** |
| Secundarias** | Falla terapéutica Intolerancia a los medicamentos | Depresiones Esquizofrenia Catatonia | Resistencia al tratamiento Efectos adversos a los psicofármacos |

Extraído de Chavarría (2013, p.116)

Siendo la principal diferencia en cuanto a las indicaciones que en el protocolo del H.N.P. 2009 solo se recomienda el uso de la TEC para situaciones clínicas específicas, sin delimitar a qué diagnósticos aplicaría como tratamiento. A esta diferencia se agrega la inclusión de la “catatonia”, entre las indicaciones para TEC del Colegio Real de Psiquiatras, y que no aparece en normativas de la APA. Por lo demás, entre ambas asociaciones –y los y las psiquiatras del H.N.P., según veremos a continuación-, existe acuerdo en que la TEC es un tratamiento de elección en casos de “depresión”, “manía” y “esquizofrenia” –en las que exista un riesgo a la vida del/de la paciente o haya fallado el tratamiento medicamentoso-, a pesar de que la evidencia producida por ensayos clínicos a favor de estas indicaciones, según he destacado, solo respalda esta decisión de manera limitada y/o contradictoria. En este sentido, es posible que los estudios clínicos ejerzan una influencia parcial en la práctica psiquiátrica, facilitando la introducción de nuevos

^{22*} Como primera opción de tratamiento al ingreso del/de la paciente

**Después de haber ensayado otras opciones terapéuticas.

***Condición referida a síntomas que no resuelven tras haber sido tratados con múltiples esquemas medicamentosos.

****Cuando haya mala respuesta al medicamento o riesgo a la salud.

tratamientos medicamentosos y fundamentando -si se los selecciona estratégicamente- el uso de un tratamiento psiquiátrico particular para ciertas condiciones, sin por ello evitar que a estos tratamientos –sean medicamentos o TEC- se les dé usos que en el contexto clínico o según la formación de los y las psiquiatras sean considerados como útiles, aún sin contar con el respaldo de evidencia producida desde un enfoque experimental.

Finalmente, -y regresando al argumento desde el cual partió el análisis en esta sección-: al apelar al desacato de las normativas existentes décadas atrás en el H.N.P., como elemento explicativo del rechazo que pacientes y sus familiares sentían hacia la TEC, Chavarría (2013), se posiciona “como si” la psiquiatría contara con el aparato conceptual y clínico necesario para identificar qué pacientes, en qué proporción, y en qué momento de la intervención psiquiátrica ameritan el tratamiento, pretensión que no se corresponde con las inconsistencias que he detallado hasta aquí y que ponen en cuestión que inclusive hoy se tenga un conocimiento sólido –y fundado sobre los tipos de evidencia que en este marco lo dotarían de validez- respecto a quién se puede beneficiar del procedimiento. De esta forma, el autor –en línea con otros psiquiatras- niega la “indeterminación epistémica” inherente a la práctica psiquiátrica y que surge en la medida en que las entidades con las que esta trabaja fluctúan según teorías, instrumentos diagnósticos, prácticas institucionales y tratamientos disponibles (Borch-Jacobsen, citado por Bielli, 2011). En este sentido, el discurso psiquiátrico pro-TEC evade la discusión respecto a los vacíos inevitables en su conocimiento y capacidad predictiva, así como las tensiones entre la práctica guiada por el conocimiento clínico y las limitaciones ofrecidas por la evidencia experimental: el saber psiquiátrico permanece incuestionado y absolutizado, abogándose por la universalización de hallazgos y tendencias locales, vía

estandarización de los procedimientos, bajo el supuesto de que la única fuente de error posible en la aplicación de la TEC surge en el desapego a las normas establecidas por una autoridad centralizada.

3.5. Refratariedad como indicación y la disolución de las distinciones nosológicas

Los protocolos del H.N.P. no solo determinan, como hemos visto, qué diagnósticos son indicadores de una buena respuesta a la TEC sino, en mayor medida, valoran la necesidad del procedimiento según el estadio de consumo de tratamientos (psicofarmacológicos) disponibles en que se encuentre el o la paciente, así como la evaluación del riesgo al que le expone su situación.

Los protocolos vigentes en los años 1993, 2000, 2006 y 2009 definen que la TEC ha de ser el tratamiento de primera elección en caso de que 1) Exista la necesidad de una respuesta terapéutica rápida, o 2) los riesgos de otros tratamientos sobrepasen a la TEC. El uso secundario, por su parte, es recomendado después de haber intentado el tratamiento con psicofármacos, o cuando éstos conlleven efectos adversos muy graves. Si bien en el protocolo de 1993 se ofrece como indicaciones diagnósticas primarias las “depressiones severas” (“uni o bipolares, retroactivas o endógenas, delirantes o psicóticas, con riesgo suicida, incluyendo depresiones neuróticas y melancolía involutiva”), la “enfermedad maniacal” (“psicosis maniacal, trastorno bipolar, unipolar o mixto”), y la “esquizofrenia” (“tipos catatónico y paranoide, o con síntomas afectivos prominentes, o con historia de buena respuesta a TEC, en esquizoafectivos y esquizofreniformes, psicosis atípicas con síntomas similares”) (Echeverría, Lizano, Tinoco y Sánchez, 1993); en los protocolos que

entraron en vigencia en el 2000 y 2006 se aclara solo de manera introductoria que la TEC es un tratamiento de elección “en diversos padecimientos psiquiátricos mayores” tales como las “depresiones severas”, “las crisis maniacales”/“enfermedad maniacal”, “las esquizofrenias” y “otros”; para el año 2009 la TEC no es indicada según diagnósticos específicos, sino en tanto se cumplan o no los criterios consignados anteriormente, es decir, en función de la disponibilidad o no de otros tratamientos psicofarmacológicos más efectivos y seguros, así como la inminencia del riesgo a la vida del sujeto. Finalmente, en la normativa del 2013 se establece que la indicación de TEC será el resultado de una combinación de factores, tales como el diagnóstico, la gravedad de los síntomas, la rapidez de acción prevista para la TEC y la historia médica previa.

A pesar de lo anterior, B. asegura que “en este momento la Terapia Electroconvulsiva tiene indicaciones muy claras, que no se deberían de irrespetar” entre las que cita las “depresiones refractarias”, las “ideaciones suicidas asociadas a la psicosis o a la depresión”, la “manía” y “los trastornos obsesivo compulsivos alusivos a brotes psicóticos” (B. psiquiatra, miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015), asegurando que desde el Comité de TEC en el H.N.P. no se espera que se utilice el procedimiento para ninguna condición ajena a las ya establecidas. En general, según lo referido en otras entrevistas, así como las indicaciones ya descritas de los protocolos, la TEC es entendida por la psiquiatría a nivel nacional como un tratamiento para trastornos graves (en especial con la presencia de síntomas psicóticos, inhibitorios, e ideación suicida) y síntomas refractarios (que no presentan mejorías tras haberse administrado varios esquemas medicamentosos):

“Desde mi experiencia en la formación de psiquiatra ¿qué han sido las indicaciones médicas que a uno le han planteado que proceden? (...) los perfiles clínicos de refractariedad psicótica (...) se ha planteado que en “esquizofrenias inhibidas” o “catatónicas” puede generar como cierto movimiento en términos de beneficios clínicos, las condiciones de “depresión inhibida”, también, “psicóticas”, las ideaciones suicidas (...) y las condiciones de psicopatología grave donde hay un embarazo de por medio (O. psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

“Por ahí los maníacos se pueden tratar (con TEC), pero no responden tan bien. Y creo que nunca he mandado a un paciente con un Trastorno Bipolar o con un episodio maniaco, a TEC. Básicamente son “depresiones” con riesgo suicida muy muy inhibidas, y “esquizofrenia” que no ha respondido al tratamiento” (X, psiquiatra, entrevista del 2015).

La refractariedad, en última instancia, se define como uno de los principales criterios a tener en cuenta a la hora de determinar si un paciente es candidato a recibir TEC. A nivel de formación en psiquiatría en nuestro país, este procedimiento ha sido construido como un tratamiento de “de último recurso”:

“En realidad, nosotros lo utilizamos como tratamiento de último recurso (...) la protocolización siempre nos lo dice claro: a la hora de evaluar pasos desde la parte medicamentosa, nosotros tenemos que evaluar opciones psicoterapéuticas y opciones farmacológicas antes de aprobar esta terapia. Y esta es una discusión que hemos tenido mucho con los clínicos del hospital, donde nosotros hemos sido muy firmes en la idea de que se utilice la terapia [electroconvulsiva] solo en los casos en

que hayan fallado otras opciones terapéuticas. Rara vez usamos la terapia como primer recurso, por no decir que nunca, porque en realidad llevo de pertenecer a esta comisión por 4 años y no he observado un caso en que se use la terapia como primera opción” (B. psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

Dado que la TEC se administra en Costa Rica sobre todo a pacientes en situación de “refratariedad”, los psicofármacos marcan la ruta por medio de la cual una persona deviene candidato potencial para TEC. Estos psicofármacos a su vez serán elegidos en función de los que se suponen son sus efectos específicos demostrados en una patología particular. Cabe mencionar que si bien se contempla a las opciones psicoterapéuticas como tratamientos posibles previos a la administración de TEC, el término de refratariedad abarca exclusivamente situaciones de fallo medicamentoso, de manera que para considerar a un/a paciente como refractaria, y por tanto susceptible de beneficiarse con la TEC, esta no necesariamente tendría que haber accedido a un abordaje psicoterapéutico.

“El Hospital siempre está abierto a un abordaje psicoterapéutico, o sea, depende de (...) la orientación que tenga el clínico psiquiatra o clínico en psicología con el paciente. Pueden darse otro tipo de terapias alternativas para el paciente, fuera de la farmacológica. Sin embargo (...) una vez que ya el equipo nos dice que el paciente ha sido refractario, ahí es donde empezamos estudios para empezar la terapia [electroconvulsiva]” (B. psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

Algunos de los entrevistados inclusive reportaron que esta opción es casi inexistente para pacientes con algunos diagnósticos, en particular -en el caso que nos interesa- aquellos de “esquizofrenia”:

“(…) no todos los psicólogos le entran. Vieras que es bien interesante, dicen: “no, está psicótico, y yo no lo voy a ver” (…) no digo que le vaya a hacer una técnica ahí (…) porque no es candidato (…) pero yo pienso que sí se les podría ofrecer algo más” (X, psiquiatra, entrevista personal, 29 de octubre del 2015).

N: “(…) tampoco hay otras alternativas que la institución esté fortaleciendo. Porque realmente, por ejemplo, una terapia cognitivo conductual, que se llena el doctor F. la boca, diciendo que esto es lo único que ha demostrado tener evidencia con los cuadros depresivos y demás... Diay vaya usted a ver cuántas veces ve un psicólogo durante el internamiento al paciente: si es retardo mental no lo ve, si es “psicótico” no lo ve”.

L: “si es un “trastorno de personalidad”, tampoco, le dice que no...”

N: “que no es candidato...”

L: “...no es candidato a terapia porque no va a mejorar nada” (N. y L., psiquiatras, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

En este sentido, las principales opciones a que apuestan las instituciones psiquiátricas públicas de nuestro país son los psicofármacos, y -de fallar estos-, la TEC.

“No es que yo prefiera no usarlo [el TEC], es que yo creo que yo sí sigo con los niveles (...). Lo primero es hacer un buen diagnóstico. Si usted tiene un buen

diagnóstico ya usted puede empezar desde lo más sencillo hasta lo más complejo, y esperar la respuesta. Yo soy muy dada a apegarme un poco a la literatura, lo que los libros dicen que hay que hacer, siempre he tratado como de ser así en mi práctica. Entonces yo hago dos opciones de medicamento primero, únicamente si no hay una respuesta, o si en algún momento en este tratamiento la condición del paciente cambia, y presenta un riesgo inminente, donde digamos el TEC es lo que le va a beneficiar a menor plazo, pues entonces ahí uno se replantea”. (N., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015)

Para llegar a administrar la TEC –al menos en los casos “refractarios”-, según se desprende del extracto anterior, el o la psiquiatra tratante debe trabajar bajo la suposición de la correspondencia entre varios elementos, a saber: síntomas-diagnóstico-medicación. De esta forma, los síntomas deben integrarse al modelo más amplio de un trastorno específico, el cual estaría ocasionado por una perturbación neuroquímica particular, para la cual existe un tratamiento psicofarmacológico preciso. En este sentido se determinaría el esquema medicamentoso a seguir, el cual de fallar se consideraría como un indicador de la severidad del trastorno -no así de algún fallo en la correspondencia entre los tres elementos, o una limitación de la intervención psicofarmacológica-, que justificaría la administración de la TEC como último recurso. O., quien se opone al uso del procedimiento, destaca que inclusive dentro de una lógica psiquiátrica que deposite su confianza en el uso de psicofármacos, el argumento del último recurso resulta contradictorio con el proceder de las instituciones de la CCSS:

“Ahora, el acceso a ciertos psicofármacos en la institución también es muy limitado, entonces ahí son como las contradicciones, (...) a la par del TEC van los

psicofármacos, pero de pronto a los psicofármacos no hay un acceso libre (...) entonces se piensa primero en regular el TEC, y que el TEC esté en estas comisiones y estos protocolos, y ni siquiera se hace la pregunta de si se debe invertir, si estamos en esta episteme, en mejores psicofármacos y en un acceso a otras posibilidades terapéuticas dentro de esta misma lógica de psiquiatría médica” (O., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

Asimismo T. agrega:

“(...) institucionalmente el uso de fármacos está limitado a un cuadro básico, que a pesar de que las guías internacionales siempre nos indican empezar con cierto tipo de antipsicóticos, que son los atípicos, como primera línea de acción, en la Caja no se nos permite usarlos desde la primera vez. Entonces los fármacos que utilizamos, que son algunos antipsicóticos típicos, tienen efectos neurológicos aversivos para el paciente (...) con movimientos extrapiramidales, disquinesias tardías y todo. (...) institucionalmente, solo luego de usted utilizar varios esquemas de antipsicóticos típicos, puede usar dos atípicos que son los únicos que hay. Y uno de los atípicos está indicado solo en “esquizofrenia” refractaria. O cuando ya causamos una disquinesia tardía, que es un trastorno del movimiento, por los antipsicóticos que ya le dimos al paciente (...) Igual, institucionalmente sólo contamos con tres tipos de antidepresivos (...) los antidepresivos tricíclicos, la Fluoxetina, y la Venlafaxina, y nada más, verdad, y el paciente se la tiene que jugar con eso...”. (T., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

El extracto anterior se opone a lo sostenido por B. del Comité de TEC, quien defiende que cuando un paciente recibe la TEC en la CCSS, es sólo tras acceder al mejor tratamiento psicofarmacológico posible:

“(…) la CCSS tiene muy buen esquema de psicofarmacología. Entonces no podemos decir que una familia pueda comprar un medicamento por fuera, y que por comprar ese medicamento no vaya a recibir la terapia [electroconvulsiva] ese paciente. Cuando nosotros hablamos de pacientes refractarios, nosotros hablamos de un tratamiento que se llama, por psicosis, Clozapina. Es el mejor tratamiento antipsicótico que hay al momento, y este medicamento lo tiene la Caja, entonces para que el paciente sea refractario a Clozapina, puede ser un paciente de clase media alta, clase media baja, que igual el procedimiento se indicaría” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

La diferencia entre ambos puntos de vista podría deberse a la lógica según la cual se administran los medicamentos a nivel de la CCSS. Tal y como detalla N., la Clozapina sólo se administra, debido a sus efectos secundarios, una vez que otros esquemas de antipsicóticos típicos han fallado, o cuando éstos provocan un síndrome extrapiramidal en el paciente (N., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015). Finalmente, esta restricción parece obedecer a un balance que considera unos efectos secundarios menos deseables que otros.

“(…) yo creo que sí tenemos buenos medicamentos, en eso soy “cajista”. (...) todos los medicamentos tienen el mismo perfil de efectividad, todos le van a quitar a usted lo psicótico por igual (...) Lo que varía es el perfil de efectos adversos, y

que los típicos, que son los que la CCSS tiene en su mayoría, tienen más efectos adversos de una índole –que son los efectos extrapiramidales, rigidez, y tal vez el empeoramiento de síntomas negativos- que los atípicos; los atípicos tienen tal vez la mejora de los síntomas negativos, tal vez, pero tampoco es tan claro que los mejore, o no necesariamente los empeora, pero también conllevan el riesgo de obesidad y diabetes”. (X., psiquiatra, entrevista personal, 29 de octubre de 2015).

Ahora, si bien existen desacuerdos respecto a la idoneidad de los esquemas medicamentosos disponibles en las instituciones de la CCSS, estos, según he detallado hasta ahora, marcan la ruta hacia la TEC. En este sentido, la racionalidad según la cual se administra el procedimiento en este país depende –aunque veremos, a la vez contradice- del principio de especificidad atribuido al accionar de los psicofármacos.

El modelo de especificidad estructura buena parte del pensamiento médico moderno, y se sustenta según detalla Bielli (2011), en al menos dos supuestos: 1) el de las enfermedades mentales entendidas como entidades discretas e independientes al cuerpo enfermo, y 2) el de la existencia de tratamientos dirigidos para cada entidad patológica. Por tanto, el modelo presupone la especificidad tanto de la enfermedad como de los métodos de curación, y se sostiene sobre el diagnóstico como la pieza clave sobre la que descansan las intervenciones terapéuticas. Bielli destaca con respecto a la especificidad en psiquiatría que:

“(…), a diferencia de los medicamentos antituberculosos o antibióticos, los psicofármacos carecen del germen causante de la enfermedad que actúe como nexo entre ellos y la dolencia. (...) Para el desarrollo inaugural de los primeros

antipsicóticos y antidepresivos ningún agente patógeno fue aislado para la elaboración de su antídoto químico. En definitiva, la noción de bala mágica, en la que se inspiran los medicamentos modernos, y en la que, en tanto tales, también se inspiran los psicofármacos, posee algunas dificultades para su aplicación cabal en el campo de las enfermedades mentales” (Bielli, 2011, p.96).

El modelo de especificidad en psiquiatría no obedece exclusivamente al uso de psicofármacos: según Bielli (2011), la aparición de la TEC también tuvo consecuencias en este ámbito. Dado que esta terapia se mostró exitosa para mitigar los síntomas emocionales de las “enfermedades mentales”, presentes no solo en la melancolía sino también en la “esquizofrenia” y otros diagnósticos, su introducción a la práctica psiquiátrica movilizó la reflexión acerca de su aplicación específica. Finalmente, esta discusión se tradujo en un nuevo impulso a la noción de “humor” propia de algunas descripciones psiquiátricas en torno a la melancolía a finales del siglo XIX; emergieron así los llamados trastornos de humor, en los que se ubicarían los estados depresivos susceptibles de ser tratados por TEC. Sin embargo, procede la autora, son los psicofármacos y en particular los antidepresivos los que llevaron el modelo hasta sus últimas consecuencias, implicando la producción de hipótesis etiológicas que propusieran la existencia de agentes bioquímicos específicos responsables de las diversas manifestaciones de malestar psíquico.

Según Whitaker (2005), la noción de que los psicofármacos funcionan restableciendo un desbalance neuroquímico particular fue inicialmente introducida en la década de 1960, una vez que la Torazina (mercadaada bajo el nombre Clorpromazina) y los neurolépticos – efectivos en la supresión de algunos síntomas de la “esquizofrenia”- mostraron bloquear la actividad dopaminérgica del cerebro. Los investigadores hipotetizaron entonces que la

“esquizofrenia” era ocasionada por la acción excesiva de este neurotransmisor. De la misma forma, dado que los tricíclicos –utilizados para tratar síntomas depresivos- ocasionaban una subida en los niveles de serotonina y norepinefrina, se pensó que la “depresión” era causada por bajos niveles de estos químicos en el cerebro. Paralelamente, Merck empezó a mercadear su fármaco para la ansiedad como un “normalizador de ánimo”, dando así por supuesto que se estaba corrigiendo con él una perturbación biológica que alteraba el ánimo.

Sin embargo la relación entre uso de psicofármacos y la noción de las enfermedades mentales como desbalances químicos, no es inherente al uso de los primeros. Según describe Whitaker (2005), a su introducción inicial, los efectos de los psicofármacos fueron leídos en clave psicoanalítica: se hablaba de sus efectos sobre la represión, los mecanismos de defensa, el yo, etc. Igualmente, los investigadores nunca han podido certificar desde el método científico el que las personas diagnosticadas con “esquizofrenia” tengan sistemas dopaminérgicos hiperactivos previo a la medicación, o que en los pacientes con “depresión” se pueda identificar niveles anormalmente bajos de serotonina o norepinefrina. En resumen, las causas de los “desórdenes mentales” permanecen desconocidas para los psiquiatras (Whitaker, 2005).

Por otra parte, los psicofármacos clasificados según el que sería su efecto específico en una enfermedad mental dada, han mostrado tener un rango más amplio de acción del que se les atribuye –y, para efectos de control y mercadeo de fármacos, debe atribuírsele-. Según detallan Healy y Antonuccio (2012), algunos psicotrópicos son promovidos para un rango creciente de condiciones. Por ejemplo, se ha expandido en la práctica el uso de “antidepresivos” a varios desórdenes relacionados con la ansiedad y para condiciones somáticas; y los “antipsicóticos” en el tratamiento de la “manía” y la “depresión”.

A este respecto cabe retomar la arqueología que Harris, Chandran, Chakraborty y Healy (2003) realizaron del concepto de “estabilizador de ánimo”. En esta, detallan que el término “normalizador de ánimo” surgió con el inicial uso del Litio para tratar episodios maníacos, tan extendido entonces que por algún tiempo se pensó que la “manía” involucraba una deficiencia del químico a nivel cerebral, planteándose que su consumo podía ser profiláctico en casos de “trastorno bipolar”. Al no estar el Litio disponible en Francia y en Japón, se implementó en estos países la administración de anticonvulsivantes (ácido valproico en Francia y Carbamazepina en Japón) bajo la misma consigna, mientras que paralelamente se descubría que el Litio tenía efectos en otros síntomas como la ira, el pobre control de impulsos, etc. A pesar de ello, se empezó a entender el “trastorno bipolar” en términos de aquello que responde a un normalizador de ánimo. Por otra parte, cuando el Litio obtuvo su licencia en Estados Unidos, se empezó a re-diagnosticar como maníaco-depresivos a pacientes anteriormente catalogados como esquizofrénicos. El concepto inicial del “normalizador de ánimo” relacionado con el uso de Litio, pasó a ser “estabilizador de ánimo” a partir del uso de la Carbamazepina, y articulándose en la metáfora de la epilepsia (al igual que con la epilepsia, la Carbamazepina controlaría los factores catalizadores de una crisis maníaca).

Al sostener estos medicamentos el estatus de estabilizadores de ánimo, cuyo efecto específico los coloca por sobre otras opciones terapéuticas psicofarmacológicas, se niega una serie de paradojas que Harris et al. (2003) evidencian:

- 1) Los antipsicóticos antidepresivos producen efectos de tratamiento tanto en los polos depresivo como maníaco en “trastorno bipolar”. La Clorpromazina (un antipsicótico típico) fue inicialmente utilizada para manejar la “manía”, y los

antipsicóticos han sido por décadas agentes estándar para tratar los estados maníacos. Es decir: existen otros medicamentos con efectos “estabilizantes” y que no se consideran parte de los estabilizadores de ánimo.

2) Si por “antidepresivos” se quiere catalogar a una serie de fármacos que tienen efectos beneficiosos en pacientes deprimidos, entonces la mayoría de los neurolépticos –considerados antipsicóticos- son antidepresivos, pues muestran tener efectividad en el tratamiento de estados tanto maníacos como depresivos.

3) Los antidepresivos podrían causar reacciones maníacas, pero también ha sido demostrado que pueden beneficiar a algunos pacientes con manía.

En la misma línea que el artículo anterior, Healy y Antonuccio (2012) cuestionan qué tan apropiado pueda ser llamar “antidepresivos” a los fármacos que actualmente componen este grupo. Según se sigue en su artículo, un antidepresivo debería, desde el marco de la psiquiatría basada en la evidencia: 1) ser superior en su efecto al placebo, y 2) ofrecer más beneficios que riesgos para los y las pacientes. Sin embargo, según se construye a partir de diversos estudios clínicos, el antidepresivo no se ha podido mostrar superior al placebo en la mayoría de las investigaciones presentadas a la FDA y aun cuando lo han sido, se ha encontrado que conllevan riesgos como el aumento de la suicidabilidad, la cronicidad de la depresión, ansiedad, agitación, problemas gastrointestinales y disfunción sexual. Sin embargo, estos medicamentos mantienen la etiqueta de “antidepresivos”, y mientras esto sea así, argumentan, los y las prescriptoras sentirán la obligación moral de ofrecerlas a los y las pacientes diagnosticadas con “depresión”. Por otra parte, la industria farmacéutica no tiene incentivo alguno para cambiar estas denominaciones por otras más precisas, con lo

que mantenerlas es una decisión de marketing que poco tendría que ver con los datos recabados por la investigación.

Los efectos específicos atribuidos por la psiquiatría biomédica a la medicación psicotrópica, según he discutido, no son inherentes a la medicación misma, sino que se producen en una interacción compleja entre la sustancia química, la experticia psiquiátrica, y la administración de la salud (Lakoff, 2005). Debido a ello, el modelo de especificidad se mantiene a pesar de sus contradicciones internas, condicionando no sólo la investigación, sino además el aparato diagnóstico y las opciones terapéuticas con que se brinda atención psiquiátrica. En lo que respecta a la TEC, la investigación en torno a su funcionamiento, según describe B., ha topado con la dificultad de dar cuenta de los efectos globales que se atribuyen al procedimiento, dado que éste se supone efectivo en múltiples condiciones que van desde la “manía” hasta la “catatonia” e incluyendo la “depresión mayor”, “esquizofrenia”, y, según lo plantea B., inclusive los “trastornos obsesivo compulsivos” de rasgos psicóticos, condiciones que en principio, desde el modelo farmacológico, estarían causadas por perturbaciones diferenciables a nivel neuroquímico. Desde la psiquiatría biomédica, se pretende explicar por qué determinadas personas responden a la TEC a partir de las teorías ya existentes y las asociaciones diagnóstico-fármaco-condición neuroquímica reforzadas y sostenidas desde la industria farmacéutica, que sin embargo ofrecen un modelo de comprensión fragmentado:

“No le puedo decir a ciencia cierta un mecanismo específico donde la terapia podamos decir “funciona para esta enfermedad, funciona para esta y para la otra”, los estudios en cuanto a respuesta neuroanatómica y respuesta neurobiológica, son estudios sobre ciertas poblaciones, por ejemplo, cuando se da la terapia sobre un

pabellón donde hay personas con “manía”, donde se da la terapia sobre personas con “esquizofrenia”, donde se da la terapia sobre personas con “depresión” (...)” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

X, por su parte, destaca que este problema teórico no surge solamente en relación con la TEC: el modelo de especificidad en sí no da cuenta de los usos dados a los tratamientos psicofarmacológicos en la práctica, ni a los perfiles de respuesta de los pacientes según un diagnóstico particular:

“(...) a mí me decían en las clases: “los antipsicóticos solo para los psicóticos”, tiene mucho sentido ¿verdad? (...) usted tiene una condición específica, tiene un medicamento que actúa de una manera específica, y le sirve para eso: hay una lógica (...) médica para decir cómo funciona eso, con términos muy biólogos. Conforme usted va aprendiendo y va viendo más (...) a usted le empiezan a decir que los antipsicóticos (...) sirven para tratar la “depresión”; que (...) sirven para tratar la “manía”; (...) que podrían dársele eventualmente a un paciente con un “trastorno de la personalidad” para disminuir su conducta agresiva (...); que (...) usted los usa para tratar los pacientes con una demencia; que (...) los utiliza para tratar la agitación, a bajas dosis, de un paciente con un estado confusional agudo (...) Teóricamente uno debería pensar que todas tienen una base biológica diferente. ¿Entonces, cómo es eso? Es como un escopetazo ¿verdad?: Ni modo, así pasa. Con el TEC pasa igual” (X, psiquiatra, entrevista personal, 29 de octubre del 2015).

Inquietudes similares fueron expresadas por otras psiquiatras entrevistadas. L. destaca que “se podría hacer un intento, desde la episteme de donde viene la TEC, de hacer un paralelismo con los psicofármacos” –los cuales ella sin embargo utiliza y considera necesarios-, para deconstruir la lógica tras la cual se puede afirmar que un antidepresivo, un antipsicótico, o la TEC funcionan (L., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015). Asimismo, T. describe que la psiquiatría no cuenta con los recursos tecnológicos en este momento para comprobar alguna de sus teorías respecto a lo que ocurre en el cerebro de las personas diagnosticadas con algún trastorno, y que estas apenas se fundan sobre hallazgos “incidentales” que posteriormente se asociaron con los mecanismos de acción descubiertos tras los distintos tratamientos (T., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015). En este sentido, O. agrega:

“(la TEC y los psicofármacos) se generaron a partir no de un marco neurobiológico que científicamente justifique qué es lo que se genera teóricamente en el cerebro para lograr efectos, sino que es una cuestión que deviene más bien de que la posibilidad de efecto clínico es lo que sostiene el uso, y entonces históricamente se ha intentado investigar más a profundidad como para sostener la argumentación neurobiológica, que en este momento, hasta donde yo sé, sigue siendo algo que está en cuestión” (O., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

La refractariedad, como especificación diagnóstica e “indicación que más se usa para dar la TEC en el hospital”, aparece en los testimonios de los y las psiquiatras como un pobre filtro de selección de los candidatos a beneficiarse de TEC, dado que “los pacientes que menos responden al TEC son los refractarios” (N., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015). Este criterio de selección, si bien depende en su definición del modelo de

especificidad (un paciente solo puede llegar a ser “refractario” si ha recibido ya un diagnóstico, a partir del cual se le ha administrado los esquemas medicamentosos que corresponden a una supuesta patología, y a los que no ha respondido como se desea), desemboca en una ruptura de la especificidad al asignar el mismo tratamiento para pacientes “deprimidos”, “maníacos” o “esquizofrénicos” refractarios por igual. De esta forma, en línea con la opinión expresada por O., la refractariedad en el protocolo de TEC del H.N.P. funciona como un criterio de selección referido esencialmente a la magnitud del efecto clínico de los tratamientos ya utilizados, y no a los signos clínicos de una condición en específico, ni a un modelo neurológico que explique sus efectos y que justifique su elección. En este sentido, la respuesta de los pacientes “refractarios” a la TEC es variable:

“Pero sería interesante de todos esos casos de refractariedad que les indican TEC, cuáles realmente resuelven, y cuáles no resuelven, porque (...) uno puede ver en muchos casos de refractariedad que a pesar del TEC no resuelven, y habría que ver estudios de reincidencia de reingresos, o brotes de estos pacientes que se les ha dado TEC para poder sostener esto un poco mejor, verdad, porque también volvemos a la situación del caso por caso. Hay algunos que sí les funciona y hay otros que no les funciona, ¿por qué a estos sí y porque a estos no les funciona? entonces ¿a quién le damos TEC?” (L., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015)

Es posible, en cambio, que la utilidad de la refractariedad como indicación clínica obedezca precisamente a que introduce en el tratamiento de un/a paciente particular, y en cuyo caso la asociación entre síntomas-diagnóstico-fármacos no ha dado los resultados idóneos- el uso de un procedimiento con efectos de amplio espectro. A este respecto O.

agrega que la TEC tiene “un efecto masivo de producción de alteraciones a través de una convulsión” (O., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015); asimismo, N. expresa:

“(…) obviamente hay estudios que hablan de una mayor efectividad (de la TEC), porque estamos hablando de que es un procedimiento donde básicamente el cerebro se “resetea”, es una descarga múltiple y simultánea de un montón de sustancias. Entonces en ese sentido actúa más rápido que cualquier fármaco que usted pueda administrar (...)”. (N., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

Si bien algunas de los y las psiquiatras entrevistadas reportan haber tenido experiencias positivas con la TEC (entre ellos: T., N., X., B. y W.), principalmente en casos de “depresión” inhibida, aún algunos de estos expresan incertidumbre respecto a cómo identificar los candidatos al tratamiento, particularmente en lo referido a la “esquizofrenia refractaria”.

“no es que yo esté en contra del procedimiento, me parece que es un procedimiento muy bueno en algunos casos. Desgraciadamente, como decía L., no sabemos a cuál paciente le puede funcionar y a cuál paciente no. No hay unos indicadores de previo para que uno pueda decir. Por lo menos en la parte de psicosis refractaria. A mí me parece que en psicosis refractaria es muy malo el TEC, y debería utilizarse menos.” (N., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

W. por su parte afirma que sí hay mejoras en los y las pacientes diagnosticadas con “psicosis” refractarias, sin embargo la TEC actuaría solo sobre algunos de sus síntomas, dejando otros intactos:

“En psicosis, sobre todo cuando son de carácter crónico, lo que uno ve mejoría es en el tema de agitación, no en el contenido de lo que se conoce como delirios encapsulados. En eso yo no puedo decir que haya mejoría. Pero sí en la funcionalidad del paciente. Si la psicosis está muy activa, cargado de síntomas positivos, el funcionamiento es muy pobre. Con electroshock era evidente la mejoría de estos síntomas” (W., psiquiatra, entrevista personal, 19 de octubre del 2015).

X. reporta haber visto recaídas en “bastantes de esos pacientes, porque de todas formas son pacientes bastantes difíciles de manejo”. Según este psiquiatra los y las pacientes con “esquizofrenias refractarias” se logran estabilizar con TEC, atendiendo a los síntomas agudos y permitiendo el egreso, “pero igual el pronóstico a largo plazo de esos usuarios es reservado”: “sí sé que a largo plazo van a volver al hospital, y van a seguir presentando sus crisis, probablemente van a seguir ocupando TEC en cada uno de sus internamientos” (X., psiquiatra, entrevista personal, 29 de octubre del 2015). En la misma línea L. declara:

“Principalmente los casos que yo vi que les indicaban TEC eran “psicosis” refractarias, y desde mi experiencia, lo que yo pude observar, yo siento que no era tan beneficioso, porque el paciente volvía a ingresar con la crisis, volvía a ingresar con las ideas delirantes, con descompensación aguda, o con su brote psicótico abierto. Entonces realmente, desde mi experiencia, yo no lo indicaría. No lo indico y prefiero otras alternativas” (L., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015).

Sin embargo, estas recaídas están ya contempladas dentro de los protocolos de TEC: según describe B., se considera que se ha obtenido una “remisión sostenida” de los síntomas correspondientes a cualquier diagnóstico susceptible de ser tratado con TEC cuando el efecto beneficioso se mantiene “un mínimo de 6 meses al año”, periodo tras el cual es posible que necesite otras intervenciones. Esta limitación también es reconocida a nivel internacional: Lisa McMurray, psiquiatra canadiense, menciona en su charla titulada *Desmistificando la Terapia Electroconvulsiva* (Demystifying Electroconvulsive Therapy) del 2015, que los efectos beneficiosos de la TEC no se sostienen a través del tiempo. En esta misma conferencia, la psiquiatra invita a una paciente “deprimida” a contar su experiencia –que la misma paciente considera sumamente positiva- con la TEC ante el público; esta paciente ha recibido cerca de 100 sesiones de TEC en su vida, y plantea necesitar nuevas sesiones de manera periódica.

Respecto a este tema W. expresa:

“(…) sí tengo que decir que vi pacientes que recibieron TEC en años sucesivos, mostrando precisamente esto que vos decís: hubo una mejoría transitoria y que después tiene una recaída. Pero la verdad es que yo no puedo hablar de otra cantidad de pacientes X a los cuales no les di seguimiento y no sé si tuvieron una evolución favorable a largo plazo con la sesión que efectivamente yo pude presenciar. La verdad es que sería una opinión sesgada, porque vi casos que necesitaron TEC repetitivamente, pero ¿y el resto? No sé cuántos serán, los que recibieron y resolvieron”. (W., psiquiatra, entrevista personal, 19 de octubre del 2015)

Aunado a esto, la TEC parece demarcar un límite al accionar psiquiátrico en el H.N.P.: no existen tratamientos indicados para pacientes con síntomas “refractarios” a TEC, no se cuenta con otros pasos a seguir en la atención psiquiátrica, sino aquel de administrar aún más TEC. Para este propósito, se cuenta con la figura de la “TEC de mantenimiento” (aplicada según los protocolos del H.N.P. una vez al mes o cada dos meses):

“(…) un ciclo se recomienda que sea de 10 a 12 sesiones, por paciente, y si el paciente no responde en ese tiempo, se puede extender más en el tiempo. Eso se llama fase aguda de mantenimiento, la que se le da a la gran mayoría. Hay una minoría que no responde, a esa fase aguda, entonces para prevenir que las depresiones o que las psicosis vuelvan en el tiempo en un período cercano -estamos hablando de menos de 6 meses- se usa lo que se llama Terapia de continuación, que es seguir dando sesiones, y monitoreando al paciente en su sintomatología clínica para ir evaluando cuándo se suspende. Si la fase de continuación no es efectiva, y el paciente sigue siendo de poca respuesta, se puede cambiar a una fase de mantenimiento, esto puede tomar hasta dos años de terapia, es anecdótico en realidad, muy pocos pacientes reciben ese tipo de terapia, solo aquellos pacientes que tengan una patología muy disruptiva, y que hayan tenido una respuesta mala a todos los antipsicóticos y *a la terapia misma*” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

Al respecto, la anécdota ofrecida por B. resulta muy ilustrativa:

“Tal vez, el último caso que tuvimos fue un paciente que ninguno de los tratamientos antipsicóticos funcionaba, era muy disfuncional, no podía ubicarse con su familia, de hecho este paciente estuvo hospitalizado por cerca de dos años, y sí se tuvo que recurrir al ciclo aproximado de 60-70 sesiones (de TEC). Actualmente él tiene un año de estar fuera del hospital, entonces fue un caso especial...” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

En este caso según lo describe B., al enfrentarse con la situación de un paciente con síntomas de difícil manejo y no contar con un lugar dónde ubicarlo, la institución responde aplicándole una serie en principio ilimitada de sesiones de TEC, mostrándose incapaz de plantear alguna otra posibilidad hasta por cerca de dos años. Inclusive, tal y como señala el psiquiatra, la TEC de continuación se plantea de manera oficial como una opción pertinente aún en esos casos en que el o la paciente no responde a la TEC. A nivel institucional, debido a la variabilidad y volumen de la población a la que se debe brindar atención, resulta más viable automatizar los procesos y despersonalizar las respuestas, en vez de intentar encontrar soluciones particulares para pacientes con condiciones sociales, personales, familiares, y económicas específicas. En este sentido, los protocolos de TEC imponen la estandarización, si bien no se puede en las poblaciones, desde las respuestas que se les brindan:

“(...) a ver: la psicoterapia siempre es un recurso, lo que pasa es que no es real en un sistema de salud público, la psicoterapia intensiva y a largo plazo (...) es un recurso caro, y que requiere de tiempo y de compromiso del paciente y de la familia. Y un sistema de salud social difícilmente está en condiciones de brindarle un tratamiento que es tan caro y depende de tantas variables (...) una vez que el

paciente egresa, por ejemplo de la hospitalización, el seguimiento se vuelve sumamente aleatorio verdad, va a depender de la distancia, de la capacidad económica, del paciente, del compromiso de la familia. Entonces es una variable poco controlable. Si la institución lo pudiese dar, digamos que ahí tenemos esa variable controlada, ¿pero todo el resto? En eso podríamos hablar de un beneficio de la TEC, es relativamente pronta la mejoría, se hace en un ambiente de contención, de internamiento” (W., psiquiatra, entrevista personal, 19 de octubre del 2015).

Llama la atención que W., en el extracto anterior, se refiera a la necesidad de “controlar” las “variables” relacionadas con el paciente en el contexto institucional, cuando si pretendiera reproducir al interior de los hospitales los contextos experimentales sobre los cuales se fundamenta la psiquiatría basada en la evidencia. La apuesta en este caso no es por desarrollar respuestas que reconozcan la variabilidad de las realidades humanas, adaptando las investigaciones en psiquiatría de manera que den cuenta de su complejidad, sino todo lo contrario: se pretende restar complejidad a la vida, al interior del Hospital, para que se asemeje más al ambiente experimental, donde los obstáculos a la intervención psiquiátrica sean mínimos, y sus efectos sobre los y las pacientes –idealmente- predecibles e intencionados. En este marco, la TEC en su versión protocolizada resulta útil, además de a la producción hospitalaria, a un modelo activamente universalizante de ser humano.

Reflexiones finales

Según señalé al inicio de este capítulo, la psiquiatría biomédica se estructura sobre un discurso universalista, según el cual se plantea una equivalencia en la base neuroquímica de las distintas manifestaciones de malestar psíquico, indiferentemente del contexto interpersonal o cultural en que se encuentre el individuo que los sufre. Esta universalidad, en el contexto actual, ha asumido la forma de la razón farmacológica y el modelo de la especificidad, desde los cuales se sostiene la noción de representabilidad de los sujetos de investigación que participan en los ensayos clínicos, respecto a otras personas con quienes comparten un diagnóstico, y de las cuales se espera una respuesta similar a un compuesto químico particular. La asociación entre los síntomas, el diagnóstico y el psicofármaco, según he detallado, responde no al mecanismo de funcionamiento de los medicamentos –pues no se cuenta con tecnología alguna para comprobar las hipótesis respecto al funcionamiento del cerebro desde las cuales se utilizan los psicofármacos-, sino a esfuerzos desde el ámbito diagnóstico, psicométrico, investigativo y de las indicaciones, por estandarizar las metodologías y procedimientos que reiteran estas asociaciones.

En lo que respecta a la TEC, el discurso psiquiátrico en torno a su uso actual ha tenido que adaptarse a las premisas de la razón farmacológica, apoyándose su defensa sobre el uso de ensayos clínicos basados en categorías diagnósticas que obedecen al uso de psicofármacos, en el marco de la psiquiatría basada en la evidencia, que sin embargo muestran una capacidad limitada para producir líneas de acción terapéutica clara en la clínica cotidiana.

Las contradicciones surgidas en la investigación y usos dados a la TEC evidencian a su vez las limitaciones a la forma en que el conocimiento psiquiátrico farmacológico se ha

conformado: a saber, partiendo de la respuesta clínica, la cual al resistir su integración en modelos diagnósticos y etiológicos fijos, no se presta a niveles precisos de predicción. En este sentido, la decisión de aplicar la TEC no parece obedecer directamente al tipo de evidencia sobre la que se supone se sustenten las decisiones en psiquiatría (evidencia cuantitativa producida en escenarios experimentales), sino que parece responder además a la tradición formativa, la experiencia clínica personal, e inclusive a la falta de otros recursos para intervenir. Esta variabilidad en los usos sin embargo, para satisfacer el sesgo universalista, debe ser oculta y negada a través de la formalización y estandarización de los procedimientos, la cual se propone como una vía para evitar el sesgo personal de los y las psiquiatras, pero que debido a sus vacíos continúa dependiendo de su juicio profesional.

Capítulo 3. TEC y la psiquiatría comunitaria

En el capítulo anterior intenté mostrar cómo la decisión de hacer uso de la TEC, en el contexto de una psiquiatría comprometida con la llamada *razón farmacológica* (Lakoff, 2005), se plantea no como surgida del juicio experto del/de la psiquiatra, sino como el resultado de un proceso formal, científicamente avalado, que demanda su utilización en condiciones precisas. Sin embargo, las decisiones tomadas respecto a la TEC no se pueden basar exclusivamente en el tipo de evidencia que, se supone, fundamenta la psiquiatría biomédica. En este sentido, cabe tener en cuenta que los/las psiquiatras están sujetas en su actuar cotidiano a demandas concretas que exceden las posibilidades actuales del conocimiento psiquiátrico biomédico, y frente a las cuales deben responder con los –a menudo limitados- recursos que les son disponibles. El uso de la TEC, en un caso concreto, no surge de la necesidad derivada de un conocimiento científico auto-contenido, sino que responde a necesidades institucionales, surgidas de proyectos de sociedad y de individuo.

A partir de lo anterior, intentaré abordar en este capítulo la figura del psiquiatra según su función institucional, su formación, las potestades y limitaciones que le adjudica la ley, así como las exigencias por parte de los y las pacientes y sus familiares, en relación con el uso de la TEC. Tomaré como punto de partida lo planteado desde iniciativas jurídicas internacionales y políticas públicas recientes en torno a la “Salud Mental” pues estas se han encargado de replantear los objetivos manifiestos a los que ha de responder la psiquiatría, así como la modalidad según la cual han de ser administrados sus recursos. Posteriormente me apoyaré en los testimonios de los y las psiquiatras entrevistados, los

protocolos de administración de la TEC, la normativa en bioética de la CCSS y su reglamento de consentimiento informado, entre otros.

Una de las principales funciones que se supone a la psiquiatría es la de sostener la *vida en comunidad*, propósito al que dedico la primera sección de este capítulo. En lo tocante a la modalidad según la cual la psiquiatría ha de llevar a cabo su función, destaco la demanda hecha a esta disciplina, por diversos instrumentos jurídicos, de ofrecer un *criterio técnico* que dé cuenta de sus acciones, con lo que se ha promovido el desarrollo de sistemas diagnósticos estandarizados y lineamientos de intervención de alcance global. Finalmente, discuto el desarrollo de normativas éticas y bioéticas, con efectos vinculantes a nivel legal, y según las cuales los y las psiquiatras han de trabajar en pos de la *Beneficencia* de sus pacientes.

4.1. La psiquiatría al servicio de la vida en comunidad: un modelo integracionista

4.1.2 EL MOVIMIENTO HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

En Costa Rica la aspiración por una reforma psiquiátrica, a la que se había apelado ya desde los años 80 -según detallaré más tarde-, vendrá a concretarse en la década de los 90 con la firma de la *Declaración de Caracas*, surgida de la “Conferencia sobre la reestructuración de la psiquiatría en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud”, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Esta constituyó el primer estándar interamericano que vinculó directamente a las convenciones internacionales de derechos humanos con las violaciones a los mismos en el ámbito del hospital psiquiátrico, ofreciendo un sistema de protección a los derechos humanos de las poblaciones psiquiatrizadas.

La *Declaración* manifiesta que “la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”, por lo cual en ella se insta a los países adscritos a realizar una reestructuración de la atención psiquiátrica, tendiente a enfocarse en la Atención Primaria en Salud. Asimismo, se plantea la necesidad de garantizar recursos, cuidados y tratamientos que propendan a la permanencia del “enfermo” en su medio comunitario.

Previo a la introducción de la *Declaración de Caracas*, la mayoría de los países de América no contaban con legislaciones, planes o políticas de salud mental que abordaran directamente los derechos de las personas psiquiatrizadas y sus familias, así como los mecanismos legales disponibles en el derecho internacional y regional para demandar su cumplimiento. De ahí que una de las estrategias propuestas por la *Declaración* fuera la actualización de legislaciones nacionales en función del respeto de los derechos humanos de estas poblaciones. A nivel regional este ha sido un estándar de peso para el establecimiento y reforma de los sistemas nacionales de salud mental y su evaluación.

Tal y como lo ha expresado la Dra. Lilia Uribe, directora del Hospital Nacional Psiquiátrico, la *Declaración de Caracas* continúa ejerciendo una influencia significativa en el proyecto de hospital que se sigue desde los mandos administrativos en particular, y de psiquiatría en general, por el que actualmente se apuesta en Costa Rica. En conjunto con la *Declaración de Caracas* otras normativas legales de alcance internacional han sido asumidas como la base de la *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*, la cual se define como “un conjunto organizado de valores, principios, objetivos generales,

lineamientos y estrategias” orientadas “a mejorar la Salud Mental de la población y reducir la carga de los trastornos mentales” (Ministerio de Salud, 2012, p.30).

Entre las normativas de base para la *Política Nacional* están los *Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental* (ONU, 1991), documento que reitera la voluntad política de mantener a los y las pacientes psiquiátricos en su comunidad, según se sigue de los principios número 3, que declara el derecho de toda “persona que padezca de una enfermedad mental” a “vivir y trabajar” en la comunidad; 7, concerniente al “derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad”; y 9, que establece el derecho a “ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible” que esté “destinado a preservar y estimular su independencia personal”.

Esta voluntad se retoma en los *Principios de Brasilia* (2005), los cuales insisten sobre la “necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos”, y es apropiada por la *Política Nacional*. En esta última se ofrece un “modelo explicativo” de la “Salud Mental” basado en cuatro factores determinantes: biológicos; ambientales; sociales, económicos y culturales; y relacionados con sistemas y servicios de salud. La *Política Nacional* agrega que “es el determinante de [sistemas y servicios de] salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de [sistemas y servicios de] salud que más recursos económicos recibe para cuidar de la salud de la población” (2012, p.36). De ahí que esta propongamos entre sus objetivos específicos “transformar el modelo tradicional de atención de la Salud Mental, hacia un modelo de promoción y atención integral centrado en la comunidad, por medio de la desconcentración

de los recursos materiales, humanos y financieros” para fortalecer “el primer nivel de atención” (2012, p.48).

El *Plan Nacional de Salud Mental*, a partir de lo anterior, propone acciones específicas para cada uno de sus ejes, haciendo énfasis nuevamente en la necesidad de atender a la “Salud Mental” desde un abordaje no solo médico, sino también social y económico. Se definen como sus objetivos específicos, en el ámbito hospitalario, la construcción de un modelo de promoción/atención integral de “Salud Mental” de base comunitaria, y la modulación de financiamiento a “Salud Mental” según esta orientación.

Como parte del proyecto de descentralización del concepto/abordaje de la “Salud Mental”, desde el Hospital Nacional Psiquiátrico y según palabras de la Dra. Lilia Uribe, se ha procurado implementar programas de prevención de la “enfermedad mental”, principalmente orientados a brindar atención y apoyo a menores de edad con la intención de mantenerlos vinculados al estudio. Para este propósito, se pretende colaborar desde el Hospital con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Unicef, el Ministerio de Educación Pública y la Secretaría Técnica de Salud Mental.

En paralelo, el H.N.P. se proyecta desde finales de los 90’s a “desinstitucionalizar” al total de la población, lo cual implicaría en este caso librar todas las camas destinadas a pacientes “crónicos” o de larga estancia. Con este propósito en el año 1998 se generó un proceso de revisión del modelo de atención a pacientes de larga estancia, resultando en el desarrollo del Plan de Rehabilitación, que implicó una redistribución de los recursos del H.N.P.. A partir del año 1998 y hasta el año 2007 el total de camas se redujo de 811, de las cuales 575 eran para atención a usuarios de larga estancia y 236 para atención a personas

en condición aguda, a 763 camas, destinadas 430 de ellas a larga estancia y 333 a pabellones de agudos.

En mayo de 1999 se ejecutó asimismo la reestructuración de los pabellones de acuerdo a las características de los y las internas, agrupadas en adelante según su funcionalidad global y el grado de dependencia hacia terceros. En el año 2000, la Dirección General del H.N.P. nombró un Comité Interdisciplinario de Rehabilitación, diseñándose para los Pabellones 3 de hombres y mujeres el primer modelo del Plan Individualizado de Rehabilitación. A partir del 2005, se crea la Jefatura del Servicio de Rehabilitación y con la Dra. Lilia Uribe se extiende el Plan Individualizado a los Pabellones 3, 4, 5, y 6 de Hombres y Mujeres de larga estancia, en los programas de Hospital Diurno y en Estructuras Residenciales (“casitas” u hogares transitorios). Entre el año 2004 y 2009 se alcanzó la desinstitucionalización de 150 pacientes “crónicos”, que fueron reubicados en sus hogares de origen, hogares sustitutos, o albergues protegidos, denominados “Residencias Privadas” (Ramírez, 2009).

Además, las estancias prolongadas en el H.N.P. han sido disminuidas. Siguiendo los *Anuarios estadísticos* disponibles del Hospital Nacional Psiquiátrico, desde el año 2001 hasta el 2013, ha habido igual o mayor número de egresos con respecto a los ingresos anuales de pacientes todos los años excepto el 2003, en que los ingresos superaron los egresos por 5 pacientes; el 2006, en que los ingresos superaron los egresos por 48 pacientes; y el 2010, en que los ingresos superaron los egresos por 9 pacientes. En oposición, la cifra de los egresos excedentes -es decir, que superan el número de ingresos- combinados de los años restantes entre el 2001 y el 2013 es de 209 pacientes. Esto en un

contexto en que, tomando por ejemplo el año 2013, la institución contó con 3.582 ingresos, y un censo promedio diario entre los 483, 5 y los 525, 7 a lo largo del año (CCSS, 2013).

Para ubicar a los pacientes de vuelta en sus comunidades, refiere Uribe, se ha realizado esfuerzos de psicoeducación con las familias que deben recibirles, y se ha enfocado la rehabilitación a la adherencia al tratamiento²³. Los psicofármacos son, así, el principal recurso tecnológico del cual se puede servir el movimiento a la desinstitucionalización en el H.N.P., en tanto atenúan o suprimen algunos de los síntomas que provocan el ingreso hospitalario. No obstante estos en ocasiones se muestran insuficientes para garantizar la salida del o de la paciente (tal y como denota la categoría de paciente “refractario/a”), haciéndose necesario el uso de TEC. Siguiendo a la Dra. Uribe, si bien la TEC no puede “curar” a un paciente crónico, el uso de este procedimiento sí puede evitar que pacientes se “cronifiquen”, al implicar un acortamiento de las crisis o brotes.

En este sentido, cabe destacar las declaraciones de O., quien dice haber visto durante su formación profesional que la TEC era aplicada bajo “una lógica como de efectividad”, la cual requiere que “las estancias no sean tan prolongadas, porque esos son más recursos”; en este sentido “antes de darle un tiempo singular a una persona que está atravesando una crisis particular (...) se intenta forzar una eficacia, en una lógica de que las cuestiones resuelvan rápido” en el marco de “la producción hospitalaria” (O., psiquiatra, entrevista personal, 6 de junio del 2015). B., por su parte declara que en el H.N.P. se ha tenido experiencias en el pasado en las que no se ha contado con personal de anestesiología para administrar la TEC, de manera que el procedimiento no se ha aplicado. Durante ese

²³Sin embargo, dado que los psicofármacos resultan insuficientes, los programas de rehabilitación se sirven de otros recursos de corte psicoeducativo e intervenciones tendientes a la modificación conductual, aspectos sobre los que volveré en el último capítulo.

tiempo, asegura que “hemos visto diferencias significativas en cuanto a estancia de pacientes o pronóstico de pacientes que no la recibieron (...) en cuanto a días de estancia y en cuanto a número de internamientos consecutivos” (B., psiquiatra, miembro del comité de TEC, entrevista personal, 18 de mayo del 2015).

Una vez que el/la paciente ha sido sacado de su crisis vía TEC, argumenta la doctora Uribe, se le puede dar el egreso y mantenerle en su comunidad por medio de la administración de psicofármacos (charla ofrecida al grupo de Culturas, Instituciones y Subjetividades del Instituto de Investigaciones Sociales, 2013). Para esto no obstante se requiere del o de la paciente que asuma personalmente la necesidad de este consumo, y por tanto su condición de enfermo/a mental.

Lo anterior resulta problemático en tanto, siguiendo a Goffman (1961), no sólo la cotidianidad al interior del hospital psiquiátrico incide y moldea el yo del/de la paciente, sino además lo harán su mero ingreso y las condiciones de su salida. El personal de la institución psiquiátrica, viéndose en la necesidad de legitimar su rol profesional, tiende a tomar el internamiento de un sujeto como evidencia de que este se encuentra enfermo, procediendo en adelante a interpretar sus actos, presentes y pasados, como signos de un desequilibrio mental. Así, su historia personal estará sujeta a una re-lectura psiquiátrica, en la que a través de distintos episodios vistos en retrospectiva, se comprobará la presencia de un desorden, se supone, hasta ahora debidamente nombrado. Cualquier gesto de resistencia por parte del/de la interna frente al rol que se le asigna podrá ser objeto de idéntica valoración; si rehúsa explícitamente a identificarse con su diagnóstico, por ejemplo, se dirá

que carece de capacidad de *insight*²⁴, considerándose este un indicador de la gravedad de su trastorno. Para poder salir y mantenerse fuera del hospital, por tanto, conviene a los y las pacientes adoptar el discurso psiquiátrico acerca de sí, convalidando con ello la función de los y las psiquiatras como oferentes de un servicio sanador.

Thomas Szasz (2001) sintetizó lo que se juega para una persona al asumirse como “paciente” en este contexto, señalando que esta habría de estar dispuesta a aceptar según el discurso psiquiátrico bio-médico que: a) está enferma, b) quienes le recluyen están sanos, c) su imagen de sí misma es falsa, d) la imagen suya ofrecida por la institución es correcta, e) para cambiar su situación social debe renunciar a sus nociones enfermas, y f) ha de adoptar las nociones sanas de quienes tienen poder sobre ella. Elementos todos los cuales continúan estando presentes en la idea de tratamiento psiquiátrico sostenida desde el H.N.P., según intentaré mostrar a lo largo de este capítulo.

4.2. Un abordaje bio-médico con miras a un efecto comunitario

Según lo describe la Dra. Uribe el H.N.P., desde su arista orientada a la vida en comunidad, se propone meramente como un espacio en que las personas con “enfermedades mentales” pueden ir a “escondersé” de los demás, mientras que atraviesen una crisis o brote, evitándoseles así la “vergüenza” que podrían sentir tras realizar actos que transgreden las normas sociales (charla ofrecida al grupo de Culturas, Instituciones y Subjetividades del Instituto de Investigaciones Sociales, 2013).

²⁴La capacidad de insight es comprendida por la psiquiatría como el grado en que el sujeto se da cuenta de su enfermedad o funcionamiento psíquico. El Dr. Zeirith del HNP señala en su texto *El Examen Mental* (s.f., p.70) que “al reportar el insight, debemos indicar de qué se percata el individuo respecto a su funcionamiento psíquico. Por ejemplo, si se da cuenta de que está enfermo, pero que sufre una enfermedad orgánica no relacionada con la mente; o si tiene conciencia de que tiene problemas emocionales, o de que necesita tratamiento; o si cree que sus síntomas tienen relación con sus emociones; o si sabe que le falla la memoria, o el pensamiento; o que su conducta es inapropiada, etc.”

Durante este paso por la institución, según he discutido, se pretende que los y las pacientes se reconozcan como tales, adscribiéndose de esta forma a una explicación médica de su sufrimiento o inadecuación, necesaria para justificar el consumo sostenido de psicofármacos una vez devueltos a su comunidad. A través de esta operación, se coloca el origen del conflicto manifestado por los y las pacientes no en el sistema económico, familiar o comunitario en que habitan, sino en su funcionamiento neuroquímico. Se define así, desde la institución psiquiátrica y a través del aparato diagnóstico, qué reclamos y gestos de resistencia son dignos de tomarse como tales, y cuáles han de ser comprendidos como síntomas de una patología localizada al interior de la persona, a la que así se niega su posición de interlocutor/a potencial.

El rechazo al consumo de psicofármacos al interior de los hospitales psiquiátricos -lo muestran las memorias de ex pacientes tales como Kate Millet (1990) y Mindy Lewis (2002)- es a menudo interpretado como una señal de deterioro mental, provocando que a el/la paciente se le someta a mayores controles en sus actividades, se le aisle, e inclusive que se le administren medicaciones más fuertes. Como resultado, las pacientes egresadas pueden acabar por pensarse enteramente dependientes de los psicofármacos, tal y como ocurrió a Kate Millet, según lo narra ella misma. Por años después de su egreso, la autora consumió dosis diarias de Litio y asistió cotidianamente a sesiones de terapia en grupo, en que recurrentemente debía admitirse como una enferma mental en necesidad constante de su medicación. A pesar de que temía que su locura aflorara al dejar los medicamentos, Millett decidió detener el consumo de Litio, descubriéndose sin embargo como una persona serena y paciente al librarse de los efectos de la sustancia (De Young, 2010, p.152).

Por otro lado se debe tener en cuenta, según destacan autores como Nikolas Rose (2006) y Andrew Lakoff (2005), que en la psiquiatría biomédica la *mirada neuromolecular* –según la llama Rose-, o *la razón farmacológica* -tal y como la denomina Lakoff-, al trazar causalidades neuroquímicas para comprender los afectos, cognición y volición humanas, producen una nueva subjetividad, un “yo farmacológico”, ofrecido al consumo del público general: a partir de la información disponible en periódicos, revistas, programas de televisión e internet, los “pre-pacientes” (Goffman, 1961) pueden empezar a comprender sus comportamientos y emociones extrañas o indeseables como vagamente originadas en procesos sinápticos, susceptibles a alteraciones que desencadenan desbalances neuroquímicos, cuya reparación depende de la acción de los psicofármacos. En el ámbito institucional, es posible que los y las pacientes sean quienes en ocasiones demanden a su psiquiatra, a quien atribuyen el conocimiento experto y los medios para resolver un sufrimiento que experimentan como insoportable o incompatible con la vida funcional, que les facilite el tratamiento necesario para eliminar sus síntomas.

“Tal vez (quisiera) agregar que también hay una demanda del paciente en muchos casos, sobre todo en internamientos prolongados, en que el paciente quiere salir, y también el paciente tiene derecho pues como a retomar su vida... Porque sí: ok, (hay que) acortar estancia hospitalaria, pero también procurar que el paciente pueda retomar y seguir adelante con su vida” (N., psiquiatra, entrevista del 2015).

Según describe N., desde la formación en psiquiatría “a uno le enseñan que tiene que quitar el síntoma”, mandato que pacientes reproducen en forma de demanda: “dependiendo del paciente, el paciente quiere, y te demanda, te exige, vuelve en esta cuestión de que necesita que le quitemos el síntoma” a pesar de que “no en todos los casos es posible” (N.,

psiquiatra, entrevista del 2015). De ahí que, al fallar los psicofármacos en suprimir el malestar, haya pacientes que soliciten por su cuenta que se les administre TEC. Los y las psiquiatras, veremos más adelante, por su parte se sienten en la obligación profesional de ofrecer todas las líneas médicas de acción posibles, para responder a la solicitud del/de la paciente.

“Yo tengo un paciente –de hecho fue uno de esos tres a los que le he dado TEC-, que es un psicótico, pero digamos, él hace el insight de sus síntomas, y hace una depresión, porque dice “yo no voy a poder funcionar en lo que yo quería” verdad, “tener una familia, tener mis hijos, buscarme empleo”, y entonces comienzo yo a tratar lo de la depresión y sin éxito, y él en algún momento sí me dijo “doctora, yo ya estuve leyendo en Internet, sé que ya probamos este medicamento, ya probamos éste, ya probamos éste... ¿usted cree que sea posible aquí el TEC? ¿Será posible que yo acceda a ese tratamiento?” me sorprendió, verdad, porque el TEC es sumamente estigmatizado desde el cine popular y todo... me sorprendió mucho” (T., psiquiatra, entrevista del 2015).

El mandato a la eficiencia en sus funciones determina también la forma en que los y las psiquiatras atienden a los y las pacientes en el H.N.P. Estos deben procurar producir egresos que impliquen la menor inversión posible de su tiempo y de los recursos del Hospital, nuevamente dirigiendo su accionar hacia la instrumentación de psicofármacos y TEC, fundamentados en una versión despolitizante del malestar de los y las pacientes.

“(...) yo creo que hay muchas cosas que deberían cambiar, desde el sistema que tiene que ver con todo lo que es dar atención psiquiátrica. Y que tiene que ver con

la institucionalidad psiquiátrica, pero que es un conflicto de todo el sistema de salud nacional. Porque como vos sabés los psiquiatras tienen 15 minutos a media hora, cuando son casos nuevos, para escuchar a alguien en una consulta externa. Primera vez que me llega un paciente, y tengo que hacer recetas y tengo que hacer todo el papeleo burocrático y un montón de cosas que se le demanda a uno, desde compromisos de gestión... bueno, un sinfín de cosas burocráticas, que al final, todo eso satura la escucha” (L., psiquiatra, entrevista del 2015).

Según destacué en el capítulo anterior, estas limitaciones dificultan enormemente que en el contexto del hospital público se dé abordajes terapéuticos sensibles a la situación particular de los y las pacientes, apostándose en cambio por soluciones generalizadas y pre-determinadas a sufrimientos particulares.

A nivel de formación en psiquiatría, de igual forma, persisten tensiones entre el enfoque comunitario y el biomédico en torno a la “Salud Mental”. Así, si bien se ha incorporado al programa de estudios de los y las residentes en psiquiatría un año adicional dedicado a la rotación en programas comunitarios, según algunos de los y las entrevistadas, perduran en la cotidianidad de los y las residentes normas, exigencias y rituales que direccionan su atención hacia la administración de tratamientos biológicos y en detrimento de la escucha a la historia personal y contexto social de los y las pacientes.

“Yo también soy profesora de los residentes, los que se están formando para psiquiatras (...) y siempre hay como una queja de ellos de estar invadidos por un sistema, académico e institucional. Cuando ellos quieren tener apertura, escuchar a alguien, no tienen tiempo, están contratiempo, hay muchos pacientes, el pabellón

está saturado, hay que dar camas, porque hay mil personas en emergencias que necesitan ocupar esas camas, hay que sacarlos rápido. Entonces hay todo un aparato detrás que te demanda eso, y esto satura la escucha. No se escucha, no se logra escuchar el sufrimiento de esa persona, de ese sujeto que llega con algo, con un deseo de ser escuchado, con una demanda de que “algo me pasa”, de que hay malestar. Entonces simplemente al dar la medicación o dar el TEC, lo que se quiere es ver si, desde la psiquiatría descriptiva nosológica, el síntoma resuelve, y si el síntoma resuelve usted puede irse a su casa, y seguir. Pero el trasfondo que esa persona está sufriendo no se logra escuchar” (L., psiquiatra, entrevista del 2015).

Confluyen así para los y las psiquiatras que trabajan o llevan a cabo su residencia en el H.N.P. las demandas de 1) devolver a los y las pacientes a su comunidad, en la medida de lo posible, habiendo suprimido aquellos comportamientos y afectos que les resultan perturbadores a pacientes o sus familiares, 2) realizar esta tarea de la forma más eficiente posible, reduciendo costos y librando camas a un ritmo acelerado, para permitir nuevos ingresos, y 3) llevar a cabo estas tareas obedeciendo a los parámetros vigentes de legitimidad social (desde el discurso científico, etc.); todas ellas exigencias que inclinan a la psiquiatría hacia el uso compulsivo y a menudo poco reflexivo de recursos psicofarmacológicos, y de fallar estos la TEC, ambos amparados de forma vaga y contradictoria en la evidencia científica.

A partir de las entrevistas es posible comprobar cómo en la formación de los y las residentes se les entrena para no interrogarse respecto a la función social de los psiquiatras, ni los métodos por medio de los cuales dicha función habría de ejercerse. Esto se hace patente en la forma en que, en la residencia, se aprende a utilizar la TEC. Según detalla X.

“cuando uno ingresa a la residencia de psiquiatría se supone que todo el primer año es de dar TEC. Hay una rotación específica cierto número de veces dependiendo de los tiempos del año a dar TEC”. Al respecto L. agrega:

“Mi experiencia con la TEC ha sido principalmente durante mi formación como residente, que fue en la residencia de psiquiatría posgrado de la UCR-CENDEISSS, y generalmente nos obligan, realmente es obligatorio. Los residentes de primer año son los que realizan la práctica del TEC, en compañía de un anestesiólogo y los enfermeros que están a cargo de los cuidados post-TEC y cuidados pre-TEC. (...) Generalmente el residente estaba a cargo no del caso, sino de dar la TEC, le daba el TEC a todos los casos que llegaban, puede ser que dentro de esos casos existiera un caso que uno estaba viendo con el supervisor psiquiátrico. Entonces sí podía darle seguimiento al caso. Pero no en todos los casos. A veces uno sólo llegaba y tenía que darlo” (L., psiquiatra, entrevista del 2015).

La administración de la TEC fue obligatoria para los y las psiquiatras entrevistadas durante su primer año de residencia –a excepción de X. quien ingresó en el 2008, año en que no se había podido cubrir la plaza de anestesista para TEC en el H.N.P.-, en el que sin embargo los conocimientos respecto a su mecanismo de acción y posibles efectos eran escasos; según manifiesta T.:

“Si bien teníamos algún gradito de formación en la parte como más teórica, eso nunca fue el fuerte; era como “esto se hace así, usted pone el electrodo aquí, dale el estímulo y ciao”, verdad, nunca hubo como una introducción apropiada al tema,

que ya eso habla de otras carencias desde la formación de los residentes” (T., psiquiatra, entrevista del 2015).

A lo que se agrega el hecho de que, tal y como describe L., en muchas ocasiones tampoco existía la posibilidad de dar seguimiento a los y las pacientes a las cuales se administraba el procedimiento, de manera tal que se desconocía el detalle de las razones por las cuales se les había indicado TEC, su evolución posterior al tratamiento, los efectos secundarios sufridos, si posteriormente hubo recaídas, etc.

“También a mí me pareció una cuestión sumamente violenta para la formación con uno mismo, como psiquiatra, ponerlo a dar TEC de forma impositiva, a un sujeto que usted desconoce, a un sujeto... prácticamente es una función puramente mecánica, que la podría hacer hasta una computadora, si existiera la posibilidad... lo que media es regular una carga eléctrica y apretar dos botones... y un estudiante de psiquiatría se ve sometido a hacer eso, sin tener siquiera los referentes que ahora estamos planteándonos como pregunta, sin tener siquiera una formación... bueno, si lo pensamos, la formación misma no va a hacer una autocrítica tan fuerte... pero ni siquiera los insumos básicos para, en ese momento de esa práctica, comprender más a profundidad qué es lo que está haciendo” (O., psiquiatra, entrevista del 2015).

La administración de la TEC durante el primer año de residencia parece desarrollarse en un programa de disciplinamiento y como un rito de iniciación, en que se exige a estudiantes inexperimentados, a partir de informaciones parciales, hacer uso precisamente de uno de los procedimientos más cuestionados de la psiquiatría, sobre personas a menudo

totalmente desconocidas, y a las cuales no podrán dar seguimiento. La anterior tiene un efecto socializante sobre los y las residentes, a quienes a través de este acto de obediencia se prepara para asumirse como psiquiatras. Según describen algunos entrevistados: cuando “está uno en la residencia, uno es el último eslabón de un montón mecanismos, de un aparato vertical”, en el que su función es ser “mandado” (T., psiquiatra, entrevista del 2015).

La socialización de los y las psiquiatras además parece estar en manos no sólo de otros profesionales de su gremio, sino del personal hospitalario como un todo, adscrito al paradigma médico para el abordaje del sufrimiento humano. Los y las entrevistadas destacan que si bien el enfoque al tratamiento dentro del hospital se propone como “integral”, incorporando a profesionales de formaciones distintas en la atención a los y las pacientes (trabajo social, psicología, enfermería), la mayoría de este personal responde en su abordaje a una lógica biologista. Algunas/os de los entrevistados señalaron una tendencia generalizada, desde distintas profesiones orientadas a las ciencias sociales, a adoptar el paradigma médico como marco interpretativo y de acción, entre estas la psicología -progresivamente ligada a las neurociencias y promovida por algunos como una ciencia de la salud, y no una ciencia social-, y el trabajo social.

“Para el paradigma médico y el paradigma digamos de la medicalización, los que refuerzan más son a veces los psicólogos. Yo trabajo con psicólogos donde yo estoy haciendo intervención psicoterapéutica con un paciente, con intervención en crisis, y lo que llega el psicólogo a decir es “¿por qué no le cambiaste la medicina?” o “¿por qué no le das este otro medicamento?”. Entonces ya con esa contradicción, uno dice: estamos evolucionando algo terrible” (L., psiquiatra, entrevista del 2015).

En este sentido, O. llama la atención sobre el hecho de que el abordaje multidisciplinario a la atención en salud mental se articula, al interior de los hospitales, sobre los ejes del llamado “diagnóstico multiaxial” propuesto desde los Manuales Diagnósticos Estadísticos (DSM), a saber: Trastornos clínicos (eje I), Trastornos de personalidad (eje II), Enfermedades médicas (eje III), Problemas psicosociales (eje IV), y Evaluación de la actividad global (eje V); donde a los distintos profesionales les correspondería hacerse cargo de diferentes ejes, definidos sin embargo desde una óptica de psiquiatría biomédica.

“Ahora es una cuestión de que el paradigma psiquiátrico tiene distintas figuras. Entonces hay modalidades, sí, de intervención multidisciplinaria, pero ¿de qué paradigma? Hay modalidades de atención en rehabilitación ¿pero desde qué paradigma? ¿o desde qué episteme? Porque entonces ya no es solo el psiquiatra el de la gabacha, el que medica y da TEC, sino que los defensores de esa medicalización, son los profesionales de salud” (O., psiquiatra, entrevista del 2015).

Según algunas/os de los entrevistados, la lógica “biologista” no sólo prevalece dentro del Hospital, sino que además es presionada desde otras instituciones que pretenden solucionar problemáticas sociales desde el individuo y a través del uso de psicofármacos:

“Te internan un paciente en el pabellón de adolescentes del psiquiátrico, del PANI, para que usted le cure, por medio de fármacos, trastornos de conducta... toda su experiencia de vida. Y ese es el mandato. Y uno dice ¿será que los del PANI son más biologists que uno? (...) y no es solo el PANI, estamos hablando del Ministerio de Justicia, del INAMU, de un montón de instituciones (...) Este

discurso de la psicofarmacología está metido en todo mundo, creen que con un medicamento se van a solucionar todos los malestares psíquicos de un paciente” (T., psiquiatra, entrevista del 2015).

Ante la dinámica descrita por T. cabe remitirse al cuestionamiento lanzado a la institucionalidad psiquiátrica por autores como Thomas Szasz (2001), a saber: ¿están diseñados los hospitales psiquiátricos tradicionales, realmente, para funcionar en beneficio del/de la paciente? Según Szasz, el sistema de hospitales psiquiátricos está encargado de promover ciertos valores y reprimir otros –aquellos que se manifiestan en la conducta “enferma” de los y las pacientes-, de manera que si los hospitales se propusieran apoyar a estos individuos en sus intereses y no en defender los del sistema social, tendría que engañar a la comunidad respecto a sus propósitos. Lo aquí señalado por T. parece apoyar el razonamiento de Szasz, según el cual las demandas de la comunidad tienen prioridad, en el contexto psiquiátrico institucional, por sobre el interés del/de la paciente. Las personas referidas por otras instituciones devienen pacientes psiquiátricos/os en la medida en que sus problemáticas son progresivamente definidas como ocasionadas por la presencia de “enfermedades mentales” y por tanto susceptibles de ser intervenidas desde una lógica psicofarmacológica. Así, el rango de situaciones personales y sociales a las cuales se espera que responda la psiquiatría continúa ampliándose, paradójicamente, a pesar de la intención manifiesta en la *Política Nacional* de restarle protagonismo a la psiquiatría en lo que respecta al abordaje de la “Salud Mental”. Si bien se propone un modelo de “Salud Mental” direccionado a garantizar la vida en comunidad, el modelo de convivencia comunitaria sostenido por múltiples instituciones, y que se desprende de lo hasta aquí

discutido, parece depender de la individualización de las problemáticas y la negación del conflicto social, el cual pretende eliminarse en el sujeto mismo.

4.3. El criterio técnico como legitimación del sentido común local

“Si nosotros abogamos a lo que son documentos oficiales, la primera guía oficial sobre uso de la TEC se emitió en el hospital en el 93. Entonces, y justamente si usted lo quiere corroborar o lo quiere correlacionar con la parte de lo que [la Declaración de] Caracas nos ponía a cuestionarnos a nosotros mismos, concuerda mucho la fecha, y no es por casualidad” (B., psiquiatra, entrevista del 2015)

Anteriormente me referí a la obediencia exigida a los y las residentes en la aplicación de TEC, durante el primer año de práctica, como un mecanismo de socialización en el rol del/de la psiquiatra. Esta afirmación puede parecer contradictoria en tanto, una vez colocados como médicos asistentes dentro del hospital, los y las psiquiatras se posicionan en la jerarquía más alta entre el personal que trabaja directamente con los y las pacientes. Asimismo, los y las psiquiatras han asumido históricamente un lugar de autoridad con respecto a los “enfermos” que tratan. Sin embargo, los y las médicos asistentes del H.N.P. y otros hospitales públicos se encuentran sujetos a múltiples exigencias en su trabajo cotidiano, desde las formales –por ejemplo, asignar un diagnóstico listado en los manuales diagnósticos DSM o CIE a todo/a paciente a la que se brinde tratamiento-, hasta las que tienen implicaciones directas en la atención a pacientes –pues ante el fracaso en egresar a un/a paciente después de un tiempo determinado, deberán atenerse a las decisiones de una Junta conformada para evaluar el caso-.

En general, según han expresado algunos entrevistados, existe una serie de normas que rigen la forma en que los y las psiquiatras deben presentarse ante el resto del personal –por ejemplo, se les demanda el uso de una bata blanca al interior del hospital, que en principio les diferencia de los y las no-psiquiatras-, así como sus relaciones con los y las pacientes –con quienes han de mantener una distancia social considerable, arriesgando si no que sea cuestionado su profesionalismo²⁵-, y que de ser transgredidas pueden provocar sanciones, formales o informales, a nivel institucional (L, psiquiatra, entrevista del 2015). En síntesis, el estatus de psiquiatra no se obtiene definitivamente tras finalizar los estudios de posgrado, en los que sin embargo se forma a los y las residentes en la *performatividad* psiquiátrica.

Entiendo aquí, con Judith Butler (2004), el concepto de performatividad como la repetición estilizada de actos a través del tiempo, y que en su conjunto producen la apariencia de una sustancia o identidad natural. Si bien la autora desarrolla este concepto para describir la forma en que la identidad sexual o genérica se construye, diferenciándose de ella la función psiquiátrica en tanto tiene un carácter reconocidamente artificial o secundario, no se puede dejar de lado que la psiquiatría biomédica sí inscribe una oposición que remite a lo biológico: aquella entre las personas mentalmente sanas y las enfermas, y que daría origen a la necesidad social –no obstante originada en la naturaleza– de que existan profesionales en psiquiatría. En este sentido, los y las psiquiatras se reafirman como tales en la medida en que asignan a ciertos sujetos la categoría –negada en

²⁵Una “buena” relación terapéutica puede ser descrita desde la psiquiatría biomédica, según lo hacen Kaplan y Sadock (2007, p.1) en la edición 10 de su libro *Synopsis of Psychiatry*, como aquella en la que los y las psiquiatras muestran “compasión”, establecen “autoridad como doctores y terapeutas”, y ostentan “experticia” ante los y las pacientes. Esta distribución desigual del control del intercambio y el saber asumido respecto a la situación del/de la paciente se consideran elementos necesarios para una intervención psiquiátrica “efectiva”.

su carácter político- de “enfermos mentales”, procurando distanciarse en su discurso, afectividad y comportamientos de los y las pacientes, acerca de los cuales deben desplegar un conocimiento experto²⁶. Los y las psiquiatras así deben renovar de manera continua su pertenencia y lealtad hacia el gremio, realizando ciertos actos considerados deseables –aun cuando no sean inherentes al trabajo clínico-, y absteniéndose de incurrir en comportamientos definidos como incompatibles con su función social, sujetos a monitoreo al interior de la institución.

Cabe tener en cuenta además que, dentro del hospital, el acontecer diario es regido por una serie de procesos más o menos automatizados, asimilados en un sentido común local, y por tanto raramente cuestionados por el personal. Según Goffman (1961), una de las cualidades que caracterizan a las “instituciones totales” –cárceles, hospitales psiquiátricos, orfanatos, campos de concentración, etc.-, es que definen sus objetivos para proveer un significado estratégico, contando así con una perspectiva preparada para justificar toda clase de decisiones. Esto implica que, dentro de la institución psiquiátrica, cualquier condición a la que se someta a los y las pacientes o inclusive al personal, sea por conveniencia económica, falta de otros recursos, motivos disciplinarios, etc., es en principio susceptible de ser justificada en términos terapéuticos. Sin embargo, la psiquiatría biomédica en la actualidad ha desarrollado un aparato conceptual e investigativo según el cual se habría de determinar qué es terapéutico y qué no, a saber, la

²⁶Un ejemplo de la forma en que a nivel discursivo la identidad de los y las psiquiatras se funda sobre su oposición al colectivo de los y las “enfermas mentales”, lo ofrece la *Synopsis of psychiatry* de Kaplan y Sadock (2007), quienes proponen que la empatía es “una característica esencial de los y las psiquiatras, pero no es una capacidad humana universal”, inmediatamente estableciendo que “Una incapacidad para el entendimiento normal de lo que otras personas están sintiendo parece ser central a ciertas perturbaciones de la personalidad...” (p.1). La diferencia natural entre psiquiatras y “enfermos/as mentales” está implicada en tales afirmaciones dado que, según los autores, la capacidad de empatía es algo que aunque se puede entrenar, se trae –o no- de nacimiento.

Psiquiatría basada en la evidencia. En este contexto, intentaré mostrarlo, las guías y los protocolos –que explicitan y norman de anticipado algunos de los patrones de acción seguidos en el hospital ante determinadas situaciones- asumen el lugar de esta “perspectiva preparada”, ahora sustentada en una racionalidad científica.

Volviendo al caso que aquí nos concierne, cabe destacar que no todos los y las psiquiatras entrevistadas expresaron tener algún conflicto con la aplicación obligatoria de TEC durante su primer año como residentes, incluyendo las disposiciones con que la tarea se llevó a cabo. Así, W. argumenta que si bien durante la residencia se desconoce a muchos de los y las pacientes a quienes se administra el procedimiento “en principio [el caso de la o el receptor de TEC] ya había pasado por una revisión por el médico asistente que está a cargo del paciente, y del comité [de TEC]”. Es responsabilidad del médico asistente y el comité de TEC, por tanto, asegurarse de que el o la paciente sea candidato a TEC, mientras que corresponde al “anestesista, por ejemplo, y el personal de enfermería, saber cuáles son las condiciones del paciente, saber por ejemplo si ha estado resfriado, si efectivamente cumplió el ayuno” (W., psiquiatra, entrevista del 2015), dejando como única responsabilidad de los y las estudiantes aplicar el procedimiento.

W. sitúa la administración de la TEC por parte de los y las residentes como el último paso en una cadena formalizada de atención psiquiátrica, confiada al seguimiento de una serie de etapas predeterminadas. Cada una de estas etapas depende del visto bueno por parte de especialistas encargados de atender a diferentes dimensiones de la persona, a lo largo de distintos momentos del proceso: una división de tareas que se demanda desde los protocolos.

Los protocolos distribuyen las responsabilidades ante el/la paciente entre los miembros de un equipo interdisciplinario: al/a la médico de cabecera, corresponde indicar la TEC y dar seguimiento al caso durante el internamiento; el Comité de TEC (introducido en el protocolo del 2006), está encargado de evaluar el caso, cerciorarse de que cumpla con los requisitos, y de que no exista una contraindicación absoluta para el procedimiento; el/la médico anesthesióloga debe administrar la anestesia durante el procedimiento y hacerse responsable de los riesgos que esto conlleva; el médico tratante –puesto asumido por los y las residentes- debe aplicar el tratamiento; el personal de enfermería queda a cargo de los cuidados pre y post-TEC; mientras que al/a la asistente del paciente se le asigna la tarea de trasladar el equipo.

Según discutí anteriormente, al verse instaurada la razón farmacológica en psiquiatría, se siguió una tendencia hacia la progresiva depositación de la autoridad del/de la psiquiatra no en su experiencia, sino en su capacidad para ejercer la profesión según una racionalidad concreta (correspondiente al uso de estudios clínicos como medios investigativos, así como el seguimiento de protocolos y lineamientos basados en este tipo de evidencia). Según detallé en el capítulo anterior, los y las psiquiatras entrevistadas diferencian el uso actual de la TEC, respecto al que se le dio en décadas anteriores, remitiendo a dicho cambio. Estos proponen que la aplicación del procedimiento, previo a la implementación de protocolos, tenía un carácter arbitrario y abusivo, destacando que ahora la decisión de dar TEC obedece a regulaciones científicamente rigurosas.

Si bien el conocimiento psiquiátrico desde el cual se avala el uso actual de la TEC, según he intentado mostrar en el capítulo anterior, está sujeto a profundas inconsistencias que le son inevitables, esto no ha evitado que se atribuya legitimidad social a aquellos

productos (conceptuales y tecnológicos) filtrados por los estándares imperantes en la psiquiatría biomédica. Muy al contrario, inclusive el discurso de los derechos de los y las pacientes psiquiátricas podría haber contribuido a producir el estatus de que goza el conocimiento psiquiátrico biomédico en la actualidad.

El mandato al uso de estudios clínicos, lineamientos y protocolos –que según he destacado, se encuentra en la base de la producción y mercadeo de psicofármacos-, no es ajeno al proyecto de psiquiatría propuesto desde la *Declaración de Caracas*. Esta, al igual que otras iniciativas jurídicas tendientes a defender los derechos humanos de los y las paciente psiquiátricas, recoge esfuerzos por evitar que reciban tratamientos perjudiciales, degradantes o punitivos. En este sentido la *Declaración* exige de los tratamientos y procedimientos en psiquiatría que estén basados “en criterios racionales y técnicamente adecuados”, siendo dicha racionalidad y adecuación definidas, en lo concreto, desde la llamada Psiquiatría basada en la evidencia.

Es a partir de la firma de la *Declaración de Caracas*, señala Rodríguez (1993), que en el Hospital Nacional Psiquiátrico se empieza a aplicar las normas sobre las indicaciones y uso de la TEC. El mismo año en que se firmó este documento, se publican las primeras *Normas generales para tratamiento electroconvulsivo* en el H.N.P., las cuales ya denotan la adopción del discurso de las Psiquiatría basada en la evidencia. En estas se establece que el uso de la TEC requiere de un diagnóstico preciso, una indicación adecuada, y una aplicación segura, todos los cuales lo convertirían en un tratamiento “eficaz y con riesgos mínimos” (Echeverría, Lizano, Tinoco y Sánchez, 1993, p.26). Asimismo, respecto a las indicaciones diagnósticas para el procedimiento, los autores señalan que son aquellos

“trastornos para los cuales existe suficiente evidencia clínica y bibliográfica, que asegura la eficacia y utilidad del TEC” (p.27).

Los *Principios* de la ONU (1991), por su parte, hacen un llamado a que “la determinación de que una persona padece una enfermedad mental” se formule “con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente” (principio 4) y a que todo/a paciente tenga derecho a ser “tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos” (principio 8). Según se sigue, para que una persona reciba un tratamiento psiquiátrico, esta debe contar con un diagnóstico internacionalmente reconocido y al que se ha llegado siguiendo una serie de pasos igualmente predeterminados, el cual señalaría una línea de acción a seguir, en la medida de lo posible, idéntica a la propuesta para otros pacientes que compartan su diagnóstico.

Tal y como mostré en el capítulo anterior, las categorías diagnósticas desde las cuales opera la psiquiatría -a cargo de la Asociación Americana de Psiquiatría desde hace más de cien años, según destaca Allen Frances (2013)- han proliferado con el pasar del tiempo, respondiendo a la producción de psicofármacos así como a necesidades institucionales en tensión con demandas sociales. Como guías de acción, los trastornos mentales han variado además históricamente en su definición y los límites que se les atribuyen, disminuyéndose progresivamente el umbral de lo que se considera patológico. Sin embargo, desde el marco ofrecido por los *Principios* de la ONU (1991), no se problematiza la forma en que estas categorías se producen, ni a qué responden en su especificidad.

Los *Principios* de la ONU (1991), en su llamado a la estandarización, tampoco cuestionan el desplazamiento de la autoridad del psiquiatra individual hacia las grandes asociaciones de psiquiatras, que centralizan la producción de lineamientos, extendiendo su influencia a nivel global. Así, órganos como la APA exportan sus recomendaciones y guías, no solo para el uso de TEC en particular, sino además para el tratamiento de trastornos específicos, tales como la “depresión” y la “esquizofrenia”, a países consumidores que las adoptan según sus posibilidades y culturas locales.

Al interior de estos países, según veremos con el caso de Estados Unidos, la producción de información y estándares oficiales en torno al uso de la TEC parece estar mayoritariamente en manos de un grupo reducido de psiquiatras, involucrados con el trabajo académico, la industria manufacturera y la producción de guías para el uso de TEC.

Según lo revelado por la Citizens Commission on Human Rights (CCHR, s.f.), una organización no-lucrativa dedicada a la denuncia de las violaciones en derechos humanos en el ámbito de la “Salud Mental”, existe un grupo de psiquiatras estadounidenses vinculados entre sí que se dedican, frecuentemente de manera simultánea, a la investigación subvencionada en TEC, las consultorías con empresas manufactureras o inclusive la dirección de las mismas, la divulgación de trabajos científicos en torno al tema, y la producción de guías para el uso del procedimiento por parte de la APA. Entre este grupo han participado en la elaboración de materiales para la APA:

Tabla 3.1. Conflictos de interés en la producción académica en torno a la TEC

| | Universidad / Hospital | FDA | NIMH | APA | Journal of ECT | Empresas manufactureras |
|----------------------|--|---|--|--|---|--|
| Dr. Matthew Rudorfer | | | Administra y supervisa dinero de subvenciones por la NIMH | Miembro de la Fuerza Especial en TEC entre 1987-1990 | Miembro del consejo editorial <i>Journal of ECT</i> | Consultor para MECTA y Somatics, Inc. |
| Dr. Harold Sackeim | Profesor de psicología clínica en Psiquiatría y Radiología, Universidad Columbia | | Desde 1981 empieza a recibir subvenciones por parte de NIMH para estudiar "consecuencias afectivas y cognitivas de la TEC". Miembro del comité para Conferencia de Consenso sobre la TEC de la NIMH en 1985 | Miembro de la Fuerza Especial en TEC durante 2001 | Miembro del consejo editorial <i>Journal of ECT</i> | Consultor e investigador financiado por Somatics, Inc. y MECTA MECTA financió sus estudios en TEC |
| Dr. Richard Weiner | Profesor de psiquiatría Escuela de Medicina de la Universidad Duke | Testificó ante la el Panel de Aparatos Neurológicos de la FDA en enero 2011 a favor de que la TEC fuera calificada con un menor nivel | Parte de la Conferencia de Consenso sobre la TEC de la NIMH en 1985 Recibe subvenciones de la NIMH para | Presidente de la Fuerza Especial en TEC de la APA en 1990 A cargo de la campaña de lobby de la APA en la FDA | | Consultor para Somatics, Inc. Ha aparecido, en calidad de experto, en un vídeo de MECTA acerca de la TEC, y escrito manuales de instrucciones para la empresa. |

| | Universidad / Hospital | FDA | NIMH | APA | Journal of ECT | Empresas manufactureras |
|-------------------------|---|--|-------------------------------|--|---|---|
| | | de riesgo. | investigar la TEC desde 1978. | | | En 2005 estuvo en el la Oficina de Voceros en MECTA. Co-inventor de una patente cuya licencia tiene MECTA. |
| Richard Abrams | Profesor en Psiquiatría de la Escuela Médica de la Universidad de Chicago | | | Listado como comentador para el borrador de la Fuerza Especial en TEC de la APA en 1990, en el que 9 de sus 10 publicaciones fueron citadas como referencias bibliográficas. | | En 1983 empieza su propia empresa de manufactura de TEC, Somatics, Inc. con Conrad. |
| Sarah H. Lisanby, M.D., | | Ha sido miembro del Panel de Aparatos Neurológicos de la FDA. Ha argumentado que es poco probable que las empresas de manufactura de TEC puedan financiar los estudios para que el procedimiento sea | | Presidente de la Fuerza Especial en TEC del 2010 | Miembro del consejo editorial del <i>Journal of ECT</i> | |

| | Universidad / Hospital | FDA | NIMH | APA | Journal of ECT | Empresas manufactureras |
|------------------------|---|---|--|--|---|--|
| | | aprobado como Clase II. | | | | |
| Dr. Charles H. Kellner | Director del servicio de TEC en el Hospital Mount Sinai en Nueva York | | | Miembro de la Fuerza Especial en TEC de la APA 2001 y 2010 | Entre 1994-2004 fue el Editor en Jefe del <i>Journal of ECT</i> | Consultor de Somatics, Inc. y MECTA Entre 1993-1998, organizó un curso de entrenamiento anual de dos días para psiquiatras, financiado parcialmente con subvenciones educativas de Somatics, Inc. y MECTA |
| Andrew Krystal, Md | Profesor en el departamento de psiquiatría y ciencias de la conducta de la Universidad de Duke | | Ha recibido financiamiento de la NIMH para estudiar formas de mejorar la efectividad de la TEC | Miembro de la Fuerza Especial en TEC de la APA en 2010 | | Junto con Richard Weiner inventó la patente de Duke cuya licencia ahora pertenece a MECTA |
| Dr. Husain Mustafa | Profesor de Psiquiatría en el Centro Médico Sudoeste de la Universidad de Texas y director de sus servicios en TEC. | En el año 2008, tras una inspección de su espacio clínico, la FDA concluyó que existían violaciones serias, relacionadas con la falta de registros médicos y la | Ha recibido financiamiento de la NIMH | Miembro de la Fuerza Especial en TEC de la APA en 2010 | Miembro del consejo editorial del <i>ECT Journal</i> | |

| | Universidad / Hospital | FDA | NIMH | APA | Journal of ECT | Empresas manufactureras |
|------------------|---|--|--|---|-----------------------|--|
| | | implementación inapropiada del consentimiento informado. | | | | |
| Dr. Max Fink, | Profesor Emérito de Psiquiatría y Neurología, considerado el “abuelo de la TEC” | | En 1997, fue el investigador principal en un grupo de estudio colaborativo multicentro conocido como CORE (Consortium for Research in ECT) financiado con subvenciones de la NIMH. | Miembro de la Fuerza Especial en TEC de la APA en 1978, participó de la Fuerza Especial de 1990, en la cual se hizo un borrador de los lineamientos para su uso. | | Ha realizado múltiples vídeos acerca de la TEC, que vende a hospitales en alrededor de \$350, y sirven para administrar el procedimiento. Afirmo haber recibido \$18,000 de Somatics, Inc. por los derechos de los vídeos. |
| William McDonald | Profesor de psiquiatría en la Universidad de Emory | Asistió a la reunión del Panel de Aparatos Neurológicos de la FDA en 2011, abogando por que la categoría de peligrosidad de la TEC fuera disminuida. | Ha recibido financiamiento de la NIMH | Preside el Comité en TEC y otras terapias electromagnéticas de la APA y es miembro del Consejo de Investigación de la APA Miembro de la Fuerza Especial en TEC de la APA en 2010 | | |

Cuadro de elaboración propia con base en CCHR, (s.f.)

Tal y como lo muestra el cuadro, la investigación estadounidense en torno a la TEC se desarrolla en un panorama en el cual el financiamiento de entidades públicas tales como la FDA y la NIMH es otorgado a académicos que tienen intereses privados a favor de la TEC, tales como la clínica privada y vínculos con las empresas manufactureras. Así por ejemplo el Dr. Sackeim recibió financiamiento tanto por parte de la NIMH como de las empresas Somatics, Inc. y MECTA para investigar este procedimiento, además de participar en la Fuerza Especial de la APA para el año 2001.

Según se desprende del cuadro, además, 7 de los 10 psiquiatras que en este grupo colaboraron directa o indirectamente con la APA, en el desarrollo de guías prácticas e investigación en TEC, mantenían o tuvieron vínculos económicos con las empresas manufactureras MECTA y Somatics, Inc.

La tendencia por parte de la APA a omitir los conflictos de interés que median la producción de sus guías ha sido ya denunciada por Cameron desde 1994, en su crítica a las recomendaciones de la Fuerza Especial en TEC (1990), dirigidas a especificar el “cuidado estándar” en su administración. Para esta ocasión la APA reunió a Weiner –consultor de Somatics, Inc. y co-inventor de una patente comprada por MECTA-, Fink –quien aparecía en vídeos promocionales vendidos a MECTA en 1986 negando cualquier riesgo de pérdida de memoria post-TEC-, y Sackeim –financiado en sus estudios por MECTA y que aparecía en un vídeo promocional para esta empresa en 1987- quienes componían la mitad del grupo a cargo. Abrams –dueño de la empresa Somatics, Inc.- por su parte fue el autor más citado como referente en el tema. Asimismo, numerosos libros, vídeos y folletos creados y mercadeados por las empresas son mencionados en el apéndice de este reporte, en que además se citan los nombres y las direcciones de las entonces cuatro empresas

manufactureras de los artefactos existentes en Estados Unidos. A todo esto, Cameron sugería que quizá un nombre más apropiado para el documento fuera “El reporte de la Fuerza Especial de los Manufactureros” (Cameron, 1994).

Krystal y Weiner –co-inventores de la patente de TEC vendida a MECTA- se encuentran asimismo entre los cuatro autores responsables del *Manual Clínico de Terapia Electroconvulsiva* de la APA (2010). Este a su vez cita entre su bibliografía recomendada para profesionales en salud: un libro de Abrams, las recomendaciones de la APA (2001) – desarrolladas por la Fuerza Especial en la que participaron Kellner, consultor de Somatics, Inc., y Sackeim-; y el *Journal of ECT* -en cuyo consejo editorial han participado cuatro de los autores mencionados: Melton, consultor de Somatics, Inc., Lisanby, quien defendió a las manufactureras de TEC frente a la FDA, Kellner, y Mustafa, quien a pesar de ser acusado por violaciones a las regulaciones en TEC por la FDA fue incluido en la Fuerza Especial de 2010-. Finalmente, como recursos informativos para los y las pacientes se sugieren dos vídeos hechos por Fink, cuyos derechos según he mencionado ya, ha vendido a la empresa MECTA.

Las opiniones –e intereses- de estos autores, según se evidencia, se encuentran sobre-representadas en el discurso oficial en torno al procedimiento, dado que son reproducidas a su vez al tomarse como referencias para informar sobre el tema en otros libros y artículos. Dos libros de texto distribuidos a nivel internacional y dirigidos a estudiantes en psiquiatría nos sirven aquí como ejemplo: en la sección acerca de la TEC de la *Synopsis of Psychiatry* edición 10 de Kaplan y Sadock (2007), 8 de 14 referencias bibliográficas provienen de uno de los autores que se mencionan en el cuadro, o de alguna de las organizaciones con las que mantienen vínculos (4 artículos publicados en el *Journal of ECT*, 3 artículos de Harold

Sackeim, y 1 artículo de Sarah Lisanby); en el libro de origen colombiano *Psiquiatría Clínica* edición 3, por Restrepo, Hernández, Rojas, Santacruz y Restrepo (2008) la sección en torno a la TEC cita 11 de 24 referencias bibliográficas que se pueden asociar directa o indirectamente con los autores mencionados en el cuadro (1 de la APA, 1 de los recién mencionados Kaplan y Sadok, 1 de Charles Kellner, 1 de Sarah Lisanby, 1 de Harold Sackheim, 1 de Richard Weiner, y 5 artículos del *Journal*).

No por ello se encuentra el discurso oficial en TEC exento de contradicciones: Harold Sackeim, denominado por la activista anti-TEC y receptora del procedimiento Linda Andre (s.f.) como un “hombre nacido para las relaciones públicas”, quien ha aparecido en calidad de testigo experto y defensor de la TEC cuando pacientes sometidos al procedimiento han denunciado por pérdidas de memoria, y ha llegado tan lejos como para afirmar sin algún tipo de respaldo investigativo que solo 1 de 200 receptores y receptoras de TEC reportan daños a la memoria -“dato” incluido en la fórmula de consentimiento informado de la APA 2001-; fue uno de los autores del artículo que en el 2007 alegó haber probado por primera vez la persistencia de efectos secundarios a nivel cognitivo, producto de la TEC, 6 meses tras su aplicación (Sackeim et al. 2007). No obstante, esta desviación representa un caso excepcional, adjudicado inclusive por Healy y Shorter (2010) al hecho de que Sackeim no es psiquiatra, sino psicólogo.

Queda ahora por examinar la naturaleza del consumo que a nivel costarricense se hace del conocimiento y guías producidas en Estados Unidos e Inglaterra, para lo cual me remitiré a las últimas tesis realizadas en país en torno al uso de la TEC. Según sugiere la tesis realizada por Sanabria (1999) -6 años tras la protocolización del procedimiento-, para este año aún se indicaba la TEC a pacientes con diagnósticos tales como “alcoholismo

crónico”, “distimia”, “personalidad esquizoide”, “reacción de ajuste con humor depresivo”, “trastorno afectivo orgánico”, “trastorno esquizoafectivo” (representando éste el 29% de los 232 casos tomados en cuenta), entre otros. Tal y como apuntaba el mismo Sanabria, si bien las guías de la APA se mantenían como referente, no pudo establecerse una clara relación entre las indicaciones recomendadas por la literatura y aquellas para las cuales se aplicó TEC en el H.N.P..

La tesis de Chavarría (2013) es aún más esclarecedora en este sentido. La misma parte desde el inicio del estándar internacional, definiendo su metodología alrededor de la comparación y contraste del protocolo del H.N.P. (2009) con los lineamientos de la APA y el Colegio Real de Psiquiatras. Con esto, señala el autor, se pretende identificar carencias en el protocolo nacional. Chavarría señala que algunas diferencias entre estos documentos responden a la falta de especificidad del protocolo costarricense, en temas como lo son la lateralidad de la colocación de los electrodos, la carga eléctrica que se debe aplicar, las normativas en torno a la TEC de continuación y mantenimiento, y el acomodo de las sesiones; aspectos todos los cuales son puntualizados en los protocolos internacionales tomados en cuenta. Ante esta ambigüedad, y con el objetivo de dar un tratamiento estandarizado a los y las pacientes, Chavarría recomienda aclarar sobre estos puntos en el futuro protocolo del H.N.P., sin embargo esto no se hace en la normativa para TEC del 2013 –en cuya redacción participó el psiquiatra.

Asimismo, Chavarría (2013) destaca que de acuerdo a la APA y el CRP (Royal College of Psychiatrists) no existen contraindicaciones absolutas para la TEC, mientras que en el protocolo costarricense se establece que esta no ha de ser aplicada, en ningún caso, a personas con ciertas condiciones médicas (lesión o tumor cerebral, infarto del miocardio

reciente, hemorragia intracraneal reciente, riesgo anestésico elevado, trastornos osteoporóticos severos, etc.), así como a niños menores de 12 años. A este respecto el psiquiatra agrega que quizás el protocolo nacional deba ser reajustado, optando en cambio por una valoración caso por caso basada en el riesgo/beneficio, y con el objetivo de dar mayor acceso al procedimiento. En el protocolo del 2013, si bien se menciona la intención de manejar la indicación de TEC según el caso por caso, se conservan las contraindicaciones ya citadas, aunque estas ya no aparecen como “absolutas”.

A esta propuesta, que podría implicar un aumento en el uso de la TEC, se agrega otra que podría restringirlo: indicar el procedimiento para diagnósticos del eje I del DSM –tal y como lo hacen la APA y el CRP-, en vez de referirlo únicamente a situaciones clínicas concretas -como, según ya he mencionado, se establece en el protocolo del 2009 del H.N.P.-. Esta sugerencia no es acatada en el protocolo del año 2013, en que si bien se menciona el diagnóstico como un elemento a tomar en cuenta para la indicación de la TEC, no así se especifica qué diagnósticos hacen a un paciente apto para recibirla.

En cuanto al resultado final, cabe destacar que como únicas referencias bibliográficas para la elaboración de la normativa para TEC del año 2013 del H.N.P. se cita las recomendaciones de la APA para TEC del año 2001 y el Manual de TEC del Colegio Real de Psiquiatras del 2005, si bien algunos de sus lineamientos no fueron asimilados por en el presente protocolo. La normativa del 2013 contempla algunos señalamientos puntuales de estas entidades –por ejemplo, respecto a cuál ha de ser el número mínimo de sesiones-, mientras que excluye otras tales como las indicaciones diagnósticas y las especificaciones respecto a la aplicación del procedimiento. Podría decirse que el protocolo del H.N.P. del 2013 está basado en sus homólogos de la APA y el CRP en la misma forma en que las

guías para TEC encuentran su fundamento en estudios clínicos: de forma parcial, selectiva y estratégica. Importa aquí no solo la medida en que, en términos concretos, se adhiere el Comité a lo señalado por estas entidades, sino el hecho de que, aun manteniendo sus diferencias, adquiere legitimidad en su uso de la TEC al asociarse a la autoridad referida de la APA y el CRP en el tema. Finalmente, a nivel general, el Comité asimila, al referirse a estas organizaciones, una serie de elementos discursivos, un sistema jerárquico de argumentos y evidencias privilegiadas, que desde estas entidades se han globalizado para justificar el uso de la TEC en el contexto histórico actual.

Si bien los *Principios* de la ONU (1991), ya discutidos en esta sección, apuntan a evitar la arbitrariedad y abuso de poder presentes en una práctica psiquiátrica que en el pasado otorgaba autoridad absoluta a la figura del médico, la alternativa que estos proponen confía al gremio la tarea de regularse a sí mismo. Los términos según los cuales esta disciplina habría de auto-validarse, por su parte, no están sujetos a una discusión democrática al interior de la psiquiatría, pues tal y como destacan Holmes, Murray, Perron y Rail (2006), el conocimiento psiquiátrico biomédico es uno profundamente colonizado. Estos autores enfatizan el carácter “microfascista” de la llamada Medicina basada en la evidencia, en tanto mecanismo a través del cual la ideología dominante excluye formas alternativas de conocimiento. Dado que la legitimidad de la investigación en ciencias de la salud en general, y psiquiatría en particular, se determina a través de su adscripción al lenguaje invariable y uniforme de la Medicina basada en la evidencia, resulta difícil para los y las académicas expresar ideas que se opongan a la normalización y estandarización como formas privilegiadas en el desarrollo del conocimiento, exponiéndose al desprestigio

profesional y a la imposibilidad de publicar si rompen con este “fundamentalismo metodológico” centrado en la cuantificación (House, citado por Devisch y Murray, 2009).

De esta forma, si un/a psiquiatra desea plantear una crítica a las categorías diagnósticas o tratamientos dominantes, esta tendrá credibilidad en la medida en que se fundamente en los tipos de evidencia que se demandan desde la psiquiatría hegemónica, dejándose por fuera de toda discusión posible las preguntas por la relacionalidad y el poder en la práctica psiquiátrica, que no pueden ser abordadas desde un ensayo clínico ni sustentadas con datos cuantitativos. La Medicina basada en la evidencia actúa, de esta forma, como una estructura organizacional para el conocimiento, que define qué preguntas es posible plantearse y en qué forma habrán de ser contestadas.

Partiendo de lo anterior, cabe tener en cuenta no solo que, según destaca B. en su entrevista, el H.N.P. hasta el presente no ha desarrollado investigaciones propias para valorar los efectos del uso de la TEC desde su protocolización, conformándose actualmente con la evidencia ofrecida por estudios clínicos llevados a cabo en el extranjero, y a partir de los cuales se debe actualizar anualmente la normativa de TEC (B., psiquiatra miembro del comité de TEC, entrevista del 2015); sino además que, de hacerse estos estudios, se privilegiarán las mismas metodologías con que el procedimiento ya se ha validado en otros países –tal y como se prevé en la intención de Chavarría (2013) de homogenizar desde los protocolos la administración de TEC, haciéndola apta para valoraciones estadísticas-.

Dentro de este marco, la pregunta por la TEC se fija sobre la diferencia en la intensidad de sus síntomas que pacientes sometidos al tratamiento muestren con respecto a

grupos de control, el número y frecuencia de egresos en pacientes según sean sometidos o no a TEC, o la incidencia de efectos secundarios según la técnica se administre en una condición o la otra: aspectos todos relevantes para el perfeccionamiento técnico del procedimiento, pero que no alcanzan a interrogarse respecto a los elementos estructurantes de esa situación en la cual el uso de la TEC, no solo en sus posibles riesgos añadidos, sino aún en su efecto deseado de supresión inmediata de los síntomas, deviene la respuesta social adecuada al sufrimiento de un grupo determinado de personas. Los objetivos de la psiquiatría biomédica así se dan por evidentes y naturales, concentrándose los esfuerzos en respaldar cuantitativamente los recursos empleados en alcanzarlos. Esta predilección por el pensamiento estereotipado y auto-referencial, reducido a problemas de orden técnico, veremos, es asimilada a su vez por la bioética institucional, cuya aproximación a la ética profesional en medicina denota un carácter predominantemente burocrático.

4. 4. Beneficencia: las contradicciones que oculta el universalismo

4.4.1. UNA ÉTICA MEDICALIZANTE

Según señala Foucault (2007, p.56) un atributo fundamental del quehacer psiquiátrico es que ha sido *médicamente marcado*, recubierto por un juego de marcas que designan en él la existencia de un saber médico, aunque indiferentes a su contenido efectivo. He descrito ya algunas de las marcas que, en nuestro contexto histórico, vinculan el saber psiquiátrico con la medicina, entre las cuales se puede listar: la adscripción al lenguaje científico de la Medicina basada en la evidencia, el empleo de un sistema diagnóstico estandarizado, la administración de psicofármacos, el uso de la bata blanca por

parte de los y las psiquiatras al interior de sus instituciones, etc., y que contribuyen –a pesar de su fracaso en localizar una etiología biológica a los malestares que codifica como enfermedades mentales y/o “curarlas”- a dotar esta disciplina de su carácter productor de verdad.

Sin embargo, en la actualidad no solo estas señas ratifican la naturaleza médica de la intervención psiquiátrica, sino que desde un punto de vista normativo, legal y bioético, se ha legitimado a la psiquiatría como una rama más de la medicina, con lo cual la primera se ha visto -en alguna medida- librada de la necesidad de dar cuenta de sí en su dimensión disciplinaria. A continuación, intentaré mostrarlo partiendo de algunas especificaciones reglamentarias de la CCSS y disposiciones legales a nivel nacional relativas al tratamiento de las personas psiquiatrizadas, que tienen implicaciones en la forma en que la TEC se administra.

En junio de 1991 se redactó en Costa Rica el *Decreto de la Quinta Especialidad*, el cual considerando que “los trastornos mentales son una de las principales causas de consulta en nuestro sistema de salud”, decreta el reconocimiento de la psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica, lo cual no obstante ya había sido reconocido por el Colegio de Médicos y Cirujanos desde el 1984. Este documento, además de reiterar que “la psiquiatría debe ser ubicada al mismo nivel que las demás especialidades clínicas básicas”, decreta la implementación del *Plan de Salud Mental* según los parámetros de la *Declaración de Caracas*, y a partir de la cooperación de múltiples instituciones coordinadas por el Ministerio de Salud.

A lo largo de las entrevistas, algunos de los y las psiquiatras resaltaron así estar sujetas en su práctica cotidiana al marco más amplio de la Ética Médica, la cual demanda de ellas, según el *Código de Moral Médica* (2009) que: el/la médico siempre actúe en beneficio de la vida (artículo 28) y asegure a sus pacientes “todos los cuidados médicos en su poder” (artículo 36). Asimismo, al interior de las instituciones de la CCSS, los y las psiquiatras deben responder a lineamientos de bioética, entendida como “el estudio de la conducta humana en el área de la ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores morales”, y que según la CCSS son los siguientes:

- Autonomía: definida como el respeto a la libertad del/de la paciente para decidir con respecto a la aplicación de un método diagnóstico o un tratamiento.
- Beneficencia: la cual obliga al personal de salud a realizar análisis de los beneficios y riesgos antes de tomar una decisión relacionada con la salud del usuario.
- No maleficencia: que previene al personal de salud de hacer o causar daño
- Justicia: referida a la distribución de los recursos de la salud de la forma más justa y equitativa posible²⁷.

²⁷Esta definición de bioética, centrada en la relación médico-paciente, no es en manera alguna la única posible. Potter, quien acuñó en primera instancia el término “bioética”, englobaba con este concepto preocupaciones más amplias referidas al qué hacer con el conocimiento, y cómo orientarlo a la supervivencia y a la mejora de la calidad de vida de la sociedad como un todo. Sin embargo, el legado de Hellegers, quien hiciera énfasis con su definición de la disciplina en las cuestiones biomédicas y el cuidado de pacientes, encontró mayor apoyo a nivel institucional alrededor del mundo (Ferrer y Álvarez, 2003). Así, el Programa de Bioética de la Unesco, ente responsable por la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* del 2005, retoma el carácter normativo y médico-centrado del enfoque de Hellegers, siendo su aproximación a la bioética criticada por gobiernos como los de Brasil y Paraguay, que le recriminaron el dejar de lado

Corresponde a los comités de bioética velar por el respeto a estos principios, normando la forma en que los y las médicos habrían de cumplirlos. Según el *Manual de funcionamiento interno de los comités de bioética de la CCSS* (2007, artículo 12), estos deben encargarse de: a) analizar casos clínicos que presenten conflictos bioéticos y elaborar un informe para orientar a los profesionales, pacientes o familiares en la toma de decisiones; b) analizar (...) protocolos de atención diseñados por los especialistas para determinar patologías; c) proponer protocolos de actuación para situaciones en que surgen dilemas bioéticos; y d) analizar (...) el consentimiento informado para exploraciones y tratamientos; a lo que se suman funciones administrativas –registro de casos clínicos y protocolos analizados, participación en reuniones del Consejo de Comités Locales de Bioética y colaboración con CENDEISSS-, y educativas –capacitación a miembros y funcionarios-.

De los anteriores, únicamente el punto a. contempla la posibilidad de analizar un caso específico en sus implicaciones bioéticas, mientras que los puntos b. c. y d. apuntan a la producción y ratificación de respuestas pre-determinadas a dilemas éticos particulares, o en fin según veremos, a la producción de un sistema de certezas mínimas, potestades y limitaciones formalizadas, que cumplen el doble efecto de delimitar el margen de poder al cual pueden atenerse los y las pacientes, y agilizar, rutinizándola, la toma de decisiones complejas al interior de la institución.

aspectos como el acceso a medicamentos y atención médica, el derecho a un ambiente libre de contaminación, y el derecho a una vida digna, entre otros (Langlois, 2014). La Declaración redactada por la Unesco es retomada como la base del *Manual de funcionamiento internode los comités de bioética de la CCSS*.

La bioética, según describe Zylinska (2009), ha sido desde sus orígenes un discurso monopolizado por los (bio)expertos, que a través de la lógica formal y la exigencia de precisión factual ha pretendido limitar la incidencia de factores subjetivos en los juicios éticos. En la versión “convencional” de la bioética, esto ha implicado desde la disciplina un importante sentido de normatividad, la idea de que el humano es un ser racional, auto-contenido, y transparente a sí mismo como fuente de las decisiones éticas, y la insistencia sobre la necesidad de universalización y aplicabilidad del juicio moral como supuesta solución al subjetivismo y el relativismo cultural en la toma de decisiones. Estas disposiciones, en su afán universalista, se traducen según intentaré mostrarlo en un pensamiento ético que no admite ser cuestionado en sus premisas. Y es que la propuesta bioética, en la versión institucional a que se adscribe la CCSS, aún bajo la pretensión de fundarse en cuatro principios básicos y universales debe vérselas en lo concreto con una serie de contradicciones en lo que respecta a su debida puesta en acto, y que delatan una dimensión política de la práctica médica. Lo anterior se hace patente en lo que respecta a la psiquiatría, cuyo modelo de atención la diferencia de otras ramas de la medicina, generando tensiones que ponen en entredicho la pretendida transparencia de los principios.

En su libro *Internados* Goffman (1961) señaló que, si bien la atención médica en general ha sido asimilada al modelo de prestación de servicios en las sociedades occidentales, difícilmente lo que hace la psiquiatría, a nivel hospitalario, pueda entenderse según las pautas que este modelo supone. A la psiquiatría institucional pública se encomienda la tarea de resguardar a la comunidad de las disrupciones que algunas conductas irregulares –más no necesariamente ilegales- puedan representarle, forzándola a una función securitaria raramente reconocida entre los objetivos manifiestos del hospital

psiquiátrico. Así, la institución en su dinámica custodial puede estar brindando un servicio a la familia del/de la paciente, o sus vecinos, sin estárselo prestando al/a la paciente en cuestión -condición que se hace en particular evidente cuando media el ingreso involuntario-, o sin que este servicio sea en esencia médico.

Por otra parte, tanto paciente como psiquiatra están sujetas, al interior de la institución, a condiciones que no dependen de uno ni del otro, sino de aspectos administrativos y normas impersonales, con lo cual una paciente puede ser referida a diferentes psiquiatras tras su ingreso, sin que estos cambios respondan a una intención en sí terapéutica. Otros elementos citados por Goffman (1961) en los que la práctica psiquiátrica hospitalaria se distancia del modelo de servicios son la estigmatización de que es objeto el/la paciente tras su paso por la institución; la poca especialización de la función psiquiátrica al interior del hospital –en tanto el personal auxiliar así como el/la psiquiatra pueden intervenir en términos “terapéuticos” en distintas ocasiones después de ingresado/a una paciente-; la poca efectividad que el internamiento ofrece al objetivo de la “reparación”, relacionada a la capacidad reducida del/de la psiquiatra de aislar con precisión el elemento donde reside la alteración de la persona; y en fin, la doble imposibilidad de la disciplina psiquiátrica, tanto de mantener como renunciar a la ficción de neutralidad en su quehacer cotidiano.

A partir del desfase que la práctica psiquiátrica hospitalaria implica respecto al modelo de servicios, surge una serie de tensiones en la relación médico-paciente, detalladas por Goffman (1961), dado el caso de que el/la internada no se asuma en su posición de pretendido/a “cliente” –lo cual implicaría, según he discutido ya, aceptar la versión que la institución le ofrece acerca de sí, y acatar las modificaciones conductuales,

identitarias e ideológicas indicadas por el/la médico tratante bajo el supuesto de que le implican un beneficio-. Una percepción distinta de la situación social en desarrollo puede llevar a los y las internadas a responder no como pacientes sino como prisioneros, ciudadanas injustamente violentadas, etc., mientras que el/la psiquiatra, para desempeñarse como tal, ha de adscribirse a una definición médica de su intercambio, convenciendo al/a la paciente de que los conflictos que “cree tener con la institución –con la familia, la sociedad, etc.- en realidad son conflictos suyos”, así:

“El psiquiatra debe atenerse a la modalidad del servicio, en su actitud profesional; pero no puede mantener esta actitud, más allá de lo que el paciente pueda aceptarla. Cada una de las partes está condenada a buscar a la otra para ofrecerle lo que no puede aceptar; y cada una está obligada a rechazar lo que la otra le ofrece” (Goffman, 1961, p.361).

Vista esta situación desde la óptica de los principios bioéticos básicos, se evidencia un conflicto respecto a lo que médico y paciente consideran es beneficioso para este último, así como lo que ha de calificar como un daño –físico, subjetivo o social- y cuál ha de ser la economía daño/beneficio según la cual se justifique infligirlo. Dependiendo de la forma en que estas diferencias sean tramitadas en la situación clínica, el/la psiquiatra arriesgará irrespetar el principio de la “autonomía” del/de la paciente, viéndose obligada a transgredirlo en función de lo que considera responde al principio de la “beneficencia”. Asimismo, la forma en que la “justicia” habría de garantizarse, en tanto voluntad de brindar acceso a los servicios médicos, se torna problemática en la medida en que no exista un acuerdo respecto a la naturaleza de la intervención psiquiátrica, que para un sujeto renuente a asumirse en tanto paciente es vivida como coercitiva, no sanadora. En este

sentido, lo que desde el punto de vista de la psiquiatría biomédica pueda significar un compromiso con el acceso equitativo a la atención hospitalaria –por ejemplo, desde la insistencia en tratar inclusive a pacientes “difíciles”, “sin capacidad de insight”, “agresivos” o etc.-, para las personas psiquiatrizadas puede representar la persecución patologizante e institucionalizada basada en su forma de sentir, relacionarse –consigo y quienes le rodean-, o pensar.

Estos y otros conflictos de índole política relativos a la hospitalización psiquiátrica, sin duda susceptibles de inscribirse en los ámbitos de la “beneficencia”, “autonomía”, “no-maleficencia” y “justicia” como principios éticos, no son sin embargo reconocidos como tales a nivel institucional, no solo por la psiquiatría biomédica -que no está en posición de negociar los términos de su función social con quienes requiere como sus pacientes-, sino por el discurso bioético²⁸ en general. El gremio médico como un todo, según he adelantado, tampoco reconoce a nivel normativo distinción entre los tratamientos psiquiátricos y cualquier otra práctica de la medicina. Así, la psiquiatría en Costa Rica según destacan Echeverría, Lizano, Tinoco y Sánchez (1993), autores de las primeras normas generales para la TEC, no cuenta con “reglamentaciones específicas” para sus tratamientos, sino que

²⁸Lo anterior se refleja en el trabajo de María Lourdes Mendiburu (2004), quien en su texto *Bioética y psiquiatría* destina una sección a la discusión de los problemas bioéticos concernientes al uso de la Terapia Electroconvulsiva, y que lista a partir de cada principio. Así, en cuanto al principio de la **no-maleficencia** serían faltas éticas dar una indicación incorrecta, la falta de indicación cuando el/la paciente cumple los requisitos, y la aplicación mediante aparatajes obsoletos; desde la **justicia** constituiría una falta el limitado acceso a TEC en centros públicos; respecto a la **autonomía** cita el incumplimiento del consentimiento informado; y en torno al principio de la **beneficencia**, propone que se lo irrespete cuando no se lleva a cabo el debido esfuerzo para convencer al/a la paciente y su familia de que acepten el procedimiento. En resumen, ninguno de los problemas bioéticos identificados por la autora responden a una reflexión respecto a las relaciones de poder que pueden mediar el uso de la TEC, sino a los requisitos técnicos que habría de cumplirse para otorgar legitimidad a ese poder.

“las reglamentaciones o leyes vigentes se basan en (...) las leyes y reglamentaciones generales que regulan el accionar médico, sin que existan por razones obvias regulaciones específicas para los miles de tratamientos médicos y quirúrgicos modernos” (p.31).

La tendencia en las instituciones de la CCSS -intentaré mostrarlo- apunta a fijar el significado de los principios bioéticos a través de las distintas modalidades de atención médica, librándolos de su potencial conflictivo al circunscribir su cumplimiento al acato de medidas técnicas y formales. Entre ellas la implementación del consentimiento informado. Veamos.

4.4.2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SU DEFINICIÓN DE LA AUTONOMÍA

Según el *Reglamento del consentimiento informado* de la CCSS este consiste en

“un proceso de comunicación continua, predominantemente oral, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, (...) Se entiende, en primer lugar, como el derecho de la persona usuaria a obtener información y explicaciones adecuadas de la naturaleza de su condición o enfermedad, y del balance entre los beneficios y los riesgos de los procedimientos clínicos recomendados; y en segundo lugar, como el derecho de la misma persona usuaria a consentir o no el procedimiento clínico recomendado. Debe obtenerse con obligatoriedad de manera previa a la realización de un procedimiento clínico específico” (CCSS, 2012).

El uso de la TEC, debido a que supone la administración de anestesia, es uno de los procedimientos sujetos al requerimiento legal del consentimiento informado, de cuya

implementación el/la médico tratante debe dejar constancia escrita. Este instrumento debe incluir los siguientes elementos dirigidos a facilitar la participación activa de los y las pacientes en la situación médica:

- Identificación del objetivo y descripción del procedimiento clínico
- Beneficios esperados para la persona usuaria
- Alternativas disponibles para el procedimiento clínico recomendado
- Consecuencias previsibles de la realización o no realización del procedimiento
- Descripción de los riesgos frecuentes y de los riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad
- Descripción de los riesgos personalizados
- Otros, a consideración del/de la profesional de la salud

Según se sigue del *Reglamento* (2012), además de brindar la información ya requerida en los puntos anteriores, el/la médico al indicar un procedimiento debe: ofrecer información adecuada a la capacidad de comprensión de la persona usuaria; utilizar lenguaje claro, asequible y adaptado a sus condiciones; dar oportunidad de que plantee preguntas y responderlas de forma clara; evitar cualquier tipo de coacción que afecte “la libre manifestación de la voluntad”; gestionar el apoyo interdisciplinario que considere necesario; y otorgar a la persona usuaria tiempo para reflexionar y tomar la decisión.

En síntesis, el consentimiento informado ofrece un modelo de relación clínica que responde a la “introducción de la idea de autonomía psicológica y moral de las personas en el modelo clásico de relación médico-paciente, basado hasta entonces, exclusivamente, en

la idea de beneficencia paternalista” (Simón-Lorda, 2008, p.2), que sin embargo, veremos, no altera enteramente la disposición del poder al interior de esta relación. Esto pues, según destaca Wendy Brown (1994), el acto del consentimiento, en la medida en que involucra acordar a algo cuyos términos el sujeto no determina, marca el estatus subordinado de la parte que consiente; en este sentido, el consentimiento es una respuesta al poder, que le añade o le retira legitimidad, pero que de ninguna forma se lo hace compartir. En lo que respecta a la figura del consentimiento informado, veremos, algunas especificaciones desarrolladas en el *Reglamento* (2012) denotan el carácter de subordinación legitimada de que este dota al intercambio médico-paciente.

4.4.3. EL PRIVILEGIO TERAPÉUTICO COMO ATENUANTE

En el *Reglamento*, a la vez que se exige una comunicación clara y constante en el intercambio del personal médico con los y las pacientes, se cita una serie de atenuantes ventajosas para el/la médico tratante respecto a esta obligación, en aquellos contextos en que el/la paciente pueda presentar un alto grado de resistencia a sus indicaciones. Una de estas atenuantes es el llamado “privilegio terapéutico”, respecto al cual reglamento dice es

“la potestad del profesional de salud de graduar aquella parte de la información clínica relacionada con el procedimiento clínico recomendado que de acuerdo a su criterio técnico, y de forma justificada, pueda alterar la capacidad volitiva o de juicio de la persona usuaria de modo tal que la convierta en incompetente para decidir. No obstante, el ejercicio del privilegio terapéutico no justifica la ausencia total de información” (CCSS, 2012).

De manera que los y las profesionales en medicina, y en el caso que aquí nos concierne, los y las psiquiatras, están legalmente habilitados para seleccionar según sus

objetivos la información respecto al tratamiento a que los y las pacientes tendrán acceso, en tanto consideren “justificadamente” que ésta podría “alterar la capacidad volitiva o de juicio de la persona usuaria” alejándole del designio médico. Así, bajo el alegato del “privilegio terapéutico”, se podría eventualmente apelar a una equivalencia legal entre el acto informativo y la persuasión.

Dentro de este marco, la obligación de implementar el consentimiento informado no interrumpe la potestad del/de la psiquiatra de ocultar información al/a la paciente, o inclusive de fundar su argumento a favor del procedimiento en afirmaciones falsas, siendo ambas actitudes asumidas en la fórmula de consentimiento informado para la administración de TEC en el H.N.P. del año 2000. En este documento, se asegura a los y las potenciales receptoras, respecto a los efectos secundarios, que a pesar de “sentirse confundidos y no recordar algunas cosas” y verse alterada su “memoria reciente” tras la TEC, esta se recuperará “con el tiempo”, absteniéndose de comunicar la fórmula que hay personas para las que los daños a la capacidad memorística son permanentes. A esta omisión se agrega una descripción sesgada del procedimiento, el que señala “consiste en el paso de una pequeña corriente a través de su cabeza, lo cual produce una descarga electroquímica que estimula su cerebro para que vuelva a la normalidad”, donde además de omitirse que esta “pequeña corriente” ha de ser lo suficientemente alta como para provocar una convulsión tónico-clónica al/a la receptora, se asevera algo que desde la psiquiatría, que aún desconoce no sólo los efectos exactos de este procedimiento en el cerebro humano, sino además una causa biológica comprobada para la “enfermedad mental”, no se está en posición de afirmar.

Dado que el consentimiento informado es un proceso mayoritariamente oral, los y las psiquiatras que recomiendan TEC en los hospitales de la CCSS pueden agregar complejidad y discutir los contenidos de la fórmula con los y las pacientes, esto queda sin embargo sujeto a su disposición siendo probable que estos, para conservar la credibilidad de la institución, se sientan presionados a acogerse –con mayor o menor convicción- a la versión parcializada del procedimiento ofrecida por el documento oficial de consentimiento informado. Pero aun si con esto no bastara para obtener el permiso de administrar la TEC, el *Reglamento* (2012), en línea con la ley 7600, dota además a los y las psiquiatras de la potestad profesional de determinar si un/a paciente está en posición o no de decidir del todo, con lo cual correspondería consentir no a esta sino a algún/a representante, en su nombre.

4.4.4. LA INCAPACIDAD JURÍDICA Y EL USO LEGÍTIMO DE LA FUERZA

En Costa Rica las personas consideradas “enfermas mentales” son *protegidas* desde el 1996 por la Ley 7600 sobre la *Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, que contempla dentro de esta población a personas con “cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite sustancialmente una o más actividades principales” en su vida cotidiana, y se propone como objetivo eliminar cualquier tipo de discriminación hacia estas, siendo que sin embargo, tal y como destacan Álvarez y Villarreal (2010), sus determinaciones en torno a la capacidad jurídica de las personas “discapacitadas” tienen efectos discriminatorios.

La capacidad jurídica es entendida como la aptitud que tiene toda persona física para ser titular o portadora de derechos y obligaciones, independientemente de la edad, estado

físico o mental, y según el Código Civil costarricense no supone actividad alguna por parte del sujeto, en tanto se la define como una aptitud originaria. Sin embargo, la denominada capacidad de actuar, entendida como la capacidad de ejercer los derechos otorgados por la capacidad jurídica, requiere de un nivel mínimo de conciencia y responsabilidad, en tanto permita al sujeto conocer y ejercer su voluntad “con razonable autonomía”. Así, si bien en principio no se puede arrebatar a alguien su capacidad jurídica, sí se puede trasladar su capacidad de actuar a otra persona por medio de la *curatela*, la cual interviene los derechos civiles del “insano” a fin de que los haga valer ya no él sino un/a representante nombrada, siempre y cuando el primero sea diagnosticado por un/a médico como falta de capacidad cognoscitiva o volitiva. Esta disposición implica, según plantean Álvarez y Villarreal (2010), que a las personas “discapacitadas” consideradas incapaces corresponda por ley únicamente la recepción pasiva de derechos, en tanto se ha encargado a otros la facultad de decidir, y hasta sentir, por ellas.

En lo que respecta a la situación médica, el *Reglamento* (2012) establece asimismo, entre las condiciones en que se levanta el requisito del consentimiento por parte del/de la paciente, el internamiento involuntario por valoración calificada de un profesional en medicina especialista en psiquiatría o por orden judicial –igualmente, establecida tras una valoración médica según acabo de exponer-. Por medio de esta valoración se puede determinar que las decisiones de un sujeto en el ámbito médico carecen de valor contractual, sea al calificar de insuficiente su capacidad “volitiva”, de dirigir voluntariamente la propia conducta, o “cognoscitiva”, de captar y comprender aspectos de la realidad (ambas citadas en la Ley 7600 como los dos motivos legítimos para solicitar una interdicción), a las que el *Reglamento* (2012) agrega como criterio la reducida

“capacidad de juicio”, y que es entendida según palabras del Dr. Zeirith Rojas del H.N.P. (s.f.) como la capacidad que tiene el sujeto para interpretar el ambiente “correctamente” y para orientar la conducta en el mismo de forma “apropiada”.

Según se desprende de la primera normativa para TEC –con la que se introducía la práctica del consentimiento informado en la administración de la misma-, la oposición ofrecida por los y las pacientes psiquiátricas carece indistintamente de validez en tanto se la atribuye a su ignorancia, prejuicios, o proyecciones enfermizas, que los y las psiquiatras deben corregir no solo movidos por el deber, sino según “el derecho profesional de actuar en beneficio de sus semejantes” (1993, p.31).

“Cabe agregar que en nuestro medio cultural y social, donde aún existen desde ignorancia sobre los recursos de la especialidad hasta verdaderos prejuicios e ideas erróneas hacia la Psiquiatría, ocurre también el fenómeno frecuente de la resistencia o rechazo del paciente hacia el internamiento y los tratamientos, ya sea por temores o proyecciones anómalas de la enfermedad misma, o por influencias negativas de otras personas; similares situaciones se presentan con algunos familiares de pacientes. Sean cuales fueren las razones de estas actitudes, lo cierto es que el psiquiatra tiene la responsabilidad y la capacidad de ayudar al enfermo, proporcionándole las formas de tratamiento adecuado que controlen o curen el trastorno. En algunos casos el paciente podrá entender la enfermedad que presenta y aceptar la necesidad de recibir tratamiento apropiado; en otros su condición mental lo incapacita para entender lo que tiene y aceptar lo que necesita, por lo que el médico psiquiatra es quien debe tomar la decisión de actuar en beneficio del paciente” (Echeverría, Lizano, Tinoco y Sánchez 1993, p.32).

La noción de “capacidad de juicio” atribuye a una versión de la realidad a el estatus de verdad única, haciendo de toda oposición, toda negativa o imposibilidad de jugar los juegos que del sujeto demanda la sociedad, una potencial señal de falta de juicio, punible en tanto le expone a la pérdida de sus derechos. En este sentido, la persuasión así como la abierta imposición del criterio médico por sobre el del/de la paciente son manifestaciones de un mismo poder al que se encarga la imposición de una realidad fundada en el “sentido común”. En esta línea el artículo 16 del *Reglamento* (2012) establece que el consentimiento informado por sustitución “se aplicará cuando exista incapacidad manifiesta y evidente para tomar decisiones válidas” por parte del/de la paciente, agregándose inclusive que “en caso de que la decisión del cónyuge, la pareja de hecho o el representante legal sea contraria a los intereses de la persona usuaria incapaz, deberá solicitarse la medida cautelar pertinente a la autoridad judicial correspondiente...”, de manera que aún en estas ocasiones los y las médicos pueden intervenir en la toma de decisiones.

En resumen la incapacidad volitiva, cognoscitiva o de juicio, según son definidas por el discurso psiquiátrico, son categorías técnicas que le ofrecen un sustento legal a un tipo de violencia de la que, en virtud de su función social, la psiquiatría hospitalaria no puede prescindir: aquella de intervenir forzosamente el cuerpo –y por esta vía las emociones y comportamientos- del sujeto “enfermo”. En este sentido, la fuerza ejercida sobre el/la paciente adquiere legitimidad siempre y cuando medie el criterio de que esta, debido a su malestar, no se encuentra “en condiciones de decidir”, haciéndose una diferenciación entre aquellos sujetos cuyo criterio ha de respetarse y aquellos sobre los que es lícito ejercer la fuerza:

“Cuando el paciente *tiene una capacidad de decisión* y el paciente se niega al uso de la terapia, nosotros tenemos una modalidad de ver las cosas que si el paciente se niega a la terapia y *está en condiciones de negarse* a la terapia, se le niega, siempre que el paciente así lo diga. La mayoría de los pacientes que van a la terapia, *asienten* a la terapia” (B., psiquiatra, entrevista del 2015).

La capacidad de decisión, reitero, es valorada por los y las mismas psiquiatras, y debido a la naturaleza de los casos para los cuales se recomienda la TEC, según veremos, posiblemente a menudo sea descartada con facilidad. Esto se adivina en la referencia indirecta que B. hace a la figura del “asentimiento informado”, al afirmar que la “mayoría de los pacientes asienten”, y que se aplica según el *Reglamento* (2012) a las personas menores de edad y aquellas cuya “capacidad de consentir” ha sido transferida a sus familiares o allegados; de manera que aún si en estos casos a los que B. remite los y las pacientes accedieron al procedimiento, ya su capacidad contractual de decidir les había sido parcialmente negada. Según describe X., el consentimiento por sustitución es una medida asumida de manera habitual cuando se aplica TEC, aún si los y las pacientes se muestran anuentes a recibir el procedimiento, siendo que él prefiere obtener “el consentimiento verbal –asentimiento- del paciente”, pero “a la hora de que alguien me plasme una firma suelo buscar la firma del familiar”:

“Técnicamente si yo digo “el paciente tiene capacidad de consentir” yo no ocupo pedirle permiso a nadie más ¿verdad? Y es un paciente adulto, mayor de edad. El problema es que después las familias podrían venir a reclamar cosas que entorpecen la relación terapéutica, ya sea la que tiene el hospital con el paciente, o la que tiene uno con el paciente, la percepción del paciente de los servicios de salud en

psiquiatría, entonces es mejor, desde la opinión mía, tener a todo mundo empatado, en lo que se pueda, con un procedimiento que se puede hacer” (X., psiquiatra, entrevista del 2015).

De manera que la sola condición de paciente psiquiátrico/a ya implica en ocasiones una pérdida de poder real al/a la receptora de TEC, distribuyéndose este con su familia: un gesto que muestra a la paciente que su posición social tras el ingreso a la institución ha cambiado, y delata a su familia como “cliente” legítimo del servicio ofrecido por el hospital. Por otra parte, el que algunos psiquiatras den mayor importancia al criterio de terceros por sobre el del paciente “capaz”, denota el sentido puramente estratégico de la valoración de la capacidad -volitiva, cognitiva, o de juicio-, como argumento a esgrimirse a posteriori aún si no se los tiene como condición previa absoluta, cuando se trata de restar capacidad vinculante a la decisión de los y las pacientes.

X. no obstante asegura esforzarse por conseguir el cumplimiento del “verdadero proceso de consentimiento informado”, en el que el paciente y su familia tienen acceso a información:

“yo que sé (...) yo le recomendaré alguna fuente bibliográfica, o en internet, o que le pregunte a la gente, yo que sé, lo que usted guste para que tenga más datos y consienta el procedimiento. Lo que pasa es que la mayoría no hace caso de ese recurso”.

Por lo que

“la gente lo que le dice a usted “no, usted es el que más sabe, usted escoja cuál terapia es la mejor”, entonces eso dificulta un poco (...) el verdadero espíritu de

que la gente escoja consciente el procedimiento; facilita hacer lo que yo considero como profesional que tal vez es lo indicado, porque así solamente me firma usted... siempre está el riesgo, usted después le pregunta a la gente que si entendió, que si le explicaron lo suficiente y la gente le va a decir “no entendí”, o “no me explicaron lo suficiente”. Y yo me he llevado entrevistas en el hospital de una hora, y yo veo que lo que estoy diciendo, yo veo el que está al frente mío que... que no (...) trato de ser lo más clarito que puedo, y no... pero dicen que sí. Entonces ya ni modo, verdad, no les voy a hacer un examen después para ver si me están entendiendo o no” (X., psiquiatra, entrevista del 2015).

Si bien lo aquí mencionado por X. puede representar una limitación inherente a la intención, desde el proceso de consentimiento informado, de matizar el poder del psiquiatra, N. y L. sostienen la importancia del acto informativo como vía para darle un lugar de sujeto al/a la paciente y sus familiares, afirmando que la intervención suele desarrollarse de mucho mejor forma cuando se participa a todos de las etapas, alternativas y efectos esperables. Sin embargo, el balance según el cual se habría de dar un “lugar de sujeto” a los y las familiares y pacientes en el tratamiento, en la medida en que estas puedan tener intereses distintos, resulta harto problemático en lo que respecta al uso de TEC, y en tanto este tipo de intervención no pretende trabajar sobre la base de estos conflictos, sino eliminar sus posibles consecuencias.

Así lo mostró Carol Warren (1988) con su artículo titulado *Electroconvulsive Therapy, The Self, and Family Relations*, en que relataba el seguimiento dado a un grupo de 10 mujeres a través de su admisión al hospital psiquiátrico, las sesiones con TEC, y su posterior reinscripción en la vida familiar. La autora destacó cómo para aquellas mujeres

cuyos esposos las ingresaron al psiquiátrico, la impresión imperante en torno a la TEC la situaba como producto una de conspiración entre las autoridades médica y patriarcal. Estas mujeres, algunas de las cuales resentían su rol como madres y amas de casa, su sensación de aislamiento y de falta de identidad, llegaban a olvidar eventos problemáticos de sus vidas a través de la TEC, incluyendo en ocasiones hostilidades hacia sus esposos y/o familiares, y que éstos últimos podían aprovechar para imponer su versión de acontecimientos pasados. Igualmente, la TEC era asumida como una excusa por parte de las mismas mujeres, para producir olvidos en torno a temáticas que no deseaban recordar o discutir con sus allegados. En fin, el procedimiento operaba como una forma de negar el conflicto a nivel familiar.

Según lo relatado por X., al participar a la familia en la toma de decisiones en torno a la TEC media un reconocimiento de la influencia –a veces concebida en términos patológicos- que la misma ejerce sobre el malestar del/de la paciente, de una estructura de poder que tiene efectos sobre la misma, y que sin embargo no se busca alterar sino que inclusive se perpetúa, por medio de la alianza, en función de la mejoría terapéutica inmediata:

“Tuve un caso particular, en que el esposo de la paciente estaba de acuerdo en que le diera la TEC, una paciente adulta que tiene... no sé, 25 años, está casada, tiene su marido y sus hijos y su vida. Pero su mamá no quería que se lo dieran. Puede haber una paciente con su esposo, que es el que por rango según la normativa del consentimiento de la CCSS le toca consentir el procedimiento, yo lo puedo hacer... Pero a ver, si yo me iba a rajatablas con el procedimiento, yo sabía que mamá iba a estar dos días después en el hospital, diciéndole cosas a la hija (...) va a empezar a

hablar cosas del marido, la paciente va a empezar a formarse ideaciones paranoides delirantes (...) eso no me va a ayudar, me va a llegar a entorpecer la función terapéutica. Yo tampoco le voy a decir a la mamá que no la llegue a visitar. Yo necesito más bien sentarme, hablar con mamá, y ver qué es lo que está pasando, por qué es que ella no quiere específicamente, si es que ella tiene algún temor infundado sobre el TEC, que no se le ha explicado lo suficiente... Porque finalmente cuando esta usuaria en particular ingresa la problemática gira en torno a que mamá pasa calumniando también al marido, y ya tiene una herramienta también para calumniarlo que es “por culpa de ese hombre a usted le dieron TEC”, entonces diay ahí fueron como tres sesiones por lo menos con la mamá y el esposo, explicar la importancia del TEC, que se pusieran de acuerdo, y yo no iba a aplicar ningún procedimiento hasta que todos se pusieran de acuerdo, al final todo el mundo logró consentir y se hizo el procedimiento” (X., psiquiatra, entrevista del 2015).

En el caso aquí referido por X., a partir de cuyo recuento no es posible identificar la posición de la paciente respecto a la TEC, dominan las figuras de la madre –a quien atribuye una influencia psicotizante-, el marido –por quien la paciente se siente amenazada o perseguida-, y el psiquiatra. Este último, aun bajo la sospecha de que los síntomas de la paciente responden a la conducta de la madre, no interroga a los miembros de esta familia respecto a su forma de relacionarse, y en cambio con su intervención circunscribe el conflicto de la paciente al ámbito biológico, proponiendo como solución pertinente, acordada por todos, la TEC.

Respecto a quienes no asienten al procedimiento, pero se les administra de manera coercitiva, B. agrega que consisten habitualmente en pacientes con un diagnóstico de “psicosis refractarias”, y a cuya familia se acude para proceder con la TEC:

“Bueno, tengo que decir que los pacientes con psicosis refractarias son pacientes que, al no tener un contexto dentro de la realidad claro, pacientes que tienen dificultad para percibir (...) ahí se media con la familia para que reciba la terapia” (B., psiquiatra, entrevista del 2015).

Así como personas en condición de riesgo suicida diagnosticadas con “depresión”:

“Pacientes que llegan con riesgos suicidas severos, pacientes que han sido hospitalizados y referidos de hospitales generales donde ha habido intentos de autoeliminación, y donde a lo largo del internamiento el paciente sigue haciendo esos intentos de autoeliminación. Porque pasa. Pasa que pacientes deprimidos, que han hecho intentos de autoeliminación, dentro del hospital los siguen haciendo. Entonces ahí, son posiciones que nos ponen a pensar que probablemente fue necesario una de esas terapias y cuando la depresión está presente y se ve una condición grave” (B., psiquiatra, entrevista del 2015).

A este respecto B. agrega que “el suicidio es una condición básica de la persona” que aparece “con o sin enfermedad mental que la medie”; por lo tanto, para que se dé por anulada la capacidad decisional del/de la paciente, esta debe presentar una “depresión severa” que no responda a otros esquemas terapéuticos, mientras que aquellas personas que hagan un intento de suicidio “no mediado por una patología psiquiátrica no tendrían por

qué recibir TEC”. Finalmente, son también susceptibles de someterse a TEC involuntaria quienes se considere representan un peligro para terceras personas:

“Tienen que ser condiciones muy claras, que el paciente tenga patología muy grave, donde el paciente se haya expuesto a un riesgo a sí mismo o a terceros y donde esa haya sido la causalidad de internamiento. De lo contrario el paciente tiene que consentirlo por sí mismo” (B., psiquiatra, entrevista del 2015).

La TEC se aplica de manera involuntaria, cuando así lo requiere la disposición del/de la paciente, bajo el supuesto de que al manifestar cierta modalidad de sufrimiento o conducta irregular, desconoce lo que le conviene o es incapaz de actuar en función de su propio bienestar. Sin embargo, en los casos relatados por los y las entrevistadas, las reservas que estas personas presentan ante la TEC, incluyendo aquellas expresadas en el lenguaje del delirio, parecen responder a preocupaciones reales respecto al control, físico y subjetivo, a que les somete la intervención psiquiátrica:

“En una especialidad de estas siempre se corre el riesgo de que se incluya la intervención por ejemplo dentro del delirio, donde el médico es por ejemplo el que lo toma cautivo en la institución, o que le aplica un procedimiento en el cual le está generando deterioro de su salud, o le está sacando información. Según el delirio que pueda presentar el paciente” (W., psiquiatra, entrevista del 2015).

En el extracto anterior W., aun reconociendo que la intervención psiquiátrica pueda “insertarse” en los sentimientos de desconfianza, imágenes de persecución y maltrato experimentados por el/la paciente, descarta toda posibilidad de que la participación del/de la psiquiatra en estos delirios pueda decir algo digno de escucharse en lo que respecta a la

experiencia que el/la paciente atraviesa en el internamiento psiquiátrico: pasaje en que sin embargo el encierro, la sujeción física, la intervención forzosa en el cuerpo, y la ruptura de la privacidad –tanto a nivel habitacional como de la apropiación pública de que la información personal es objeto al interior del hospital-, son prácticas legitimadas, algunas de ellas sistemáticas. Asimismo X. relata:

“Tuve el caso particular de una usuaria que no quería que le dieran TEC porque pensaba que esa era una forma en que nosotros le podíamos implantar más chips en el cerebro y la íbamos a controlar más, verdad, entonces en virtud de su delirio, la paciente no tenía capacidad para dar consentimiento (...) esta señora al final se logró convencer, digamos, fue más o menos voluntariamente” (X., psiquiatra, entrevista del 2015).

En este caso, se resta validez a las protestas de la paciente dado que esta delira, y por consiguiente se desestima su capacidad para consentir o rechazar el procedimiento. La paciente teme sin embargo verse controlada vía intervención cerebral, efecto que bien se podría atribuir a un procedimiento que ha sido descrito por uno de los psiquiatras aquí entrevistados como “*resetear* el cerebro”, y que pretende precisamente alterar el comportamiento de la receptora (W. afirma inclusive, tal y como señalé en el capítulo anterior, que la TEC en casos de “psicosis” tiene como efecto principal la reducción de la “agitación”). A este respecto cabe remitirse al efecto institucional, ya señalado por anti-psiquiatras como Ronald Laing, del uso de la categoría diagnóstica de la psicosis. No existe tras el internamiento hospitalario respuesta alguna por parte del o de la paciente “psicótica” que le permita extraerse de la definición psiquiátrica de sus afectos, y las consecuencias que esta conlleva, así:

“Si el “paciente” rehúsa aceptar la definición pública de la situación, ello demuestra que sufre el delirio paranoide de que es perseguido por nuestro intento de ayudarlo a comprender que *no* es perseguido” (Laing, 1971, p.91).

La invalidez *a priori* de la palabra del/de la “psicótica” es un punto de partida, según he adelantado ya, de las mismas atenuantes asumidas por el Comité de TEC en torno a la aplicación del consentimiento informado, según las cuales el diagnóstico de “psicosis” descalifica inmediatamente al sujeto para decidir:

“Nosotros aceptamos la firma de familiares en aquellos casos donde el paciente tiene una psicosis que se determine que el paciente no tiene la capacidad para dar su aprobación para el procedimiento” (B., psiquiatra miembro del Comité de TEC, entrevista del 2015).

E inclusive, según relata N., para ser considerado/a digna de aclaraciones respecto a los tratamientos a que se le somete:

“son muy pocos los pacientes que saben que van a TEC. Eso no se hace, el consentimiento se le pide a la familia (...) casi que la mayoría de los pacientes, los que están muy psicóticos y así, uno lo ve, lo que se maneja en es que “acuértese que mañana va para que le pongan los sueritos”, verdad, porque el paciente se seda, y ahí lo que sucedió para él fue que le pusieron un suero” (N., psiquiatra, entrevista del 2015).

Según N., al administrar la TEC sin el conocimiento de sus pacientes “psicóticos”, los y las psiquiatras habitualmente se amparan en la noción de que el paciente “no tiene la

capacidad de consentir”, la cual por su parte, sugiere, se basa en una comprensión errónea de la capacidad de decisión:

“hay que ver muy bien dónde está la capacidad de decisión del paciente. Hay casos en los que sí, efectivamente el paciente no es capaz de ver el riesgo que la crisis le está generando, entonces ahí sí, hay que acudir a la familia, pero estos pacientes psicóticos refractarios, ellos han aprendido a vivir con sus delirios y sus alucinaciones, ya ellos han hasta cierto punto ejercido algún mecanismo para compensar estos síntomas y lograr cómo funcionar con ellos. Entonces si es un paciente que puede tomar el autobús, ¿por qué no le vas a preguntar, o por qué no le vas a decir que le vas a dar TEC? La mayoría de los pacientes, creo yo que si se les informara realmente qué es lo que les van a hacer la mayoría se negaría... en psicosis refractaria, por lo menos, que es lo que yo siento que hay un uso más indiscriminado del procedimiento” (N., psiquiatra, entrevista del 2015).

La “psicosis”, al manifestarse en tanto discordancia entre la estructura de la experiencia y el acontecimiento público (Laing, 1971), evoca desde la psiquiatría biomédica una reacción violenta, legitimada en un sistema diagnóstico y legal que le dan permiso de objetivar un cuerpo bajo el pretexto de que el sujeto allí está temporalmente *ausente*, y que el/la psiquiatra estaría en obligación de *recuperarle* forzándolo a reconocer las normas de las que, con su forma de estar en el mundo, reniega. Insiste además sobre esta intención aún a pesar de haber fracasado en alterar la disposición de la persona, tal y como lo muestran los casos “refractarios”, ante los cuales los y las psiquiatras hospitalarios asumen medidas aún más desesperadas.

A los y las “psicóticas”, a quienes se acusa de carecer de capacidad de juicio, a la vez se les miente, oculta y confunde, se les incapacita para comprender lo que sucede. Se les achaca su incapacidad volitiva, a la vez que se las fuerza a acoplarse a la voluntad del psiquiatra, evidenciando así que su intervención no apunta tanto a restaurar su posibilidad de “dominarse a sí mismas”, sino a que se dejen dominar por las fuerzas “correctas”. Este último componente del tratamiento a la “psicosis” se expresa aún en posiciones moderadas, tal y como la de X., quien exterioriza preocupaciones clínicas respecto a las consecuencias de la aplicación forzosa de TEC, asegurando que la administración del procedimiento

“se negocia...y en eso soy muy claro. A la fecha no he mandado a ningún paciente contra su voluntad, digamos, sujetado, a que le den TEC, nunca. Porque, a ver, yo soy una persona, y yo sé el entendimiento que los demás tienen del TEC, si el paciente tiene que ir sujetado porque cree que con el TEC yo le voy a hacer más daño, cuando yo sé que no, pero le voy a aplicar el consentimiento, y la percepción del usuario es que eso definitivamente le va a hacer más daño... o sea, va a vivir la experiencia como una situación muy cruenta. Y nuevamente le digo, no va a ayudar tampoco a la relación terapéutica que ese paciente va a tener ni conmigo, ni con los psiquiatras, ni con el hospital. Entonces lo evito. Ya si es una situación de emergencia, como le digo, donde se va a matar o va a matar a alguien más: listo, ahí no se negoció, pero yo en lo particular nunca he tenido un caso de ese extremo”. (X., psiquiatra, entrevista del 2015).

Dado que “mandar un usuario involuntario a TEC es una cosa realmente complicada, porque el paciente tiene que ir a donde le dé la gana, no podemos llevarlo sujetado o premedicado porque entonces no le vamos a poder poner la medicación de anestesia, entonces

si el paciente tiene que ir a algún lado, hay que hacerlo participar”; además de que sujetarle, según considera X., puede implicar un daño a la relación terapéutica, éste procura que los pacientes de su pabellón accedan a recibir el tratamiento, reconociendo que de lo contrario estos se sentirán violentados. Por tanto desde esta posición, se opta por persuadir, en vez de coaccionar, a los pacientes, consiguiendo de ellos y las una participación no-involuntaria, en la que no ofrecen resistencia física a la TEC, sin que pueda considerarse voluntaria en tanto la administración del procedimiento no obedece a *su voluntad*. Esta negociación, lamentablemente, se sustrae de cualquier diálogo posible con quien pretende tener como interlocutor, en la medida en que excluye la posibilidad de que las reservas de los y las pacientes relativicen la certeza médica. En casos de emergencia, según describe X., inclusive esta modalidad de negociación se suspende, dando paso al uso directo de la fuerza, ejercida en función de conservar la vida del/de la paciente o proteger a terceros:

“yo soy de negociar siempre (...) A menos de que ya sea una situación totalmente insostenible. Por ejemplo, si es un paciente que tiene que pasar sujetado las 24 horas del día porque se mata, porque en el momento en que lo suelte se va a tirar, o se va a clavar algo en la cabeza, porque se mata ya-ya-ya, tal vez ahí sí voy a negociar menos. O que sea que se suelte, la persona se suelta, y quiere matar a alguien porque hay una cosa delirante paranoide, tal vez en ese tan-tan mal, no negociaría. Pero los pacientes que yo suelo manejar que están en el pabellón no suelen estar tan-tan-tan mal, porque es un pabellón de edad.” (X., psiquiatra, entrevista del 2015).

Según plantea W., al tomar este tipo de decisión los y las psiquiatras cumplen no sólo su función médica, sino que responden a un modelo de gobierno:

“se apela al bien mayor. Es decir: al supuesto de que el paciente en ese momento no está en condiciones de tomar la mejor decisión para su bienestar, y ya esto es un tema más que médico, incluso legal, donde el médico tiene la obligación de velar por el bienestar de la salud del sujeto. Inviendo el médico el papel del Estado. El Estado que tiene que velar por el bienestar del sujeto” (W., psiquiatra, entrevista del 2015).

W. plantea que si bien durante su práctica como residente observó que

“en mucho paciente todavía quedaba ese fantasma del electroshock como algo traumático, una vez que el paciente tiene su primera sesión, pues ya la defensa baja significativamente. Ve que es un proceso indoloro, del cual no tiene recuerdo. Que a lo sumo, el síntoma así más llamativo es una cefalea posterior al procedimiento”.

El argumento del olvido ha sido esgrimido por los y las defensoras de la TEC desde los primeros usos del procedimiento, aun cuando no se administraba bajo el efecto de la anestesia (Healy y Shorter, 2010). Según plantea W. a este deben sumársele como justificantes el carácter indoloro del procedimiento, así como su efectividad a corto plazo: tres motivos por los cuales su administración inclusive forzosa representa un beneficio incuestionable al sujeto, afirmando el psiquiatra que por ejemplo:

“en el caso de un paciente depresivo suicida, pues es difícil pensar que el paciente se vaya a molestar porque lo sacaste de un estado depresivo, o de una ideación suicida muy arraigada” (W., psiquiatra, entrevista del 2015).

Tal y como justifica B., la aplicación coercitiva de TEC a pacientes “con suicidabilidad aumentada asociada con depresión” se funda sobre un balance

riesgo/beneficio en el cual se privilegia la protección de la vida de la persona. W. va aún más lejos al dar por un hecho que el/la paciente “depresivo suicida” agradecerá indiferentemente que se lo libere de su sufrimiento, aún si este anteriormente ha declinado tal oferta. La reconciliación o relajación del/de la paciente “deprimida” respecto a la aplicación de TEC tras una primera sesión se toma aquí como único punto de referencia válido desde la perspectiva del/de la paciente. No obstante, hay quienes señalan esta actitud dócil parte de los mismos efectos del procedimiento, según Jonas Robitscher, psiquiatra:

“Una ventaja en el uso de este tratamiento en lo que concierne al personal hospitalario es que tratamientos de shock sucesivos tienen el efecto de poner al paciente más y más confundido, regresivo, complaciente, y –sobre todo- olvidadizo, hasta que el paciente ya no recuerda que está luchando contra su hospitalización y el uso del tratamiento con electroshock” (1980, citado por Frank, 2006).

Un efecto similar describe la activista anti-TEC Linda Andre, quien recibió el procedimiento siendo una joven adulta:

“Mi comportamiento [después de recibir electroshock en 1984] cambió mucho. En un estupor de dañada cerebral, yo sonreía, cooperaba, admitía que había sido una chica muy enferma y agradecí al doctor por curarme. Salí del hospital como una niña recién nacida” (Andre, 1984, citada por Frank, 2006).

Si bien Linda Andre, según detalla en el extracto anterior, agradeció por la TEC en la inmediatez tras su tratamiento, posteriormente llegaría a lamentar sus efectos, afirmando que “es realmente importante señalar lo que la TEC hace a las emociones. Es como si yo

existiera en una especie de limbo ahora mismo. No me siento deprimida. Por otra parte, no me siento feliz. Sencillamente no siento nada en lo absoluto”, por ello Andre afirma que la TEC, aun si se le atribuye la capacidad de salvar vidas habría destruido la suya al “quitarme todo lo que hacía que valiera la pena vivirla en primer lugar” (1984, citada por Frank, 2006). Este tipo de matices no se aprecia, sin embargo, cuando se privilegia de manera absoluta la supresión de la “depresión” y la ideación suicida como objetivos de la intervención psiquiátrica.

No obstante, otros psiquiatras entrevistados sostuvieron una posición distinta –a la defendida por W.- respecto a este tipo de caso, entre ellos N. quien considera que

“hay personas que quieren morirse y tienen derecho, y que no necesariamente está mediando una condición psiquiátrica que es la que les está llevando a hacer eso, pero lo que se nos han enseñado es que al que se quiere matar hay que internarlo, yo creo que hay también una cuestión de del derecho de la persona, que es la vida de la persona, y si la persona decide que ella quiere acabar con su vida, es una decisión creo yo hasta cierto punto muy respetable. En pacientes con ideación suicida podría pensar que hay un porcentaje que quiere mejorar, que quiere seguir adelante, y esos sí estarían anuentes (...) y uno sí lo ve, hay pacientes que le dicen a uno “doctora, yo quisiera salir de esto, que usted me diera algo que realmente me hiciera...”, pero en ese caso sí, el paciente consiente, pero hay otros que no, y el suicida-suicida-suicida te va a decir que no” (N., psiquiatra, entrevista del 2015).

La psiquiatría hospitalaria según se desprende de lo discutido por N., sea internando y tratando a todo/a paciente suicida indiferentemente de su disposición, o seleccionándoles

según un perfil particular –a saber, si está o no “deprimido”-, se desempeña rutinariamente en su trato de los y las pacientes involuntarias como administradora del derecho a matarse, que inculca por la vía somática el valor de la vida no en tanto materialización de una singularidad, sino meramente en su sustrato biológico. Al aplicarse TEC de forma coercitiva a personas con comportamientos o intenciones suicidas no se ofrece escucha alguna a sus conflictos particulares –de peso suficiente para ameritar jugarse la vida en resolverlos-: se los trata de erradicar interviniendo las emociones desde su base fisiológica, negándosele así la posibilidad de hacer queja o demandar una transformación de sus condiciones de vida.

Los testimonios hasta aquí discutidos dan cuenta del “tránsito del estatus civil al estatus de paciente” (Goffman, 1961), en que a través de la transferencia de los derechos del/de la paciente a una persona allegada, se mantiene la ficción de que aunque esta no los pueda ejercer, aún los conserva. Como parte de esta transacción, es posible que los y las psiquiatras entren en complicidad con las mismas dinámicas que el malestar del/de la paciente denuncia, al depositar toda necesidad de cambio en el paciente mismo, obstruyendo así la reflexión en torno a las estructuras de poder al interior de la familia, la comunidad, el trabajo, o etc., y que se reproducen inclusive al interior del hospital.

Mientras que pacientes en edad adulta son “infantilizados” al limitárseles a emitir un asentimiento verbal, a medida que se solicita a su familia el permiso para proceder con la TEC, por su parte los y las menores de edad en idéntica situación, y de manera predeterminada, se encuentran indistintamente sujetos a la disposición de su familia o representantes. Otra población que en un contexto semejante podría encontrarse en desventaja es la de las mujeres embarazadas con “desórdenes afectivos” las cuales según

plantean W. y O. en sus entrevistas están entre las principales receptoras de TEC, dado el riesgo que implica el consumo de psicofármacos durante el embarazo. En tales casos, según demanda el protocolo, el único requisito adicional consiste en una valoración gineco-obstétrica de riesgo, tras lo cual el procedimiento podría administrarse en las condiciones que he descrito en este apartado.

Una situación aún más vulnerable podrían enfrentar pacientes que acuden al ámbito privado, en tanto según argumentan algunas entrevistadas, los psiquiatras que trabajan en este sector cuentan con mayores libertades que aquellos del H.N.P.. Estas aseguraron haber escuchado por parte de sus pacientes acerca de un “colega de Alajuela que llega el paciente, y sea lo que tenga (le dice) “usted lo que ocupa es TEC” y ¡Ra! ... sin anestesia” (L., T., y N., psiquiatras, entrevista del 2015). Por lo que tampoco se puede negar que los controles a los que se somete a los psiquiatras del H.N.P. cumplen una función en alguna medida protectora.

Debido a las limitaciones aquí detalladas del consentimiento informado como medida para transformar las relaciones psiquiatra-paciente, algunas psiquiatras entrevistadas sugirieron como alternativa una mayor “psicoeducación”, con el objetivo de “empoderar al paciente respecto a su enfermedad”, direccionado a que “él sea dueño de su enfermedad, que él tenga la posibilidad de identificar cuándo necesita ayuda, o de decir *no quiero esto*” (N., psiquiatra, entrevista del 2015), siguiendo el modelo de “pacientes expertos” (T., psiquiatra, entrevista del 2015). Un problema que señalan estas psiquiatras es que los y las mismas pacientes en ocasiones no desean asumir responsabilidad sobre su situación, con lo cual confían la solución a su malestar al/a la psiquiatra. Considero que si bien una medida psicoeducativa podría sentar las bases para una mayor apropiación del

tratamiento y eventual cuestionamiento del proceder psiquiátrico en lo concreto, no así ofrecería una alternativa que ponga en duda su poder, en tanto se limita hacer de los y las pacientes portadoras del discurso psiquiátrico, comprometidas con su estatus de enfermas mentales.

Reflexiones finales

A lo largo de este capítulo he intentado problematizar el uso de la TEC, tanto en sus aspectos generales como en sus especificidades, en función de las demandas que desde la sociedad se han planteado a la psiquiatría, y a las que esta debe acoplarse para conservar su posición profesional.

A partir de este ejercicio se han visibilizado contradicciones a nivel de las normativas, nacionales e internacionales, que han dado forma al uso actual de la TEC. Esto pues si bien inicialmente se plantearon como medidas para limitar el poder de la voluntad psiquiátrica sobre los y las pacientes, al solicitarle a la psiquiatría dar cuenta de sí según una racionalidad científica, parecen haber promovido su *perfeccionamiento técnico* (Basaglia, 1971), una intensificación de los criterios de verdad según los cuales la disciplina adquirió en primera instancia su estatus como rama de la medicina, y que le ha librado de reconocerse y reflexionarse en su función securitaria.

La función securitaria aparece a su vez vinculada a las necesidades de una sociedad que no muestra la capacidad de tramitar el conflicto a nivel comunitario, que insiste en expulsarlo del espacio público, individualizándolo. En este sentido, el estudio de las condiciones en que la TEC adquiere su importancia, en el contexto de una psiquiatría que se propone comunitaria, se presta para la reflexión respecto al tipo de comunidad que

aparece como posible en este momento histórico, y el modelo de sujeto que se proyecta a su interior.

Desde el ámbito legal, no sólo se reitera la pertenencia de la psiquiatría al gremio médico, pasando por alto toda serie de contradicciones; sino que además se legitima su uso de la fuerza a partir de categorías basadas en un modelo de sujeto –a saber, el sujeto autónomo liberal-, declarándose lícitos el engaño e inclusive la coerción en aquellas instancias en que la persona falle en cumplir sus estándares, y bajo la premisa de que este fracaso responde a un problema de salud. En este sentido cabe retomar la crítica esbozada por Rose, ya desde 1985, a la “ideología de derechos” en torno a los y las pacientes psiquiátricos; a saber, que esta parte de la categoría del individuo libre de elegir como base auto-evidente para el análisis y la crítica. Lo anterior resulta problemático dado que dicho sujeto es una construcción normativa del discurso social y político occidental, que se naturaliza desde el punto de vista legal. Esto conlleva una incapacidad ideológica para aceptar en el otro grados disminuidos de autonomía, entendida en tanto capacidad y/o disposición de adaptación a la realidad capitalista. De esta forma, la autonomía es susceptible de ser utilizada tanto a favor como en contra del internamiento y tratamiento forzosos: es precisamente la incapacidad de los y las pacientes psiquiátricos para presentarse como individuos libres la que cimienta las atribuciones de “enfermedad mental”, y justifica que se tomen medidas para “devolverles” su autonomía perdida.

Finalmente, la cuota de autoridad adquirida por los y las psiquiatras individuales –supuesta no sólo en las potestades que se les confiere a nivel explícito, sino además implícitamente en la flexibilidad de las regulaciones a que están sujetos- se encuentra supeditada a su obediencia a una serie de disposiciones desde las cuales deben pensar su

práctica, interrogarse respecto a su función, e inclusive encarar al otro con quien se encuentran en su trabajo. En este sentido la Psiquiatría basada en la evidencia, los protocolos y las definiciones ofrecidas por la bioética institucional –entre otras propuestas discursivas- ofrecen a los y las psiquiatras problemas despolitizados y respuestas burocráticas que les previenen de cuestionarse los términos en que su profesión ha sido definida.

Capítulo 4. De la TEC a la rehabilitación, el nuevo proyecto del Hospital Nacional Psiquiátrico

El 26 de julio del 2016, el periódico *La Nación* anunció que “El Hospital Nacional Psiquiátrico cambió su modelo de atención. Ya no funcionará como un lugar de asilo para personas con enfermedades mentales crónicas”. El artículo señala que “los males mentales eran causa de encierro en 1890”, cuando el hospital funcionaba como “un sitio de reclusión y aislamiento”. En cambio, “el nuevo sistema de atención busca que quienes ingresen con una crisis de algún trastorno psiquiátrico mayor (esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastorno bipolar o psicosis) consigan estabilizarse en una estancia no mayor a 30 días en promedio”, pues “los nuevos tratamientos y medicamentos así lo permiten”. Con esta transformación, según plantea el periódico, se culmina un proceso que inició en la década de los 90, en que los y las pacientes empezaron a organizarse en pabellones no según su patología, sino de acuerdo a su nivel de funcionalidad global y dependencia a terceros; todo esto con miras a su rehabilitación y reingreso a la comunidad.

El uso actual de la TEC es entendido por los y las psiquiatras de acuerdo a este proyecto de transformación de la psiquiatría institucional costarricense. La TEC no “cura”; sin embargo algunos psiquiatras justifican su uso como una medida contingente, condicionada por la urgencia, que al acortar las crisis permite posteriores intervenciones no solo psicofarmacológicas, sino eventualmente de índole social, psicológica, y/o laboral. La TEC, se supone, ayuda a crear las condiciones para emprender la reinserción comunitaria de los y las pacientes, contribuyendo a objetivos institucionales de inclusión social: sostener a los y las pacientes en su entorno familiar, promover su inserción laboral, y alcanzar su consecuente autonomía. Los términos con que se define una inclusión a que la

TEC pueda contribuir, lo que esta supone acerca de la vida en familia, la comunidad, y el trabajo, es lo que aquí he intentado problematizar.

En este capítulo por tanto intentaré dimensionar la institucionalidad en la que se inserta el H.N.P. en la actualidad, y el modelo político-económico a que responde, situando sus operaciones dentro de un proyecto nacional históricamente determinado. Para ello me enfocaré en los programas de rehabilitación psiquiátrica, el paso lógico después de la TEC, según son descritos por los y las psicólogas y psiquiatras del hospital: ¿qué pretenden rehabilitar en el sujeto, con qué propósito, y a través de qué medios? ¿Qué tipo de ciudadano aspiran a formar o sancionar, y qué formas de convivencia promueven? Empezaré por ubicar históricamente, de manera breve, los programas de psiquiatría comunitaria en el H.N.P. y sus vínculos con el reformismo neoliberal en el país. Posteriormente problematizaré la adaptación como objetivo manifiesto de la rehabilitación psiquiátrica, y el tipo de sujeto que esta requiere en el capitalismo neoliberal. Finalmente, discutiré a partir de un caso concreto tomado de Ramírez (2009) el modelo de inclusión que se plantea desde esta perspectiva de psiquiatría comunitaria.

5.1. Reformismo neoliberal, descentralización de los servicios de salud y psiquiatría comunitaria

Según se desprende del artículo ya citado de *La Nación*, el proyecto de H.N.P. ahora en curso se define en oposición al que inspiró la apertura de su antecesor en 1890: el Hospicio Nacional de Locos, descrito por el medio como un “sitio de reclusión y aislamiento”. Para dar su debido peso a esta diferenciación, no obstante, es necesario

visibilizar también las continuidades existentes entre ambas versiones de la institución psiquiátrica.

La apertura del Hospicio tuvo lugar dentro de la reforma penal y médica de 1890-1910, orientada por el proyecto de Estado liberal en Costa Rica. Esta reforma implicó también la implementación de los reglamentos de Higiene y de Prostitución; las leyes de Vagancia y de Profilaxis Venérea; el Presidio San Lucas, y la Penitenciaría Central, entre otras. El Hospicio fue por tanto una entre otras instituciones a que se encargó el control social de la población, y la difusión de valores como la disciplina interna, la individuación, la competencia, la familia monogámica nuclear y la moral sexual, que se oponían a y desvalorizaban las formas de sociabilidad que les precedieron (Flores, 2007).

El Hospicio, según ha señalado Flores (2007), se propuso como una forma caritativa de brindar abrigo y asistencia a los y las “dementes pobres”, y sacar de circulación los que rondaran las calles. Este sin embargo funcionaba como un sitio de reclusión para cualquier persona –aunque usualmente pobre- cuyo malestar psíquico entorpeciera el acato de sus nuevas responsabilidades cotidianas. Por ello la autora ha relacionado su apertura con la fundación de una forma de convivencia, basada en patrones de normalidad y moralidad, identificación y exclusión de irregularidades. Los efectos violentos del viraje hacia el proyecto liberal eran explicados en el Hospicio desde una lectura biologizante del sufrimiento, que se atribuía en su etiología a la herencia, el alcoholismo, o inclusive la pobreza, aunque por sus efectos meramente fisiológicos.

La visión biologizante del malestar social, según se ha discutido en esta tesis, se mantuvo en el H.N.P. a lo largo del tiempo y a grandes rasgos hasta la actualidad. Los

valores liberales por su parte han sido incorporados al sentido común, por lo que – veremos- los propósitos de la rehabilitación aún estriban a fomentar la individuación, la competencia, la familia nuclear, entre otros. No obstante, el modelo de reclusión de la desviación psiquiatrizada rápidamente mostraría su inviabilidad institucional y económica.

Si bien Solís (2013) ubica las preocupaciones por el hacinamiento al interior del entonces llamado Asilo Chapuí entre las décadas de los 30-40, relacionándolas con el uso de los procedimientos de shock, Ramírez (2009) apunta que en Costa Rica se hicieron esfuerzos por descongestionar el Asilo desde la década de los 50. Lo que destaca en esta época no obstante es el traslado de 60 “enfermos mentales crónicos” del Asilo a un “Hospital Granja de Rehabilitación” donde se dedicaran a actividades agrícolas. Este fue un modelo de “terapia ocupacional” que se sostuvo hasta el traslado del Asilo a Pavas (p.30). Rehabilitación y segregación social de los y las pacientes eran entonces vistos como elementos compatibles. Sin embargo progresivamente se ampliaría la perspectiva psiquiátrica para incorporar –aunque de forma secundaria- intervenciones de índole psicológica y social, vinculadas a un modelo de rehabilitación que apelaba a la vida en comunidad.

En 1954 se incorporó al Asilo Chapuí el servicio social, y en 1957 el departamento de psicología. Las iniciativas tendientes hacia la psiquiatría comunitaria estuvieron presentes desde 1960 con lo que, progresivamente, el hospital se orientó ya no a la exclusión sino a la integración de la población atendida: una transición asociada con el ahorro de recursos (Miranda, 1990). En 1961 ya se lanzaban programas dirigidos a la promoción de la salud mental desde las comunidades, surgiendo hacia finales de los 60 e inicios de los 70 el Hospital Diurno y el primer programa de hogares transitorios. No

obstante estas iniciativas resultaron a menudo contradictorias y poco consolidadas (Ramírez, 2009). Una apuesta más sistemática por la comunidad se empezaría a fortalecer a partir de los años 80, coincidiendo con el traslado del H.N.P. a la CCSS (en 1977), la crisis económica y de la seguridad social en Costa Rica, y la transición hacia el reformismo neoliberal en el país. Veamos.

A partir de 1970 inició a nivel mundial un giro hacia el neoliberalismo, traduciéndose en instancias de desregulación y privatización, así como el abandono relativo o total, por parte del Estado, de diversos servicios sociales (Harvey, 2007). En Costa Rica este viraje empezó a partir de los años 80, en el contexto de la crisis económica internacional, y significó la asimilación a nivel de política pública y económica de medidas impulsadas por agencias y bancos internacionales, que condicionaron sus préstamos a la reducción del Estado (León, 2016).

Las transformaciones propiciadas por los Programas de Ajuste Estructural, impuestos por el Banco Mundial en Costa Rica, llevaron según señalan Arias y Muñoz (2007) al deterioro del poder adquisitivo de la población asalariada, el aumento del desempleo, y la predominancia en la generación de empleo de los trabajos informales; es decir: a una precarización de las condiciones de vida de la población. Aunado a esto, se optó por la reestructuración de los servicios en las instituciones de atención social, aplicándose en adelante una política de gasto social focalizado a los sectores más empobrecidos. Esto significó una disminución de hasta 5% del PIB destinado al gasto social (Arias y Muñoz 2007), el cual se recuperó en su totalidad hasta 34 años después, en 2014 (Estado de la nación 2015). Se ha denunciado por tanto la renuncia estatal a la aspiración universal de la movilidad social, a favor de la lucha contra la pobreza. También se ha señalado que con la

perduración de las políticas focalizadas, se han reemplazado los servicios sociales tradicionales (León, 2016).

Tras la crisis económica mundial, Costa Rica continuó funcionando como una *mixed economy*, liberalizando gradualmente algunos mercados mientras conservaba monopolios estatales y la provisión de bienes públicos. La crisis de los 80 por tanto no se tradujo en la eliminación de la asistencia –como ya se dijo- ni de la seguridad social, sino en una serie de reformas orientadas a la racionalización de sus recursos, desde un modelo descentralizado para el caso de la salud. La reestructuración de la CCSS sin duda tuvo un impacto negativo, implicando la extensión de los tiempos de espera para obtener una cita, el resurgimiento de enfermedades ya erradicadas, aumentos en las tasas de morbilidad de enfermedades que habían sido controladas, el deterioro de las finanzas de la institución, y el incremento en la oferta de servicios médicos privados (Malavassi, 2016). No obstante estas medidas parecen haber sido tomadas con la intención de sostener la CCSS ante la crisis, no de sabotearla (Vallejo, 2015).

Lo anterior no debe sorprendernos: ya algunos han argumentado que la seguridad social no entra en contradicción con el sistema capitalista, pues contribuye a paliar sus efectos negativos (Vallejo, 2015). Las políticas públicas en materia social además, aunque orientadas a impulsar la inclusión, pueden adoptar racionalidades neoliberales, cuando sitúan como su principal propósito y justificación el crecimiento económico o la competitividad, o priorizan el ahorro, en ocasiones dirigiendo sus acciones hacia la familia como última instancia de privatización –es decir, recargando sobre las familias responsabilidades que anteriormente asumieron instituciones estatales (Brown, 2015).

En lo que respecta al H.N.P., la sobrecarga de trabajo y hacinamiento ha sido objeto de preocupación de todos los y las directores. No obstante durante los años 80 parece tomar mayor relevancia, en la institución, la necesidad de acortar los internamientos e implementar programas de rehabilitación. La preocupación manifestada desde los 80 por los efectos del “hospitalismo que conlleva un rompimiento de los lazos familiares y comunales” (Casas, 1980, p.19) confluye con la necesidad de economizar, impulsando el lanzamiento de un proyecto piloto de rehabilitación en el hospital. El piloto fue lanzado con miras a 1981, en que se celebraría el año internacional de las personas inválidas de la Asamblea General de la ONU. Sus objetivos declarados: paliar el sufrimiento de los y las pacientes y capacitarlos para una actividad económica útil y remunerada (Ferreira, 1980).

Los programas de rehabilitación se asociaban a una visión desconcentrada de la psiquiatría, en línea con las transformaciones estructurales que atravesara la CCSS en su totalidad. En 1985 el Dr. Adis –creador de la Unidad de Psicología Clínica en el H.N.P.- y el Dr. Arce –psiquiatra- escribían:

“Es evidente que la orientación futura de la psiquiatría es en el sentido de organizar servicios de agudos en los hospitales generales y en hacer énfasis en programas comunitarios que permitan tratar al paciente en su misma comunidad, tan cerca de la familia como sea posible, protegiendo los vínculos sociales y laborales en la medida de lo posible. Por ejemplo, hogares transitorios, talleres protegidos, albergues, hospital diurno, tratamiento y rehabilitación del enfermo mental en forma efectiva, sin tener que desvincular al paciente de su comunidad” (p.17).

Entre los beneficios que tal modelo ofrecería, los psiquiatras destacaban la posibilidad de “ayudar de mejor manera a las comunidades a conservar su salud y prevenir la enfermedad”, disminuyendo con ello “la demanda de atención secundaria, permitiendo un mejor aprovechamiento de los recursos” (p.17). Para que este proyecto fuera viable se debía alcanzar la salida sostenida de los y las pacientes recurrentes o “crónicos”. El nuevo énfasis en la rehabilitación, orientada al moldeamiento activo de la subjetividad según parámetros adaptativos –y por tanto a cargo principalmente de los y las psicólogas-, marcaba la pauta para conseguirlo.

5.2. Soluciones biográficas a contradicciones sistémicas

A la vez que fomenta la privatización, desfinanciamiento y/o racionalización de los servicios sociales estatales, el neoliberalismo propicia patrones de “responsabilización”, en que se demanda a los sujetos asumirse como inversores/proveedores de sí mismos, capaces de anticipar y amoldarse a las vicisitudes del mercado (Brown, 2015, p.105). Según esta lógica, traducida en un “principio de realidad”, los sujetos han de comportarse como pequeños capitales en competencia, cuyo éxito o fracaso económico dependerá enteramente de su capacidad auto-administrativa (Brown, 2015, p. 35). En esta línea, recaen sobre la institución psiquiátrica presiones por integrar socialmente a los y las pacientes a través de las coordenadas de la responsabilización, una respuesta a todas luces limitada para paliar los efectos de un modelo económico cuyo principal producto son las “vidas desperdiciadas” (Bauman, 2006).

El carácter individualizante de la rehabilitación predomina como propuesta, si bien los y las pacientes sujetos a ella con frecuencia han sido objeto de diversas formas de violencia y exclusión, siendo la llamada “enfermedad mental” una de tantas condiciones que dificultan su supervivencia física fuera de las instalaciones del hospital o sus extensiones. Si bien la segregación de estas personas ya no es una respuesta política y económicamente viable, existe una clara desproporción, respecto a la violencia estructural a que se enfrenta, de los recursos con que cuenta la institución para integrar a los y las pacientes a una sociedad que les expulsa.

A este respecto, dado que los anuarios estadísticos del H.N.P. no recogen información socioeconómica, los datos con que se cuenta son anecdóticos pero significativos. Sandoval (2009) señalaba en una evaluación del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR), que discutiré en esta sección, que en su muestra de 22 pacientes: la mitad era analfabeta o semianalfabeta, 27.3% contaba con educación primaria incompleta, 13.6% no concluyó la secundaria, y solo 9,1% tenía estudios medios o superiores. Ramírez (2009) hizo por su parte una valoración casuística del PIR, reiterándose a través de los 5 casos por ella seleccionados las vivencias de violencia intrafamiliar, pobreza, callejización, abuso de drogas y expulsión del sistema educativo.

En 1995 se sopesaba el efecto iatrogénico de los hospitales mentales tradicionales, oponiendo a este el problema que representaba la “descarga” de los y las pacientes en la comunidad, ante la carencia de un esfuerzo adaptativo realmente estructurado y la insuficiencia de la farmacoterapia. Así lo discutieron el Dr. López –coordinador de psicología clínica del H.N.P.-, y la Lda. Méndez –psicóloga- en un artículo de la *Revista*

Cúpula, desde el cual extendían un “llamado a la acción” y a la reflexión en torno a cómo rehabilitar a los y las pacientes psiquiátricas.

Como posible solución a la doble imposibilidad de la “descarga” en la comunidad y la permanencia en el H.N.P., López y Ruiz (1995) ofrecían algunos principios respecto a la Rehabilitación del Enfermo Mental (REM) que a su parecer debían guiar dicha práctica en adelante: se debía partir de la conducta humana como objeto susceptible de *moldeamiento* gradual, enfocándose en la mejora de competencias del/de la paciente; además, el énfasis debía ponerse en “factores de realidad más que intrapsíquicos, procurando una mejora conductual en el medio donde el paciente la necesita”, y favoreciendo el desempeño laboral (López y Méndez, 1995, p.5).

La propuesta presentada por López y Ruiz (1995), basada en bibliografía extranjera, ofrecía una metodología centrada en la adaptación del/de la paciente a una lógica esencialmente neoliberal. Los psicólogos defendían que “derribar los muros del manicomio exige abrir las puertas del mercado laboral a los psicóticos”. Planteándose como su finalidad la inserción de los y las “psicóticas” al mercado, los psicólogos enfatizaban la necesaria individuación, la estructuración yoica basada en la autoevaluación y la capacidad para anticipar resultados de los sujetos. Proyectaban así entre los objetivos de la REM “estimular aspectos del mundo externo que permitan al paciente alejarse de fantasías patógenas”, “estimular la noción de identidad”, “fortalecer la estructuración yoica creando pautas de referencia que permitan pensar en función del tiempo, el espacio, y la historicidad”, e “incorporar las reglas básicas de movilidad social (por ejemplo la competencia)” (1995, p.6). Durante los siguientes años se intentará perfeccionar técnicamente esta propuesta, optándose por un modelo individualizado de rehabilitación.

El Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) -desarrollado en el H.N.P. desde el año 2000 y generalizado para todos los pabellones a partir de 2005- coloca su énfasis en las “áreas vitales”, aquellas “parcelas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada” (Sandoval, 2011, p.15).

En función de las áreas vitales, los Planes Individualizados de Rehabilitación establecen objetivos a alcanzar con el/la paciente según su nivel de funcionalidad. El programa avanza a través de distintas etapas que suponen una complejidad creciente de las metas a seguir, según el esquema propuesto por Sandoval (2011, p.15):

- Salud y rehabilitación física
- Vida diaria básica (levantarse, bañarse, asearse...)
- Vida diaria instrumental (aplanchar, utilizar la lavadora, cuidado del espacio personal, relaciones familiares dentro del pabellón...)
- Vida diaria compleja (mantenimiento y cuidado de la casa, alimentación, convivencia integrada, desplazamiento...)
- Área social familiar y legal (relaciones estables de pareja y con personas con las que convive, reinserción familiar y comunitaria...)
- Salud mental y conductual (higiene, aseo, hábitos de sueño y alimentación, consumos tóxicos para el organismo, medicación, competencias para enfrentar situaciones de crisis, variables ambientales de riesgo, entrenamiento en habilidades sociales, extinción de conductas inapropiadas, estimulación cognitiva...)
- Autonomía laboral (incorporación y mantenimiento integrado y adaptado en el mundo laboral)

- Ocupación del tiempo libre (cantidad y calidad de actividades que se realizan en el tiempo libre)
- Autonomía en el entorno comunitario (para funcionar con mínimos problemas en su entorno, uso de transporte público, banca...)

Se puede observar en el desglose de las distintas áreas vitales que el énfasis del PIR – al igual que el de su antecesor- no está puesto en la resolución de problemas de “fondo”, sino en la funcionalidad e integración del/de la paciente. Así, su principal aporte consiste en operacionalizar una serie de requisitos, medibles y sujetos a evaluación, necesarios para la adaptación de cada persona. Es en su pretendida sistematicidad que el PIR adquiere un carácter mecanicista, pues parece construir la salud mental como un agregado de buenos hábitos, cálculos, precauciones y respuestas predefinidas a situaciones problemáticas; y avanzar una noción de autonomía en que la capacidad para tomar decisiones propias no es prioritaria.

La idea de integración comunitaria que se desprende de este modelo es, teniendo en cuenta lo anterior, considerablemente limitada. A modo de ejemplo, Sandoval (2011) ofrece una forma de desglosar el siguiente objetivo en un PIR: “conseguir una mayor integración adaptativa al entorno comunitario”; desagregándose éste en los objetivos específicos “permanecer dentro de un comercio durante un tiempo (15 minutos) sin realizar compras innecesarias”; “esperar el turno en la fila hasta que corresponda ser atendido”; y “utilizar de forma adecuada las instalaciones de un polideportivo o parque recreativo” (p.13). La integración en el entorno comunitario en tanto objetivo, se sigue de lo anterior, no contempla a la comunidad misma en su dimensión interpersonal, más allá de su esfuerzo por anticipar y evitar las posibles reacciones incómodas de terceros ante los

comportamientos del o de la paciente. No se plantea incidir en las condiciones de vida del/de la paciente ni producir un medio más inclusivo.

Debido a lo anterior, si bien “los procesos (de rehabilitación) más exitosos son aquellos que incluyen *o tratan de incluir* los deseos del sujeto de forma que sea él quien escoja entre diferentes alternativas” (Ramírez, 2009, p.58), las preferencias personales de los y las pacientes de manera habitual entran en tensión directa con los propósitos de la rehabilitación. Por lo demás, dado que el entendimiento actual de la “enfermedad mental crónica” incluye como uno de sus principales criterios la dificultad en el mantenimiento de la autosuficiencia económica, y los y las pacientes en rehabilitación suelen tener pocas perspectivas de movilidad social o siquiera de colocación laboral, el rango de opciones desde las cuales pudieran elegir en su proceso de “curación” es en lo concreto significativamente estrecho.

Desde el PIR no obstante se busca que los y las pacientes se acerquen cuanto puedan a la autonomía (Sandoval, 2011). Por ello, para aquellos y las pacientes que tienen resueltos los niveles de vida diaria básica y vida diaria instrumental se mantiene la preocupación por fomentar el sentido del trabajo, una noción del valor del dinero, y el respeto por la propiedad privada, quedando claro que estas actitudes básicas estructuran las relaciones sociales para las cuales se les quiere habilitar (Ramírez, 2009). Con este propósito H.N.P. ofrece a algunos pacientes un trabajo en talleres protegidos, remunerado por un “incentivo terapéutico”. Esta escenificación controlada de los intercambios de mercado no obstante tiene implicaciones más allá del mero entrenamiento para el manejo del dinero: este apunta a la integración del sujeto no solo al mercado laboral, sino además a

una comunidad simbólica que comparte una realidad “economizada” (Brown, 2015), en que la autonomía y la autorrealización son definidas en términos laborales.

Pero la importancia de la responsabilización del/de la paciente reside no solo en la expectativa de que esta se pueda sostener económicamente, pues para algunas de ellas, a ojos de los y las cuidadoras, esta es una posibilidad remota (Sandoval, 2009). La visión economizada de la rehabilitación se extiende más allá de lo meramente monetario hasta abarcar todo ámbito de la “salud mental”. Se exige en este marco al sujeto un rendimiento, ya no solo laboral y académico, sino también afectivo e interpersonal.

Llama la atención que la primera evaluación científica del PIR, realizada por Sandoval (2009), estuviera basada en la aplicación de la *Escala de Desempeño Psicosocial* (SBAS en sus siglas en inglés). Esta fue “diseñada para evaluar la conducta y el desempeño de los roles sociales de los sujetos”, y debe ser llenada no por los y las pacientes sino por sus familiares o cuidadoras. En este caso, se solicitó a los cuidadores que valoraran el “desempeño psicológico” y “desempeño social” de 22 pacientes en rehabilitación: su emocionalidad y disposición, sus momentos de tristeza, irritabilidad, indecisión, inactividad, lentitud, retraimiento o descortesía, así como su uso del tiempo libre, sus relaciones afectivas con el/la cuidadora, y el uso de recursos comunitarios, entre otros. Por otra parte, si bien Sandoval (2009) entrevista a los y las pacientes involucradas en este estudio –que expresan sentirse mejor en las casitas que en el H.N.P., aunque se quejan de múltiples disposiciones que limitan su autonomía-, sus respuestas solo tienen en la publicación una mención general, a diferencia de las evaluaciones de los y las cuidadoras, desagregadas por indicador en el artículo.

En términos generales, la investigación parece no estar tanto destinada a evaluar el PIR -su metodología, las condiciones de su desarrollo, los y las cuidadoras-, como a los y las pacientes. El énfasis de Sandoval (2009) en las impresiones de los y las cuidadoras, y su abordaje de la salud mental en términos de desempeño, evocan la imagen de superiores calificando a sus empleados, con la diferencia de que aquello que los y las pacientes deben producir es a sí mismos, según parámetros ajenos. Considero que esta forma de plantear la rehabilitación reproduce la racionalidad normativa que, según Brown (2015) ha señalado, rige el comportamiento del sujeto neoliberal: este es cada vez menos, como lo fuera en el modelo liberal, un sujeto de interés o de deseo. El yo, en cambio, se torna un capital en el cual invertir inclusive a través de la recreación o las relaciones amorosas, pero siempre de acuerdo a criterios predeterminados.

5.3. “Quería ser yo, pero me equivoqué”: la institucionalización extra-muros como modelo de inclusión

Hasta aquí he querido posicionar que la rehabilitación psiquiátrica, en el contexto histórico actual, fomenta un modelo de inclusión social que no puede renunciar a la producción de subjetividades psiquiatrizadas. Invalidación y patologización de formas disidentes de experimentar el mundo van de la mano con la adaptación del sujeto y su necesaria adscripción a un principio de realidad neoliberal. Esto no implica, de manera alguna, que el PIR no ofrezca una serie de beneficios concretos y verdaderas oportunidades de transformación para los y las pacientes. Al contrario, la mejoría que este programa implicó en la vida de algunos pacientes se hace evidente en la tesis de Ramírez (2009), quien desarrolla una valoración casuística del PIR. Las condiciones para esta mejoría, en sus efectos subjetivantes, no obstante merecen ser problematizadas. Veamos un caso.

Predominantemente diagnosticada con “esquizofrenia paranoide”, Rita es una mujer negra con una historia personal plagada de dificultades, entre ellas la temprana muerte de su madre y su hermana, el rechazo de su padre, tres instancias de abuso sexual ocurridas a los 5, 11, y 18 años de edad (dejándole esta última como resultado a su único hijo), vivencias de callejización, y consumo de drogas. La mujer se somete a controles psiquiátricos desde los 13 años, señalándose no obstante su mala adherencia a la medicación. En el siguiente cuadro se resume, por tanto, solo una porción de su carrera psiquiátrica, a partir de su primer internamiento a los 19 años (Ramírez, 2009, pp. 89-99):

Tabla 5.1. El caso de Rita

| Ingreso | Situación que lo provoca | Observaciones en el Hospital | Tratamiento |
|--|--|--|--|
| 1ero (un mes de estancia, 1994) | Delirios y alucinaciones auditivas. Abandono de su tratamiento medicamentoso. Descrita como “hiperbúlica”, dando problemas de “manejo para su agresividad”. Mantiene capacidad de autocuidado | No respeta órdenes: se le aísla y sujeta en diversas ocasiones. | TEC Ajuste de fármacos: Haloperidol, 10 mg, dos veces al día; Biperideno, 2 mg en la mañana y a medio día, y Difenhidramina, 100 mg en la noche. |
| 2ndo (21 días de estancia, 1995) | 15 días después de su egreso, actúa de forma muy agresiva e intenta asesinar a su hermano. | Se la considera un caso de difícil tratamiento y pobre pronóstico. | Tratamiento antipsicótico de depósito: Decanoato de Anatsol, 3 cc intramuscular cada 15 días; Biperideno, 4 mg en la mañana y 2 mg a medio día, y Difenhidramina, 50 mg en la mañana y 100 mg en la noche. |
| 3ero (1 mes 23 días de estancia, 1995) | Ocho días después de su egreso. Amenaza con cuchillos a su hijo y agrede a su hermana. | | Se trabaja con la familia, que muestra rechazo hacia Rita. Se les explica que su conducta es causada por su enfermedad y se les convence de recibirla de |

| Ingreso | Situación que lo provoca | Observaciones en el Hospital | Tratamiento |
|---|--|--|--|
| | | | <p>vuelta, con el compromiso de que esta tomara su medicación.</p> <p>Se adiciona un antidepresivo: Amitriptilina, 75 mg en la noche.</p> |
| 4to (2 meses de estancia, 1995) | <p>A tres meses de su egreso. Se encierra en su cuarto, no quiere hablar a nadie, y acusa a sus familiares de ser "hipócritas". Expresa querer hacerse daño.</p> | <p>Se la observa aislada, con afecto deprimido, expresa sentir que nadie la quiere y deseos de hacerse daño.</p> | <p>Se conserva tratamiento farmacológico, y se le aplican 10 sesiones de TEC.</p> |
| 5to (1 mes y 15 días de estancia, 1995) | <p>Poca información</p> | <p>Profesionales a cargo describen a Rita con un trastorno de conducta agresiva y psicótica. Además citan sintomatología depresiva tras las épocas festivas.</p> <p>Se la describe como hostil, demandante, y peleona.</p> <p>Grave problemática de aceptación familiar: Quejas por falta de adherencia al tratamiento. No atiende a su hijo. Se torna muy agresiva.</p> | <p>Orientación a familiares con respecto al manejo del comportamiento de Rita.</p> <p>Rita se fuga.</p> |
| 6to (8 meses y 20 días de estancia, 1998) | <p>Intento de autoeliminación con medicamentos, referencia a un hombre que abusó sexualmente de ella.</p> <p>Temor y rechazo de familiares y vecinos.</p> | | <p>Ajuste de la medicación con el esquema Decanoato de Flufenazina, 3cc intramuscular por mes; Melleril, 100 mg en la mañana, 100 mg a medio día y 200mg en la noche, y Biperideno, 4 mg en la mañana.</p> |
| 7mo (11 días de estancia, 1999) | <p>Tras salir con un permiso corto.</p> | <p>Se la encuentra estable y no psicótica, se traslada a Hogares transitorios, Casa #4 Villa de Esperanza.</p> | <p>Tratamiento de base: Decanoato de Flufenazina, 3cc intramuscular por mes; Melleril, 200 mg en la noche, y Biperideno, 2 mg en la mañana.</p> |
| 8vo (3 meses y 9 días de estancia, 2000) | <p>Tras más de un año de residir en las Casitas, sufre descompensación</p> | | <p>"Predomina" el ajuste farmacológico. Regresa a las Casitas con el esquema:</p> |

| Ingreso | Situación que lo provoca | Observaciones en el Hospital | Tratamiento |
|---|---|--|--|
| | caracterizada por impulsividad y agresividad. | | Decanato de Flufenazina, 4 cc intramuscular cada mes; Carbamacepina, 200 mg tres veces al día; Fluoxetina, 20 mg en la mañana; Biperideno, 2mg en la mañana, y Famotidina, 40 mg en la noche |
| 9no (24 días de estancia, 2002) | Dos años después de la última crisis, aun viviendo en las Casitas, reingresada por mostrarse “llorosa”; recordar el abandono de su familia, la muerte de su madre, y las violaciones sexuales que sufrió. | Mantiene medicación pero muestra problemas de continuidad. | Combinación diferente de tratamiento: Decanato de Flufenazina, 2 ½ cc intramuscular cada 15 días; Fluoxetina, 20 mg en la mañana y al medio día; Carbamacepina, 200 mg en la mañana y 400 mg en la noche; Clorpromazina, 200 mgen la noche; Famotidina, una tableta en la noche, y Clonacepan, 2 mg en la noche. |
| 10mo (1 mes y 2 días de estancia, 2005) | Había sido trasladada a una Residencia Privada en Naranjo, pero se descompensa mostrándose irritable y enojosa. Se fuga del albergue y reaparece sucia, orinada y golpeada. Lloro y amenaza con matarse. | Se descubre que tenía dificultades en el albergue de Naranjo, donde no se le deja hablar en inglés, manejar su propio dinero, ni escoger su propia ropa. | Inicio de protocolo con Clozapina. Traslado a albergue de Pavas. |

Fuente: Elaboración propia a partir de Ramírez (2009)

La información resumida en el cuadro se puede dividir, a grandes rasgos, en dos etapas: antes y después de la implementación del PIR. Previo al PIR (del primero al sexto internamiento) se muestra una carrera psiquiátrica caracterizada por los reingresos, el énfasis de los y las psiquiatras en el tratamiento psicofarmacológico (en dos ocasiones acompañado de TEC), y los intentos del H.N.P. por reintegrar a la paciente a su núcleo familiar. Con este propósito, los y las profesionales a su cargo procuran establecer alianzas con la familia de la paciente, asegurándose a sus miembros que los comportamientos de la

mujer responden a la enfermedad mental, y ofreciéndoles técnicas de manejo comportamental. Mientras tanto, a Rita se le condiciona su aceptación en la familia al consumo de los –abundantes- psicofármacos que se le recetan, y que según detalla Ramírez (2009) le ocasionan múltiples efectos secundarios con el paso del tiempo (entre ellos rigidez muscular, y dificultades para hablar, además de hacerla “babear”). Resulta significativo que sea con estos mismos fármacos que Rita, eventualmente, realiza un intento de suicidio. Además se le administran dos series de TEC, para tratar sintomatología tanto “esquizofrénica” como “depresiva”, y cuya efectividad parece ser bastante cuestionable, pues Rita reingresó apenas unas pocas semanas tras cada serie.

Durante esta etapa el enojo de Rita hacia su familia, y el rechazo de la misma hacia ella, parecen ser omitidos en función de la reunificación familiar y la integración de la paciente, mediando una explicación patologizante de su comportamiento. Este énfasis no ha de extrañar teniendo en cuenta, además, que la presencia de la paciente supone una carga de trabajo –tanto físico como emocional- importante al interior de la institución, describiéndosela en entrevistas como “una fiera”, “escurridiza”, y “contestona”, que golpea al personal, y rompe vidrios. Rita provoca temor entre el personal, describe una enfermera: “cuando uno tenía que decirle algo, era con cuidado” (Ramírez, 2009, p.95). Afirma, asimismo, que se requería de siete hombres para contenerla físicamente –no se registran, por su parte, reflexiones en torno a cuán atemorizada pudiera sentirse Rita ante semejante situación.

Al priorizar el regreso al hogar bajo las condiciones ya descritas, se evitó que la mujer respondiera por sus actos y los sentimientos que los inspiraron. Los afectos y actos de Rita aparecían descontextualizados, concebidos como reacciones fuera de lugar que

habían de ser suprimidas con psicofármacos o TEC, sin que mediara una validación de su malestar. Así, fuera que ésta expresara enojo y agresividad, o se mostrara triste y replegada, se la intervino. Tampoco pareció relacionarse la agresividad de Rita al interior del hospital con lo que allí ocurría o la forma en que se le trataba. Sin embargo el aparente deterioro sufrido por ella durante este período puede fácilmente asociarse a las condiciones del internamiento, según discutiré a continuación.

No es sino hasta 1999, tras el séptimo internamiento (inicio de la segunda “etapa” de la carrera psiquiátrica descrita en el cuadro), que empieza el Programa Individualizado de Rehabilitación y se traslada a Rita a las Casitas. Como factor a su favor, se cita la alianza terapéutica que establece con una enfermera del Hospital Diurno, que la estimula a cocinar pan bon. En adelante además se le permite utilizar ropa “particular”, con lo que Rita deja de orinarse como lo hacía al imponérsele el uso de uniforme. Vuelve, no obstante, a hacerlo cuando se le niega este derecho en la Residencia Privada de Naranjo, de la que se fuga. El acto de orinarse encima no es, por tanto, un mero indicio de deterioro, sino un gesto de hostilidad y rebeldía, que la mujer alcanza a verbalizar en esta ocasión particular – no sabemos si en otras circunstancias esto le fue posible o no, y de serlo, si fue escuchada. Esta protesta parece ser atendida por el personal que, finalmente, la ubica en un Albergue en Tres Ríos donde Rita reporta sentirse bien y participar activamente de una cooperativa, si bien insiste en sentirse sola y lamentar el rechazo de que es objeto en la familia: “estoy metida en la cooperativa (...) la intención es que nosotros lo hagamos independiente del hospital (...) para que la gente sepa que nosotros sabemos defendernos”.

La mejora de Rita se atribuye en gran medida a la sustitución de sus anteriores medicamentos por la Clozapina, (acompañada esta de Ácido valproico, 500 mg en la

mañana y a medio día, y 750mg en la noche; Fluoxetina, 20 mg en la mañana; Metformnina, 1000 mg en la mañana y 500 mg en la noche, y Ácido fólico, una tableta al día). Al eliminarse los efectos secundarios de los anteriores antipsicóticos, disminuyó el conflicto entre Rita y sus compañeras: otro aspecto que da cuenta de la incidencia de la intervención psiquiátrica en la producción de los síntomas que ella misma pretende tratar. En este sentido cabe señalar que, si bien la paciente expresa preferir dicho esquema medicamentoso, en general se muestra renuente al consumo de fármacos. Por ello, Ramírez (2009) sugiere que ha de fortalecerse en Rita la adquisición de “conciencia de su enfermedad”.

El relativo éxito de la intervención continúa dependiendo, en esta segunda etapa, de un efecto subjetivante en que la paciente asuma su enfermedad mental, traduciéndose esto en el consumo de una cantidad significativa de psicofármacos y, en general, en la adopción de una serie de comportamientos programados desde la verticalidad. Ramírez (2009) propone para el progreso de su tratamiento que ésta 1) restablezca el vínculo con su familia; 2) asista a taller de Piñata; 3) asista a terapia de grupo sobre relaciones interpersonales (respeto a normas, socialización, derechos humanos y autoayuda); 4) dé seguimiento a medicamentos y adquiera conciencia de su enfermedad; 5) reciba psicoeducación en sexualidad; y 6) modifique su conducta relacionada al robo y las mentiras.

El camino así trazado para Rita supone que ésta se relacione de una manera particular con lo que le ha sucedido, lo que ha hecho, y lo que siente. Por ejemplo, si bien la información descrita sugiere que algunos de los síntomas presentados por la mujer se produjeron en respuesta a la intervención psiquiátrica, no por ello se pone en tela de duda

que su comportamiento agresivo, su actitud “paranoide”, o sus síntomas “depresivos”, son meras expresiones de una enfermedad mental de la que Rita ha de adquirir conciencia. Es decir, el proceso de rehabilitación no implica por parte de la psiquiatría una “toma de conciencia” respecto a sus violencias y desaciertos ante la paciente, aunque se tomen medidas correctivas como el cambio en la disposición habitacional o de los medicamentos. Se espera de Rita, al contrario, que asuma su historia de continuos reingresos, aislamientos, etc., como parte de su enfermedad mental.

Tal y como lo señalara L. en su entrevista, la rehabilitación surge necesariamente para paliar algunos efectos de la “enfermedad mental” que el mismo internamiento psiquiátrico intensifica: desvinculación con respecto a la familia y la comunidad, deterioro, pérdida de la capacidad para sostener un empleo, entre otros. En este sentido el hospital psiquiátrico, si bien pretende restablecer o posibilitar la producción de un sujeto acorde al sistema económico e ideológico neoliberal, no puede con el internamiento sino operar en contra de su “principio de realidad”: este no rige la cotidianidad institucional, en que los y las pacientes se ven libradas –queriéndolo o no- de muchas de sus responsabilidades e inclusive del propio cuidado, predominan formas de intercambio que no pasan por lo monetario, etc. La rehabilitación surge así como mecanismo de (re)responsabilización, en que inclusive la paciente ha de asumir responsabilidad sobre los efectos que el internamiento ha tenido sobre ella.

La responsabilización rehabilitativa tiene un carácter esencialmente despolitizado, tal y como se adivina en lo sugerido por Ramírez (2009) quien prescribe a la paciente un proceso de psicoeducación en sexualidad. La psicoeducación es entendida como la entrega estructurada de información, a menudo a través de charlas, y orientada en casos similares a

que la paciente alcance a nombrar el abuso como tal, identificarlo como una imposición, y prevenir nuevas instancias de violencia sexual. La prevención del abuso, así, se coloca sobre la víctima, mientras que los patrones culturales y económicos que lo favorecen permanecen intactos (en este sentido es importante destacar que ni siquiera en el Plan Nacional de Salud Mental 2011-2021 en su amplitud se menciona del todo el machismo como un problema social a abordar, aun cuando este se propone disminuir la violencia doméstica).

Rita, como ya se ha mencionado, sufrió abusos sexuales en tres ocasiones, dos de ellas siendo solo una niña. Su hijo, con quien ha tenido una relación difícil, es producto del último abuso sufrido –inclusive, según la cronología ofrecida por Ramírez, Rita ingresó por primera vez al hospital poco después de haber nacido este niño. Asimismo, se ha reportado que la mujer continúa recordando con mucho pesar estos eventos, lo cual le ha significado reingresos al H.N.P. e intervenciones dirigidas a eliminar su malestar. Tales vivencias –la de ser tomada en múltiples instancias por un objeto sexual susceptible de violentarse; la de la maternidad forzada a través de la violación; la de la medicación, el encierro y la TEC como respuestas institucionales, impuestas nuevamente sobre el cuerpo, a su malestar-, en sus consecuencias más íntimas, no son objeto de un proceso psicoeducativo, que se limita a transmitir un saber experto, en forma de prescripción, a la paciente.

Lo mismo sucede con la terapia en relaciones interpersonales, otra propuesta de Ramírez (2009), que según su propia descripción está orientada a que la paciente interiorice una serie de normas en el trato a las personas y algunas nociones de derechos humanos. No media, desde esta racionalidad, la problematización de las condiciones

sociales que hacen a estas normas perder toda vigencia en algunos contextos, o las razones por las que para Rita los derechos humanos pudieran ser poco más que una categoría abstracta, ajena a sus vivencias concretas. Cabe preguntarse a raíz de esto: ¿puede la institución psiquiátrica lograr que la paciente se asuma como sujeto de derechos, a la vez que legitima y naturaliza las propias imposiciones sobre ella, que sanciona una realidad opresora, y se evade de lanzar una crítica a la violencia estructural que le ha vulnerado?

Finalmente, según lo he mencionado ya, el PIR no pretende dar lugar al conflicto – respecto a su condición de mujer, la exclusión social, los efectos de la psiquiatrización, o su posición dentro de la familia- que Rita pueda manifestar con sus comportamientos disruptivos, sino depurarla de aquello que la hace incómoda a su comunidad. El PIR, si bien puede favorecer concesiones importantes por parte de la psiquiatría para con el/la paciente, no por ello alcanza en momento alguno a cuestionar los objetivos de esta disciplina, ni los patrones de normalización a que apela: no renuncia, por tanto, al “poder suave” traducido en institucionalización extra-muros. Esta modalidad de rehabilitación requiere así, de parte de la paciente conflictiva, la renuncia a sí misma en aquello que la hace problemática, la imposibilidad de expresar abiertamente su malestar. Expresa Rita hacia el final de este proceso: “tenía mucha rebeldía, quería ser yo pero me equivoqué” (Ramírez, 2009, p.98).

5.4. Puntos de tensión y posibilidades de apertura en el programa rehabilitativo:

La rehabilitación, en tanto paso lógico tras la aplicación de la TEC, y entendida en términos meramente adaptativos, no es una aspiración estrictamente psiquiátrica, sino que

ha requerido del saber técnico de los y las profesionales en psicología para su desarrollo – y, aunque dimensionar su participación excede las posibilidades de esta tesis, también de otras disciplinas como la enfermería y el trabajo social. La supeditación de las distintas disciplinas a las demandas del neoliberalismo es a mi parecer la actitud que las une, en este nivel de intervención, alrededor de propósitos similares. Dicha disposición condiciona el proyecto rehabilitador a una racionalidad normativa, en que el deseo y la singularidad de los/s pacientes –cuando tienen algún lugar- deben subordinarse al “principio de realidad”, sin importar cuan violenta y desigual sea ésta.

Pero así como existen alianzas entre disciplinas al interior del hospital, hay dentro de la misma psiquiatría un margen para diferir respecto a la lógica pragmática de rehabilitación. Estos espacios, con sus resultados, muestran que las disposiciones asumidas como estrictamente necesarias desde la hegemonía institucional no son ineludibles o pueden, al menos, concebirse de forma más elástica.

En el Centro Diurno del hospital Chacón Paut, los psiquiatras Melissa Molina y Jorge Núñez desarrollaron un espacio de escucha que tiene como su referente al psicoanálisis lacaniano, para pacientes de estructura psicótica. “Algunos tienen psicosis refractarias otros tienen psicosis no refractarias... trabajamos con todo tipo de psicosis”. Los psiquiatras han apostado por esta población, debido precisamente a que es aquella que menor acceso tiene a espacios de escucha sustantiva:

“Estamos ahorita enfocados en la psicosis (...) es por decirlo así un diagnóstico que desde otros campos nunca ha sido abordado más desde la escucha y de la parte terapéutica, entonces el esquizofrénico lo mandan donde el psiquiatra para que lo

mediquen, entonces nunca a nadie le ha interesado como que escuchemos, escuchemos la locura, ¿qué nos puede decir esta persona de su sufrimiento? Y también poder darle un lugar a la locura, no sólo desde como... a veces hay una tendencia más desde la parte artística, de sublimar esto, de idealizarlo, verdad... sino que también hay un lugar oscuro, hay un lugar doloroso, hay un lugar que la persona sufre (...) Entonces eso es lo que nosotros acogemos. Escuchar qué está detrás de todo esto. ¿Por qué sufre esta persona? ¿qué es lo que está pasando?”

Una diferencia de peso respecto a los abordajes más tradicionales es que estas sesiones de grupo son abiertas y voluntarias. “El grupo siempre está abierto, para quien quiera ingresar, quien quiera egresar, siempre es algo voluntario, evidentemente, son sesiones semanales, y generalmente tenemos hora y media para hacer la sesión”. Desde su marco de trabajo “el medicamento a veces puede ser una herramienta” o un “complemento a los procesos terapéuticos que nosotros hacemos desde una escucha al sufrimiento”, sin embargo “no desde el inicio se medica”, ni la aspiración con la medicación es eliminar, por ejemplo, los delirios del/de la paciente, los cuales desde esta perspectiva pueden ser concebidos como soportes a la existencia del sujeto:

“no necesariamente a una persona con estructura psicótica la medicamos, no necesariamente es digamos por su estructura psicótica, generalmente el medicamento es cuando uno digamos puede ver que el paciente... uno pueda pensar que tiene una sintomatología muy muy florida que esté como entorpeciendo su funcionamiento... (considera) que (el medicamento) le puede ayudar a seguir estudiando, que le pueda ayudar a seguir trabajando, que le pueda ayudar a hacer

lazo social, no a estar metido en la casa encerrado y “aquí no salgo, porque las voces me dicen que no puedo salir, porque me persiguen...”

El consumo de medicamentos en este sentido habría de acoplarse al proyecto de vida del/de la paciente, determinándose en función de “cómo va esa persona caminando, caminando en su deseo, caminando en la vida, caminando con lo que quiere”. Por lo demás, sumado a los psicofármacos y al trabajo de grupo, Melissa y Jorge se involucran de lleno en el proceso, dando un seguimiento personal a los y las pacientes:

“siempre hay un acompañamiento, si alguno necesita un acompañamiento especial, o con su familia, o necesitamos ir a su casa, o un familiar ocupa hablar con nosotros, o que lo que sea... siempre hay un acompañamiento terapéutico con esa persona. O sea, son grupos, pero si hay algo especial que ocupamos trabajar con ellos individual lo hacemos.”

Debido a su énfasis en el deseo, y contrario a las tendencias que priorizan a la familia del/de la paciente como “cliente” de la intervención terapéutica, Melissa asegura que “el espacio del grupo es de ellos y sólo de ellos, igual es confidencial”, de manera que se respeta la posición de sujeto de cada paciente participante. No obstante en ocasiones esta confidencialidad puede aparecer como riesgosa; ante esta situación, Melissa y Jorge optan por mantener informados a los y las pacientes “siempre se... hace un pequeño encuadre con ellos, de en qué momento vamos a tener que hablar con alguien de la familia o no... pero ellos siempre van a estar al tanto de lo que sucede”.

Con grupos que rondan las 20 personas (comúnmente 10 hombres y 10 mujeres), y una modalidad de trabajo “intensivo” (de trabajo semanal por módulos de 6 meses), el

grupo se ha sostenido por cerca de 3 años. Melissa describe que “a veces ha sido complejo, al inicio costó mucho, pero también ha sido un gran aprendizaje”. Esta modalidad terapéutica atípica en el marco de una institución psiquiátrica, en que se flexibiliza el consumo de fármacos, se abre la asistencia a las sesiones de grupo, se procura mantener la confidencialidad de los y las pacientes y se prioriza a personas “psicóticas” como sujetos del proceso, ha tenido resultados satisfactorios. No sólo se han evitado internamientos cuando los y las pacientes han tenido una crisis, sino que estos mismos han expresado su aprecio por el espacio:

“nosotros hicimos una actividad... para mí muy satisfactoria, con los grupos, hicimos un corte, eso fue a finales del año pasado (2014), creo. Donde hicimos una sesión como que queríamos que ellos nos retroalimentaran (...) hasta dijeron: “hacemos lo que sea para que esto no se cierre”... “no queremos (que se cierre), o sea, éste es nuestro espacio”... nos han dicho que es una psiquiatría diferente, que nunca habían conocido una psiquiatría así, verdad, que se sienten acogidos, que ha sido un apoyo para ellos, ha sido un apoyo en su existencia, verdad, y así nos lo han dicho “es un apoyo para seguir existiendo”, y eso es lo que a nosotros nos motiva, y seguimos trabajando en eso. Y por parte de las familias también, ha sido muy bien acogido, ninguna familia como que se ha quejado ni nada, igual. Ellos lo ven cuando digamos, han hecho crisis y ellos mismos nos dicen “estamos sorprendidos, una crisis de éstas ya lo hubieran internado, ¿cómo salió de esta crisis?” verdad, como que a veces es como sorprendente para ellos el poder ver que existen otras... formas, verdad, para tratar a estas personas”.

Los esfuerzos de Melissa y Jorge dan cuenta de que la rehabilitación psiquiátrica puede proyectarse como un “apoyo para seguir existiendo”, un espacio donde las personas “psicóticas” son reconocidas como sujetos válidos, posibles. Sin embargo, si bien en el Chacón Paut se ha dado lugar a esta iniciativa, Melissa reconoce que su reproducción puede enfrentar resistencias pues resulta más costosa para los hospitales, mientras que “es muy difícil también empezar a insertar estas clínicas, digamos, de la psicosis, en la formación de los psiquiatras”. Por otra parte destaca que, de extenderse estos espacios a pacientes con otros diagnósticos, podrían surgir conflictos con respecto a los y las psicólogas del hospital, que tienen sus propios grupos -a menudo de corte psicoeducativo-, y cuyo lugar en la institución también ha de ser respetado. Finalmente, la propuesta de Melissa y Jorge no cuenta con el mismo apoyo que las opciones más tradicionales, debido posiblemente a que traza un proyecto político distinto para la psiquiatría. Señala la psiquiatra que este “es un tema político, creo que hay una historia, un peso histórico fuerte de la psiquiatría (...) y que para poder darle vuelta o hacer un cambio en este país (...) uno necesita apoyos políticos”.

Reflexiones finales:

El proyecto rehabilitativo, a nivel de H.N.P., mantiene un vínculo histórico y propositivo con la transición hacia el neoliberalismo reformista en el país. Su operatividad y pragmatismo apelan a valores posicionados por la *Declaración de Caracas* y los *Principios de la ONU*, discutidos en el capítulo anterior, tales como el criterio técnico y la estandarización de los procedimientos. En este capítulo he intentado mostrar que esta modalidad de desinstitucionalización -con la que se avanza una versión de la psiquiatría tendiente al respeto de los derechos humanos y una psicología científicamente rigurosa

como su aliada- además requiere la producción de sujetos responsabilizados por su propia exclusión, lo que le restringe a una función marcadamente normativa. Iniciativas como la de Melissa Molina y Jorge Núñez, en el Hospital Chacón Paut, apuntan a posicionar otros objetivos posibles para la rehabilitación y maneras de pensarse el uso de recursos como los psicofármacos. Las particularidades de este espacio hacen manifiestos los puntos de apertura y de tensión en la institucionalidad psiquiátrica, en que conflictos gremiales y metas económicas inciden en la validez percibida de las propuestas terapéuticas.

A modo de conclusión

“La actividad política es la que desplaza a un cuerpo del lugar que le estaba asignado o cambia el destino de un lugar; hace ver lo que no tenía razón para ser visto, hace escuchar un discurso allí donde sólo el ruido tenía lugar, hace escuchar como discurso lo que no era escuchado más que como ruido”.

-Jacques Rancière, El Odio a la democracia

Las críticas que aquí he dirigido a la institucionalidad psiquiátrica que se sirve de la TEC, ya sea con miras a un efecto inmediato o por sus alcances a mediano plazo –la rehabilitación-, intentan trascender la disputa entre disciplinas, en que la psicología pretendiera posicionarse como el abordaje más apropiado o más humano del sufrimiento psíquico. El uso actual de la TEC, a mi parecer, responde a problemas que sobrepasan las posibilidades de respuesta de cualquier abordaje *psi*, es decir: cuya solución no se ubica a un nivel meramente metodológico o instrumental.

Los y las psicólogas del H.N.P., a cargo de la rehabilitación, se ven sujetas en su quehacer cotidiano a la misma racionalidad normativa que justifica el uso de la TEC. También están insertos en el mismo sistema económico, por lo que algunos y algunas de ellas, según expresaron los y las psiquiatras entrevistadas, inclusive se oponen a que los y las psiquiatras rompan con la lógica medicalizante y aspiren a dar abordajes terapéuticos más integrales, apelando a un monopolio de la psicología sobre el interés por la subjetividad. Por lo demás, psicólogos y psicólogas clínicas que trabajan fuera del ámbito institucional –inclusive muchos de quienes quieren distanciarse en su práctica de la psiquiatría biomédica-, relegan sistemáticamente a los y las psiquiatras la atención de las personas en condiciones de sufrimiento psíquico agudo, o que presentan un

comportamiento muy disruptivo, respondiendo a consideraciones éticas y legales como las que avalan el uso inclusive forzoso de la TEC.

Algunos amigos y colegas, que comparten mis inquietudes en torno al procedimiento, insistieron en la necesidad de posicionar prácticas alternativas a su uso, al trabajar una crítica a la TEC. Evidentemente, existen propuestas de acompañamiento terapéutico y tratamientos que serán más o menos acordes con su empleo, algunos que se definan en abierta resistencia al mismo; en este sentido, abundan a nivel internacional las experiencias. No obstante, considero que la pregunta planteada en términos de una “alternativa” a la TEC puede llevarnos a un callejón sin salida.

Por un lado, si una modalidad terapéutica apuntara a sustituir la TEC en la consecución de sus mismos objetivos –sostener cierto nivel de producción hospitalaria, acortar las crisis para prevenir la “cronificación”, eliminar síntomas disruptivos, sostener la vida física de la paciente inclusive en contra de su voluntad, permitir un retorno desconflictuado al entorno familiar y comunitario, etc.-, como se pudo pretender en algún momento con los psicofármacos, tendría que vérselas con las mismas contradicciones que nos han ocupado hasta aquí. Por otra parte, según se me ha señalado, iniciativas como la desarrollada por los psiquiatras Melissa Molina y Jorge Núñez en el Hospital Diurno del Chacón Paut, posicionadas desde el psicoanálisis lacaniano, logran distanciarse del uso de la TEC en la medida en que su práctica responde a preocupaciones distintas –por ejemplo, el problema de la cronificación planteado por la Dra. Uribe, directora del H.N.P., no aparecería como tal en el abordaje lacaniano, que considera que la psicosis es estructural al sujeto, y que un delirio puede eventualmente ayudar a la persona a permanecer en la vida.

Considero que al mandato a la adaptación, que guía por igual el uso de la TEC y el Programa Individualizado de Rehabilitación, solo pueden oponerse esas visiones que no prometen al paciente la integración social, que -según lo planteara Basaglia (1971)- rechazan la pretensión de resolver los conflictos sociales, sin por ello dejar de ofrecer un “apoyo para seguir existiendo”. Hay, en esta línea, propuestas como el programa de radio *Podemos Volar* coordinado por el psicólogo Andrés Dinartes, en que usuarios del Hospital Diurno del H.N.P. son los y las locutores, y la red de *Orgullosamente Locos*, coordinada por Manuel Rodríguez, autodenominado “loco”, que reivindica la locura como otra sensibilidad posible y en oposición a las nociones patologizantes que predominan a nivel cultural e institucional. Estas iniciativas, reitero, no resuelven el problema de la adaptación o integración de las personas psiquiatrizadas, pero se constituyen como espacios de resistencia en que estas recuperan la palabra.

Desde la psiquiatría basada en la evidencia, la bioética institucional, y las leyes en torno a la discapacidad, se ha legitimado la suspensión de toda reciprocidad en el intercambio entre profesionales de la salud mental y algunas pacientes. Apelando a un ideal de sujeto autónomo, común al discurso de derechos, la bioética tradicional y la ideología neoliberal, se ha justificado la invalidación sistemática e intervención –a veces forzada- de quienes no pueden o no desean conformarse a sus exigencias. La democracia, expresa Brown (2015), no solo se ve amenazada por el autoritarismo, también el sentido común neoliberal puede vaciarla desde adentro. Si la política es, siguiendo a Ranciere, “en primer lugar el conflicto acerca de la existencia de un escenario común, la existencia y la calidad de quienes están presentes en él”, o en fin, el conflicto en torno a quiénes son contados como “seres parlantes” y quienes emiten “solo ruido” (2006, pp.41-42), queda

claro que desde el H.N.P. opera una negación compulsiva de esta dimensión que, aun siendo esta institución parte de un sistema de seguridad social, puede entorpecer la construcción de una sociedad más democrática.

La despolitización del malestar psíquico a mi parecer, aunque continúe una tradición iniciada desde la apertura del Hospicio Nacional de Locos en 1890 refleja en su lógica actual procesos más amplios de vaciamiento de la democracia, propios de nuestra época. Frente a este escenario, antes de apelar a una u otra solución terapéutica a las problemáticas sociales que afectan a las personas psiquiatrizadas, creo que urge politizar el ámbito de la salud mental, apostando por un modelo de comunidad en que el conflicto no sea expulsado y negado.

Bibliografía

- Abir-Rached, J. y Rose, N. (2010) The birth of the molecular gaze. *History of the Human Sciences*, 23 (1), 11–36.
- Adis, G. y Arce, G. (1985) “La siquiatria en Costa Rica: algunas proyecciones futuras”. *Cúpula* 9(19), 16-17.
- Álvarez, E. y Villarreal, M. (2010) “Análisis de la curatela y la capacidad de actuar de las personas con discapacidad en Costa Rica, a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. (Tesis de licenciatura, inédita). Universidad de Costa Rica
- Andrade, C., Tharyan, P., Shah, N., Reddy, M.S., Thirunavukarasu, M., Kallivayalil, R., Nagpal, R., Bohra, N.K., Sharma, A., y Mohandas, E. (2012) Position statement and guidelines on unmodified electroconvulsive therapy. *Indian Association of Private Psychiatry Task Force on ECT, India*.
- Andre, Linda (2009) *Doctors of Deception*. Rutgers University Press
- Andre, L. (s.f.). “Lying for fun and profit”. Recuperado de <https://www.ect.org/shame/harold.html>
- Arias y Muñoz (2007) “La reforma económica y su impacto social en Costa Rica durante el período de ajuste estructural: apuntes críticos para el análisis”. *Economía y Sociedad*, (31-32): 5-34

- Basaglia, Franco (1972) *La institución Negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barral Editores. En PDF.
- Bernardo, M. (Coord.) (1999) *Consenso Español Sobre la TEC. Sociedad Española de Psiquiatría*.
- Bertolín, Sáez, Hernández y Peiró (2004) “Efficacy of electroconvulsive therapy: a systematic review of scientific evidence”. *Actas Españolas de Psiquiatría* 32(3): 153-165
- Beyer, John (2001) History of Electroconvulsive Therapy. En *Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy*. American Psychiatric Publications, Washington D.C.
- Bielli, A. (2011) “La introducción de antidepresivos a Uruguay: 1950-200. Transformaciones de los saberes psicológicos”. Universidad de la República y Biblioteca Plural: Uruguay.
- Bowker, G.; Star, S. (2000) Invisible Mediators of Action: Classification and the Ubiquity of Standards. *Mind, Culture, and Activity*, (7)1-2, 147-163
- Breggin, P. (2010). “FDA should test the safety of ECT machines”. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 22, 89-92
- Brown, W. (1994). *States of Injury: Power and Freedom in Late Modernity*. Princeton University Press.
- Brown, W. (2015) *Undoing Demos. Neoliberalism's stealth revolution*. Massachusetts: Zone Books.

- Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós
- Burstow, Bonnie (2006) “Electroshock as a form of violence against women”. *Journal of Violence Against Women*, April.
- Cameron, Douglas (1994) ECT: Sham Statistics, the Myth of Convulsive Therapy, and the Case for Consumer Misinformation. *The Journal of Mind and Behavior*, Winter and Spring, (15)1-2, 177-198.
- Carnaglia, Luciano (2013) Figuras de la subjetividad: el decir verdadero en la biopolítica contemporánea. *Revista Pléyade*, 12, 119-134.
- Casas, G. (1980) “Los niveles de prevención y la rehabilitación del enfermo mental”. *Cúpula* IV(7), 17-21
- CCSS (2007). *Manual de funcionamiento interno de los comités de bioética de la CCSS*. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/etica/Bioetica.pdf>
- Chavarría, Roberto (2013) *Propuesta de protocolización para la práctica de la terapia electroconvulsiva en el Hospital Nacional Psiquiátrico basada en evidencia clínica de la Asociación de Psiquiatría Americana y del Colegio Real de psiquiatras*. (Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de especialista en psiquiatría). Universidad de Costa Rica.
- Citizens Commission on Human Rights (s.f.) “Potential conflicts of interest between ECT researchers, ECT device manufacturers, FDA/NIMH”. Recuperado de <https://www.cchrint.org/pdfs/conflicts-of-interest-ect-researchers-apa-task-force.pdf>

Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Argentina: Locus hypocampus.

Criado, Fernández y Ortiz (2007). “The long-term effects if electroconvulsive therapy on episodic memory”. *Actas de Psiquiatría Española*, 35(1):40-46

Crosgrave, L. y Wheeler, E. (2013) “Drug Firms, the Codification of Diagnostic Categories, and Bias in Clinical Guidelines”. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Fall, 644-653

Deleuze, G. (1987) *Foucault*. Ediciones Paidós.

Delistraty, C. (2014) “The ethics of erasing bad memories”. *The Atlantic*, May 15.

Recuperado de: <http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/05/the-ethics-of-erasing-bad-memories/362110/>

Devisch I, Murray SJ. (2009) “‘We hold these truths to be self-evident’: deconstructing ‘evidence-based’ medical practice”. *J Eval Clin Pract*. 15(6), 950–4.

De Young, M. (2010) *Madness. An American History of Mental Illness and its Treatment*. North Carolina: McFarland & Company. En PDF

Diaz-Bone, R.; Buhrmann, A.; Gutierrez, E.; Schneider, W.; Kendall, G.; Tirado, F. (2007). El Campo de análisis del discurso Foucaultiano. Características, desarrollos y perspectivas. *ForumQualitative Social Research*, (8) 2, Art. 30. En: <http://www.qualitativeresearch.net>

- Dumont, M. y Dumont, D. (2009) “Deinstitutionalization in the United States and Italy”.
International Journal of Mental Health, 37(4), 61-70
- Echeverría, J., Lizano, O, Tinoco, Z., y Sánchez, C. (1993). “Normas para el tratamiento electroconvulsivo”. *Cúpula*, (30): 26-35
- Estado de la nación (2015) “Equidad e integración social”. Recuperad de
<http://www.estadonacion.or.cr/21/assets/en-21-cap-2.pdf>
- Espósito, R. (2005) *Immunitas: protección y negación de la vida*. Amorrortu Editores.
- Ferreira, J. (1980) “Rehabilitación de los pacientes del hospital nacional psiquiátrico”.
Cúpula IV(7), 17-21
- Ferrer y Álvarez (2003). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Madrid: Comillas
- FDA (2011) *Meeting to Discuss the Classification of Electroconvulsive Therapy Devices (ECT). ECT 515(i) Executive Summary*. Recuperado de
<http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/MedicalDevices/MedicalDevicesAdvisoryCommittee/NeurologicalDevicesPanel/UCM240933.pdf>
- Flores, M. (2007). *La construcción cultural de la locura en Costa Rica (1890-1910)*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica
- Foucault, M. (1977) Territorio, Seguridad, Población. Curso en el Collège de France (1977-1978). Fondo de Cultura Económica. En PDF.

- Foucault, M. (1979) *La Arqueología del Saber*. Siglo Veintiuno Ediciones. En PDF
- Foucault, M. (2007) *El Poder Psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica. En PDF
- Frances, A. (2013) “The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis”. *Annals of Internal Medicine*, 159(3), 221-222
- Frank, Leonard Roy (2006) *The Electroshock Quotationary*. Recuperado el 6/8/14. En <http://www.endofshock.com/Final%20version%20Quotationary.pdf>
- Frank, Leonard Roy (2002) Electroshock: a crime against the spirit. *Ethical Human Sciences and Services: An international Journal of Critical Inquiry*. Spring issue, 63
- Gail A. Hornstein & Susan Leigh Star (1990). “Universality Biases: How Theories About Human Nature Succeed”. *Philosophy of the Social Sciences*, 20(4), 421-436
- Godderis, R. (2011) Iterative Generation of Diagnostic Categories Through Production and Practice: The Case of Postpartum Depression. *CultMedPsychiatry*. 35, 484-500.
- Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. AmorrortuEditores.
- Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes, y adultos*. Bogotá: Editorial médica panamericana.
- Guattari, F.; Rolnik, S. (2006) *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Traficantes de Sueños. En PDF.
- Harris M, Chandran S, Chakraborty N, Healy D. (2003) “Mood-stabilizers: the archeology of the concept”. *Bipolar Disorder* 5: 446-452 Ministerio de Salud, 2012

Harvey, D. (2007). *A brief history of neoliberalism*. Oxford, N.Y.: Oxford University Press.

Healy, D. (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. Harvard University Press

Healy, D. (2009) "Trussed in evidence? Ambiguities at the Interface between Clinical Evidence and Clinical Practice". *Transcultural Psychiatry*, 46(1), 16-37

Healy, D. y Antonuccio, D. (2012) "Relabeling the medications we call antidepressants". *Scientifica*.

Healy, D. (2015). "What the antidepressant story tells us about recovery". [vídeo en línea]. De <https://www.youtube.com/watch?v=23IH5xTPYpM>

Hirshbein, L. y Sarvananda, S. (2008) History, Power and Electricity: American Popular Magazine Accounts of Electroconvulsive Therapy, 1940-2005. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 44(1), 1–18.

Hirshbein, L. (2012). "Historical Essay: Electroconvulsive Therapy, Memory and Self in America". *Journal of the History of Neurosciences*, 21, 147–169.

H.N.P.. Registros Médicos (2002). *Anuario estadístico año 2001*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2001.pdf>

H.N.P.. Registros Médicos (2003) *Anuario estadístico año 2002*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2002.pdf>

H.N.P.. Registros Médicos (2004) *Anuario estadístico año 2003*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2003.pdf>

- H.N.P.. Registros Médicos (2005) *Anuario estadístico año 2004*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2004.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2006) *Anuario estadístico año 2005*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2005.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2007) *Anuario estadístico año 2006*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2006.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2008) *Anuario estadístico año 2007*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2007.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2009) *Anuario estadístico año 2008*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2008.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2010) *Anuario estadístico año 2009*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/Anuario2009.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2011) *Anuario estadístico año 2010*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2010.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2012) *Anuario estadístico año 2011*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2011.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2013) *Anuario estadístico año 2012*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2012.pdf>
- H.N.P.. Registros Médicos (2014) *Anuario estadístico año 2013*. CCSS. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/anuario2013.pdf>

- Hohenshil, T. (1994) “DSM-IV: What’s new”. *Journal of Counseling & Development*, 73, 105-107.
- Holmes, D., Murray, S., Perron, A. y Rail, G. (2006). “Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism”. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(3), 180-186
- Hotopf, Mathew ; Laird, Bee ; Singh, Iilina ; Churchill, Rachel ; David, Anthony ; Mc. Loughlin, Declan ; Richardson, Genevra ; Szumukler, George (2008) Capacity, consent and electroconvulsive therapy: A qualitative and cross-sectional study. *Journal of Mental Health*, 17(3): 315–325
- Hyman, S. (2010). “Revolution Stalled”. *Science Translational Medicine*, 4(155): 155
- Johnstone, Lucy ; Hannah, Frith (2005) Discourse analysis and the experience of ECT. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2005), 78, 189–203
- Kaplan, J. y Sadock, V. (2007). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Klein, N. (2007) *The shock doctrine. The rise of disaster capitalism*. New York: Metropolitan Books. PDF.
- Koopowitz, L., Chur Hansen, A., Reid, S. y Blashki, M. (2002). “The subjective experience of patients who received electroconvulsive therapy”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 37:49–54.

- Lakoff, Andrew (2007). *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge University Press: New York
- Langlois, A. (2014). “The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: Perspectives from Kenya and South Africa”. *Health Care Analysis*, 16(1): 39-51
- Lehoux , Pascale; Denis, Jean-Louis ; Rock, Melanie; Hivon, Myriam ; Tailleux, Stephanie (2009) How medical specialists appraise three controversial health innovations: scientific, clinical and social arguments. *Sociology of Health & Illness* Vol. 32 No. 1, pp. 123–139.
- León, C. (2016) “La configuración de una política social en Costa Rica durante el reformismo neoliberal. 1948-2014”. En D. Díaz y R. Viales (Eds.) *Historia de las Desigualdades Sociales en América Central. Una visión interdisciplinaria siglos XVIII-XXI* (pp.379-399). San José, Costa Rica: CIHAC
- Levav, I.; González, R (1996) El uso de la terapia electroconvulsiva en América Latina y el Caribe. *J. Bras. Psiquiatr.* 9(45), 515-518.
- Ley 7600. La Gaceta N° 102 de 29 de mayo 1996. Recuperado de <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/leyigualdaddeoportunidades.pdf>
- Lodoño-Vásquez, D. y Frías-Cano, L. (2011) Análisis crítico del discurso y arqueología del saber: dos opciones de estudio de la sociedad. *Palabra Clave*, (14)1.
- López, R. y Méndez, M. (1995) “Reflexiones sobre la Rehabilitación del Enfermo mental”. *Cúpula* (37):4-12

- Malavassi, P. (2016) “Análisis sobre la inmunización contra las enfermedades prevenibles en Costa Rica y su impacto social, 1950-2000: una mirada crítica de las políticas públicas a través de las Memorias de Salud”. En D. Díaz y R. Viales (Eds.) *Historia de las Desigualdades Sociales en América Central. Una visión interdisciplinaria siglos XVIII-XXI* (pp.379-399). San José, Costa Rica: CIHAC
- Malpica, R.; Portilla, N., Villaseñor, S. (2002). “Historiografía de la psiquiatría latinoamericana”. *Investigación en Salud*, IV(3).
- Mankadm M; Weiner, R. (2001) Adverse Effects. En *Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy*. American Psychiatric Publications, Washington D.C.
- Miller, G. (2010). “Is Pharma out of brainy ideas?”. *Science*, 329, 502-504
- Milton, Carlos; Vidal, Anthony; Luna, Matilde (2006) Efectos secundarios de la administración de Terapia Electroconvulsiva (TEC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, (7)1, 9- 64.
- Ministerio de Salud (2009). *Código de Moral Médica*. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/etica/cod-moral-etica.pdf>
- Ministerio de Salud (2012) Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. El Ministerio, San José, Costa Rica.
- Miranda, G. (1990). “Discurso del Dr. Guido Miranda Gutiérrez”. *Cúpula*, Centenario Hospital Nacional Psiquiátrico. Edición Especial (1): 9

- Moffatt, A. (1974) *Psicoterapia del Oprimido*. Documento disponible en su página personal:
<http://www.moffatt.com.ar/>
- Moffat, A. (1974). “Los Hospicios”. En *Psicoterapia del Oprimido*. Documento recuperado de www.moffatt.com.ar/articulos/cap4/4art_OprimidoHospicios.doc
- Mora, V. (1977) *Cachaza*. Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Molder, R., Frampton, C., Joyce, P., y Porter, T. (2002) “Randomized controlled trials in psychiatry. Part 1: methodology and critical evaluation”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 257–264
- Morrison, L. (2003). *Talking Back to Psychiatry: Resistant Identities in the Psychiatric Consumer/Survivor/Ex-Patient Movement* (Tesis de doctorado en filosofía, inédita). Universidad de Pittsburgh, Pennsylvania.
- Mulder, T., Porter, R., Frampton, C. y Joyce, P. (2002) “Randomized controlled trials in psychiatry. Part 1: methodology and critical evaluation”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 37(3)
- Mulder, T., Porter, R., Frampton, C. y Joyce, P. (2002) “Randomized controlled trials in psychiatry. Part 1: methodology and critical evaluation”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 37(3): 265-269
- Nien-Mu, Yu y Wen-Kuei (2011) “Electroconvulsive therapy without consent from patients: One-year follow-up study”. *Asia Pacific Psychiatry* 6(2014): 83-90

- Noack, T. y Fangerau, H. (2007). "Eugenics, Euthanasia, and Aftermath". *International Journal of Mental Health*, 36(1), 112-124.
- Nordenskjöld, A., Knorring, L., Brus, O. y Engström, I. (2013) Predictors of regained occupational functioning after electroconvulsive therapy (ECT) in patients with major depressive disorder--a population based cohort study. *Nord J Psychiatry*, 67(5), 326-333
- Ocampo, M.; Ramírez, C; Franco, J.; Gómez, L.; Cardona, G.; Restrepo, C. (2012) Características clínicas de 276 pacientes tratados con terapia electroconvulsiva en una clínica universitaria de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (41) 2, junio, 357-370
- ONU (1991). "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental". Recuperado de <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
- OPS y OMS (1990) *Declaración de Caracas*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf
- OPS y OMS (2005) "Principios de Brasilia. Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas" Recuperado de https://www.mpba.gov.ar/files/documents/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf

- Pál-Hegedús, C. (1992) “Una nota introductoria sobre algunos procedimientos electroterapéuticos en psiquiatría y modificación de conducta. Acta Académica”. *Universidad Autónoma de Centro América*, p.72-73
- Pérez, Carlos (2013) *Una nueva psiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Lom Ediciones, Chile. En PDF.
- Rabinow, P.; Rose, N. (2006) Biopower Today. *BioSocieties* 1, 195-217.
- Rajan, Kaushik Sunder (2012) “Pharmaceutical Crises and Questions of Value: Terrains and Logics of Global Therapeutic Politics”. *The South Quarterly*, Spring
- Ramírez, D. (2009). “Rehabilitación Psicosocial del Hospital Nacional Psiquiátrico en usuarios y usuarias que tienen seguimiento en la consulta externa del hospital diurno”. (Tesis de grado, inédita). Universidad de Costa Rica
- Rayner, L., Kershaw, K., Hanna, D. y Chaplin, R. (2009) “The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy”. *Journal of Mental Health*, 18(5): 379–388
- Rodríguez, J. (1993). “Reestructuración de la Atención en Salud Mental y Psiquiátrica. Impacto en el Hospital Nacional Psiquiátrico”. *Cúpula*, (31): 19-22
- Rojas, Z. (s.f.). “El examen psiquiátrico del paciente”. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/examenpsiquiatria.pdf>
- Rose, D., Fleischmann, P., y Wykes, T. (2004). “Consumers’ views of electroconvulsive therapy: A qualitative analysis”. *Journal of Mental Health*, 13(3): 285 – 293

- Rose, N. (1985) Unreasonable Rights: Mental Illness and the Limits of the Law. *Journal of Law and Society*, Vol. 12, No.2.
- Rose, N. (2006) Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. *BioSocieties*, (1), p. 465–484.
- Rose, N. (2007) Beyond Medicalization. *Lancet*, (369), 700–701
- Rose, N. (2014) *Does psychopharmacology have a future?* [vídeo en línea]. De <https://www.youtube.com/watch?v=VF83oKPVYKM>
- Sackeim, H., Prudic, R., Fuller, R., Keilp, J., Lavori, P.W., y Olfson, M. (2007) “The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings”. *Neuropsychopharmacology*. 32(1), 244-254
- Seeman, M. (2001) “Clinical Trials in Psychiatry: Do results apply to practice?”. *Can J Psychiatry*, 46, 352-355
- Sanabria, Walter (1999) *Indicaciones para la terapia electroconvulsiva en el hospital nacional psiquiátrico*. (Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de especialista en psiquiatría). Universidad de Costa Rica.
- Sandoval, C. (2011) “El plan individualizado de rehabilitación (PIR) en personas con problemas de salud mental: la experiencia del Hospital Nacional Psiquiátrico”. *Cúpula* 25(1-2), 8-26
- Shorter, E. y Healy, D. (2010) *Shock Therapy. A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*. Rutgers University Press, New Burswick, New Jersey and London

- Simón-Lorda, P. (2008). “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 28(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200006
- Solís, Manuel (2013) *Memoria Descartada y sufrimiento invisibilizado: La violencia política de los años 40 vista desde el Hospital Psiquiátrico*. Editorial UCR, Costa Rica.
- Szasz, T. (2001). “Mental illness: psychiatry’s phlogiston”. *Journal of Medical Ethics*; 27: 297–301
- Valentí, M.; Benabarre, A.; García-Amador, M.; Amann, B.; Vieta, E. (2007) “La terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión bipolar”. *Actas en Psiquiatría Española*, 35 (3): 199-207
- Vallejo, E. (2015). *Crisis de la Caja Costarricense de Seguro Social 1981-1982: debate, actores y perspectivas* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica, San José.
- Warren, C. (1988). “Electroconvulsive Therapy, The Self, and Family Relations”. *Research in the Sociology of Health*, 7: 283-300
- Weiner, Richard (2010). “Basics”. En Mankad, Beyer, Weiner y Kristal, *Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington
- Whitaker, Robert (2005) “Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 7(1): 23-35

Zylinska, J. (2009) *Bioethics in the Age of New Media*. The MIT Press, London.